UŽÍVÁNÍ TABÁKU A ALKOHOLU V ČESKÉ REPUBLICE 2014

THE USE OF TOBACCO AND ALCOHOL IN THE CZECH REPUBLIC 2014

Hana Sovinová

Ladislav Csémy

Státní zdravotní ústav

National Institute of Public Health

2015

UŽÍVÁNÍ TABÁKU A ALKOHOLU V ČESKÉ REPUBLICE 2014

THE USE OF TOBACCO AND ALCOHOL IN THE CZECH REPUBLIC 2014

Hana Sovinová

Ladislav Csémy

Státní zdravotní ústav

National Institute of Public Health

2015

© Státní zdravotní ústav 2015

© National Institute of Public Health 2015

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10, 100 42

Issued by the National Institute of Public Health, Šrobárova 48, Prague 10, 100 42

Podpořeno MZ ČR – RVO (Státní zdravotní ústav – SZÚ, 75010330)

Supported by MH CZ - DRO (National Institute of Public Health – NIPH, 75010330)

ISBN 978-80-7071-337-2

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 omezování 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 ošetřovatelství, 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 surveillanci užívání tabáku měly být vždy používány (Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group2011).

Východiskem pro konstrukci položek, jimiž byly zjišťovány konzumní zvyklosti dotázaných o alkoholu, byla mezinárodní studie SMART: Standardizing Measurement on Alcohol Related Troubles (Moskalewicz, Sieroslawski, 2010), jíž 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 representativní rovněž podle krajů ČR.

Demografické charakteristiky vzorku

	N (%)
Celkem	1810 (100)
Pohlaví	
Muži	879 (48,6)
Ženy	931 (51,4)
Věková skupina	
15-24	230 (12,7)
25-44	651 (36,0)
45-64	565 (31,2)
65+	364 (20,1)
Místo bydliště	
Město	1280 (70,7)
Venkov	530 (29,3)
*Vzdělání**	
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 umožnuje sledovat asociace mezi globálním zdravotním stavem a kouřením a pitím alkoholu.

Druhou oblastí, která nás zajímala, byla otázka socioekonomického statusu a jejích 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
	Procenta (95% CI)		
Současní kuřáci tabáku	31,4 (29,3;33,6)	37,4 (34,2;40,7)	**25,8** (23,0;28,7)
Denní kuřáci	23,5 (21,6;25,5)	28,2 (25,3;31,3)	**19,0** (16,6;21,7)
Příležitostní kuřáci	8,0 (6,8;9,3)	9,2 (7,4;11,4)	6,8 (5,3;8,6)
Příležitostní kuřáci, kouřící v minulosti denně	3,2 (2,4;4,1)	4,0 (2,8;5,6)	2,4 (1,5;3,6)
Příležitostní kuřáci, nikdy nekouřící v minulosti denně	4,8 (3,8;5,9)	5,1 (3,8;6,9)	4,4 (3,2;6,0)
Současní nekuřáci	68,6 (66,4;70,7)	62,6 (59,3;65,8)	**74,2** (71,3;77,0)
Bývalí kuřáci	14,7 (13,1;16,4)	15,5 (13,2;18,1)	13,8 (11,7;16,3)
Bývalí denní kuřáci	7,6 (6,4;8,9)	9,2 (7,4;11,4)	6,0 (4,6;7,8)
Bývalí příležitostní kuřáci	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 kuřaček než kuřáků.

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

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[1]	Typ cigarety		Ostatní tabákové výrobky [2]
			Komerčně vyrobené	Ručně ubalené	
	Procenta (95% CI)				
Celkem	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)
Pohlaví					
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)	**6,5** (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)
Věková skupina					
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)
Místo bydliště					
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)
Vzdělání[3]					
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

[1] Zahrnuje kuřáctví cigaret, jak vyrobených průmyslově, tak i ručně ubalených;
[2] Zahrnuje kuřáctví dýmek, doutníků a vodních dýmek;
[3] 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**
Celkem	3,9 (3,1;4,9)
Pohlaví	
Muži	4,6 (3,3;6,2)
Ženy	3,2 (2,2;4,6)
Věková skupina	
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)
Místo bydliště	
Město	4,0 (3,0;5,2)
Venkov	3,6 (2,2;5,6)
Vzdělání[1]	
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)

[1] 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[1]				
	<5	**5-9**	**10-14**	**15-24**	**≥25**
	Procenta (95% CI)				
Celkem	9,6 (7,0;12,8)	27,3 (23,2;31,8)	26,1 (22,1;30,6)	**33,1** (28,7;37,8)	4,0 (2,4;6,4)
	Pohlaví				
Muži	8,8 (5,6;13,0)	23,6 (18,5;29,4)	22,8 (17,8;28,5)	**39,2** (33,1;45,6)	5,6 (3,1;9,2)
Ženy	10,6 (6,5;16,1)	**32,4** (25,6;39,8)	30,7 (24,1;38,0)	24,6 (18,5;31,6)	1,7 (0,4;4,8)
Věková skupina					
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)	**0**
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)	**1,7** (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)	**4,1** (0,5;14,0)
Místo bydliště					
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)
Vzdělání[2]					
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)

[1] Denní kuřáci, cigarety zahrnují průmyslově vyráběné i ručně balené;
[2] 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 pouhá 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**
	Procenta (95% CI)		
Současní uživatelé bezdýmného tabáku	2,4 (1,7; 3,2)	3,1 (2,1; 4,5)	1,7 (1,0; 2,8)
Denní uživatelé	**0,4** (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)
V současné době neužívají bezdýmný tabák	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 [1]	
	Celkem	Nekuřáci
	Procenta (95% CI)	
Celkem	23,0 (21,1;25,0)	**11,0** (9,3;12,9)
Pohlaví		
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)
Věková skupina		
15-24	27,4 (21,7;33,6)	**20,4** (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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[2]		
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)

[1] Respondenti, kteří uvádějí, že ke kouření uvnitř domů dochází denně, týdně, nebo měsíčně;
[2] 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[1]	
	Celkem	Nekuřáci
	Procenta (95% CI)	
Celkem	**22,4** (19,7;25,4)	**14,4** (11,6;17,7)
Pohlaví		
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)
Věková skupina		
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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[2]		
ZŠ a SOU	**30,9** (25,4;36,9)	**20,7** (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)

[1] V posledních 30 dnech; Týká se respondentů, kteří pracují mimo svůj domov, obvykle pracujících v uzavřených prostorách či v uzavřených i venkovních prostorách.
[2] 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[1]	Navštívili zdravotnické zařízení[1]	Dostali radu, aby přestali kouřit[2]
	Procenta (95% CI)		
Celkem	**33,0** (29,2; 37,1)	**62,9** (58,8; 66,9)	**37,2** (32,2; 42,4)
Pohlaví			
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)
Věková skupina			
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)
Místo bydliště			
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)
Vzdělání[3]			
ZŠ a SOU	32,7 (27,144; 38,7)	66,2 (60,2; 71,8)	**43,3** (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)

[1] Týká se současných kuřáků;
[2] Týká se současných kuřáků, kteří navštívili zdravotnické zařízení během posledních 12 měsíců;
[3] 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***
	Procento (95% CI)						
Celkem							
V novinách či časopisech	**46,0** (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)
Současní kuřáci[1]							
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)
Nekuřáci[2]							
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)

[1] Zahrnuje denní a příležitostné (méně často než denně) kuřáky;
[2] 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 všímali 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,[1] kteří…	
	si všimli zdravotního varování na balíčku cigaret[2]	Zvažovali v souvislosti se zdravotním varováním, že kouření zanechají[2]
	Procenta (95% CI)	
Celkem	86,3 (83,1; 89,0)	19,1 (15,8; 23,0)
Pohlaví		
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)
Věková skupina		
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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[3]		
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)

[1] Zahrnuje denní a příležitostné (kouřící méně často než denně) kuřáky;
[2] Během posledních 30 dní;
[3] Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

Téměř devět z deseti současných kuřáků si všimlo zdravotního varování na krabičce 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*
	Procento (95% CI)						
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)	**67,0** (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)	**38,7** (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 zakázaná. 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)

	Měna
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
		Procenta (95% CI)		
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 populace 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
	Četnost v % (95% CI)		
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 mně 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)
	Četnost v % (95% CI)	
Celkem	7,2 (6,4;8,1)	8,3 (7,3;9,3)
Pohlaví		
Muži	**10,3** (8,9;11,7)	**11,4** (9,8;12,9)
Ženy	4,4 (3,4;5,3)	5,2 (4,1;6,3)
Věková skupina		
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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[1]		
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)

[1]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)
	Četnost v % (95% CI)	
Celkem	15,8 (14,0;17,7)	18,2 (16,1;20,3)
Pohlaví		
Muži	**22,5** (19,4;25,6)	**24,9** (21,5;28,2)
Ženy	9,6 (7,5;11,6)	11,4 (9,0;13,8)
Věková skupina		
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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[1]		
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)

[1]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 přepočet 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
	Četnost v % (95% CI)			
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)
Pohlaví				
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)
Věková skupina				
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)
Místo bydliště				
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)
Vzdělání[1]				
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)

[1]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
	Četnost v % (95% CI)			
Celkem	**17,0 (15,2;19,0)**	**29,9 (27,7;32,3)**	**34,6 (32,3;37,0)**	**18,5 (16,6;20,5)**
Pohlaví				
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)
Věková skupina				
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)
Místo bydliště				
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)
Vzdělání[1]				
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)

[1]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 zvlášť 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
Světonázorové 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) světonázorové důvody.

Dotázaní nejvíce abstinovali ze zdravotních důvodů (47,6 %), druhou velkou skupinu tvořili lidé, kteří nepijí alkohol ze světonázorových 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
	Četnost v % (95% CI)	
Celkem	41,7 (39,2;44,2)	10,8 (9,4;12,5)
Pohlaví		
Muži	43,5 (40,0;47,0)	**14,2** (11,9;16,9)
Ženy	39,9 (36,4;43,4)	7,4 (5,7;9,5)
Věková skupina		
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)
Místo bydliště		
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)
Vzdělání[1]		
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	**34,6** (28,6;41,0)	11,8 (8,0;16,6)

[1]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
	Četnost v % (95% CI)	
Celkem	41,7 (39,2;44,2)	10,8 (9,4;12,5)
Kategorie pití		
Umírněné pití	39,9 (37,3;42,6)	**8,5** (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 těmto 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 vzděláváni v možnostech screeningu a krátké intervence zaměřené na snižování škod působených alkoholem.

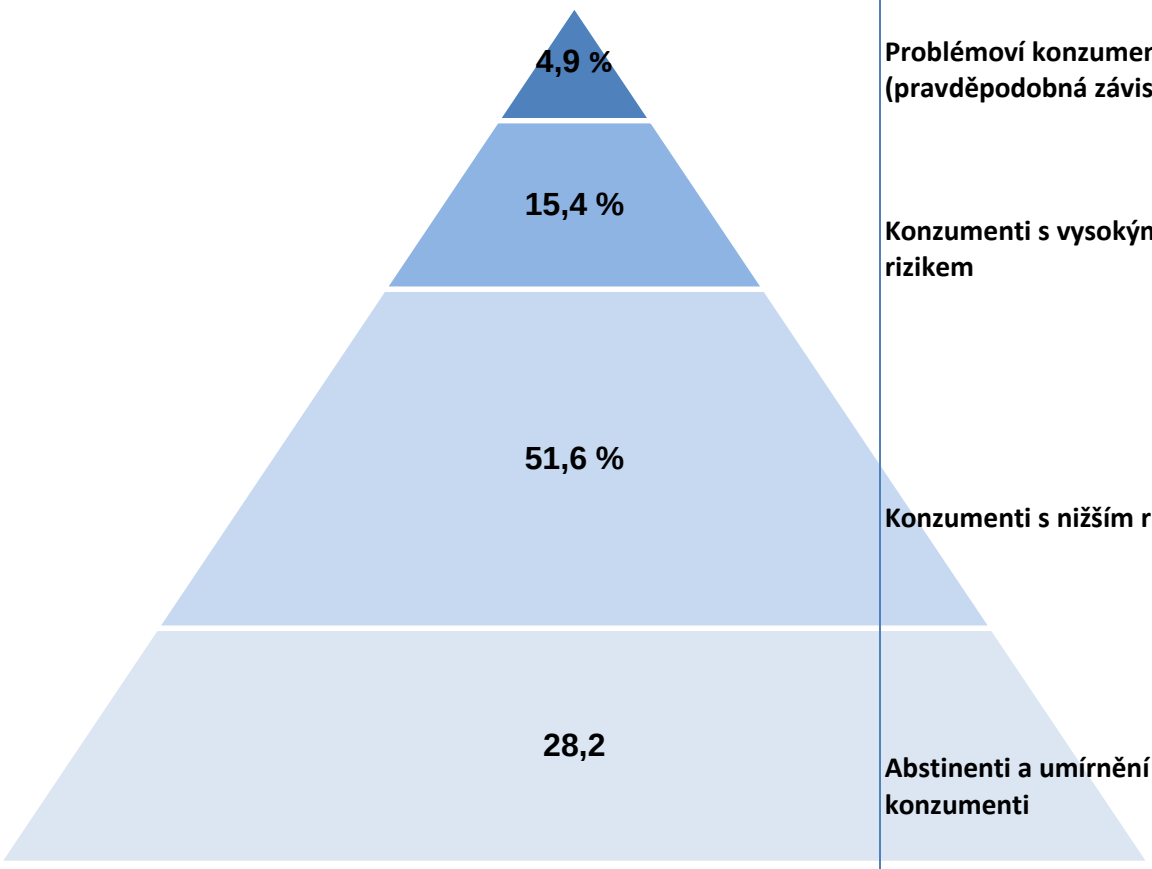
Tabulka 9 Pyramida konzumenta alkoholu

Demografické charakteristiky	Abstinenti a umírnění konzumenti	Konzumenti s nízkým rizikem	Konzumenti s vysokým rizikem	Problémoví konzumenti (pravděpodobná závislost)
	Četnost v % (95% CI)			
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)
Pohlaví				
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



Problémoví konzumenti (pravděpodobná závislost)

Konzumenti s vysokým rizikem

Konzumenti s nižším rizikem

Abstinenti a umírnění konzumenti

Tabulka 10 Konzumní kategorie – srovnání roku 2012 a 2014

Demografické charakteristiky	ROK	Abstinující (Celoživotní a v posl, roce)	Umírněné pití	Rizikové pití	Škodlivé pití
		Četnost v % (95% CI)			
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)
Pohlaví					
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
	Četnost v % (95% CI)			
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)
Pohlaví				
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)
Věková skupina				
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)
Místo bydliště				
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)
Vzdělání[1]				
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)

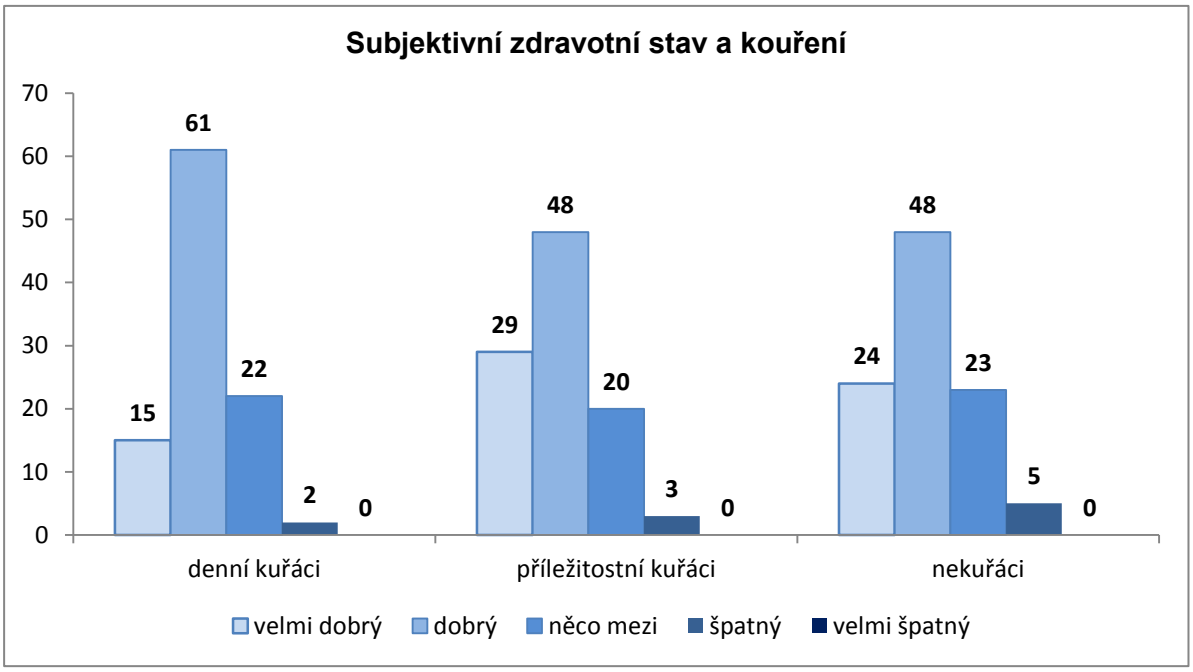
[1]Kategorie podle vzdělání je zpracována pro dospělé ve věku 25 let a starší.

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.

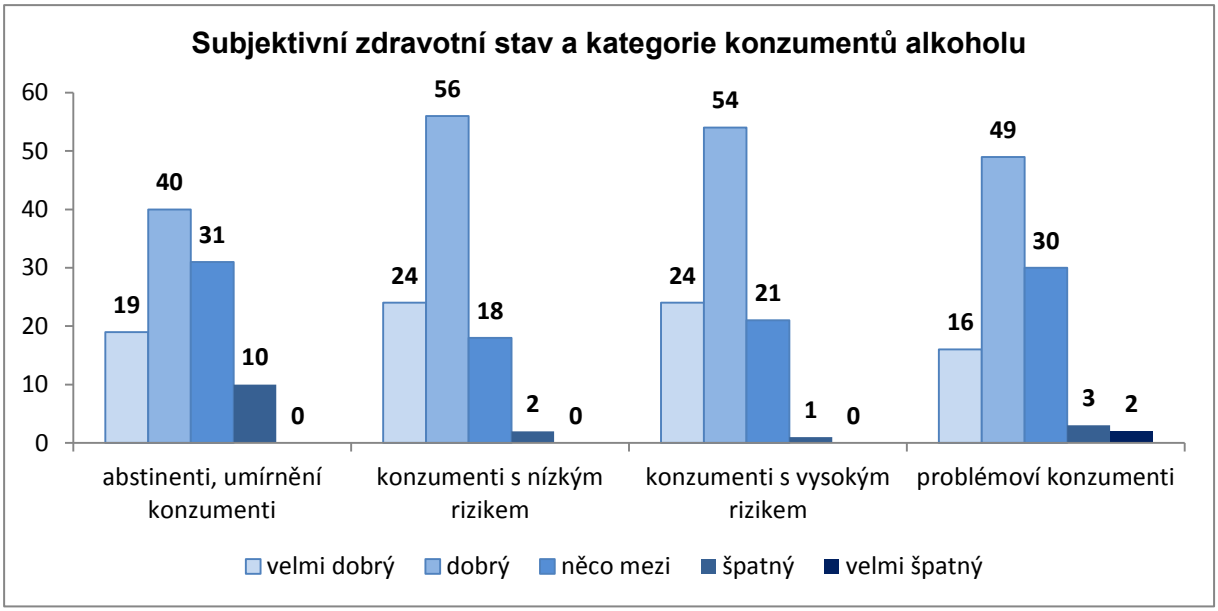
Na tyto skutečnosti je nutné poukazovat, protože zdravotní rizika jsou výrazně vyšší u osob, které nadužívají alkohol a současně kouří.

Obr. 2 Vztahy mezi hodnocením zdravotního stavu a kouřením



Mezi kouřením a hodnocením zdravotního stavu byl zjištěn statisticky silný vztah (chi2=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 abstinuje kvůli zdravotním problémům, a mezi nimi je 80 % nekuřáků.

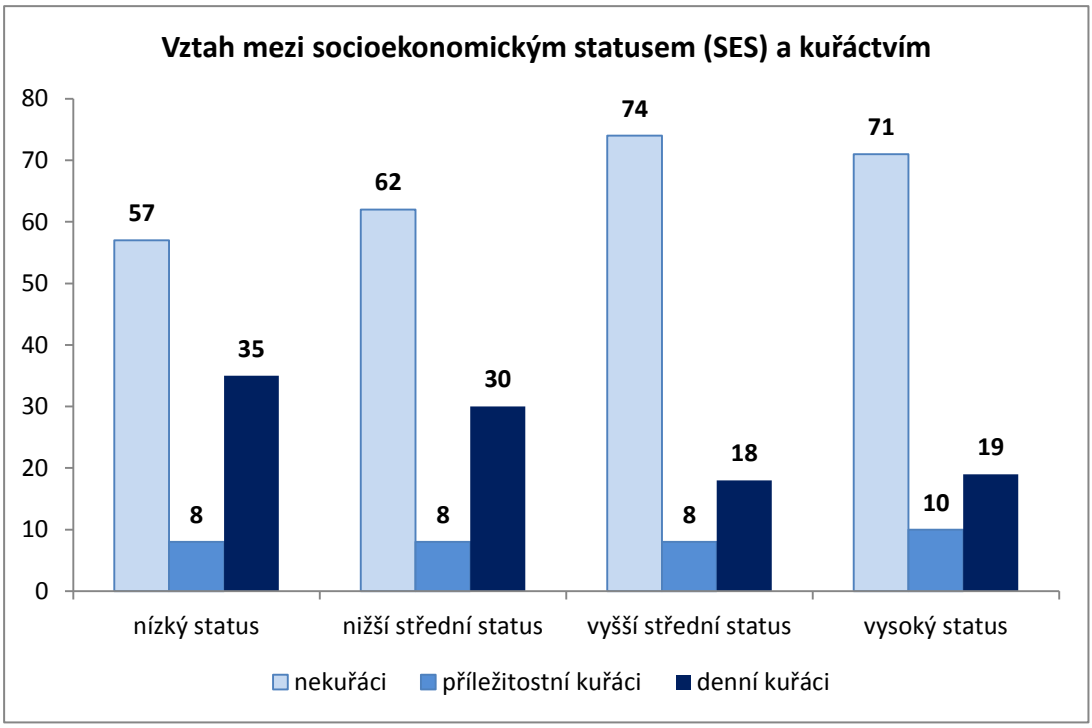
Obr. 3 Vztahy mezi hodnocením zdravotního stavu a pitím alkoholu



Vztah mezi typem konzumenta alkoholu a hodnocením zdraví je rovněž statisticky významný (chi2=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

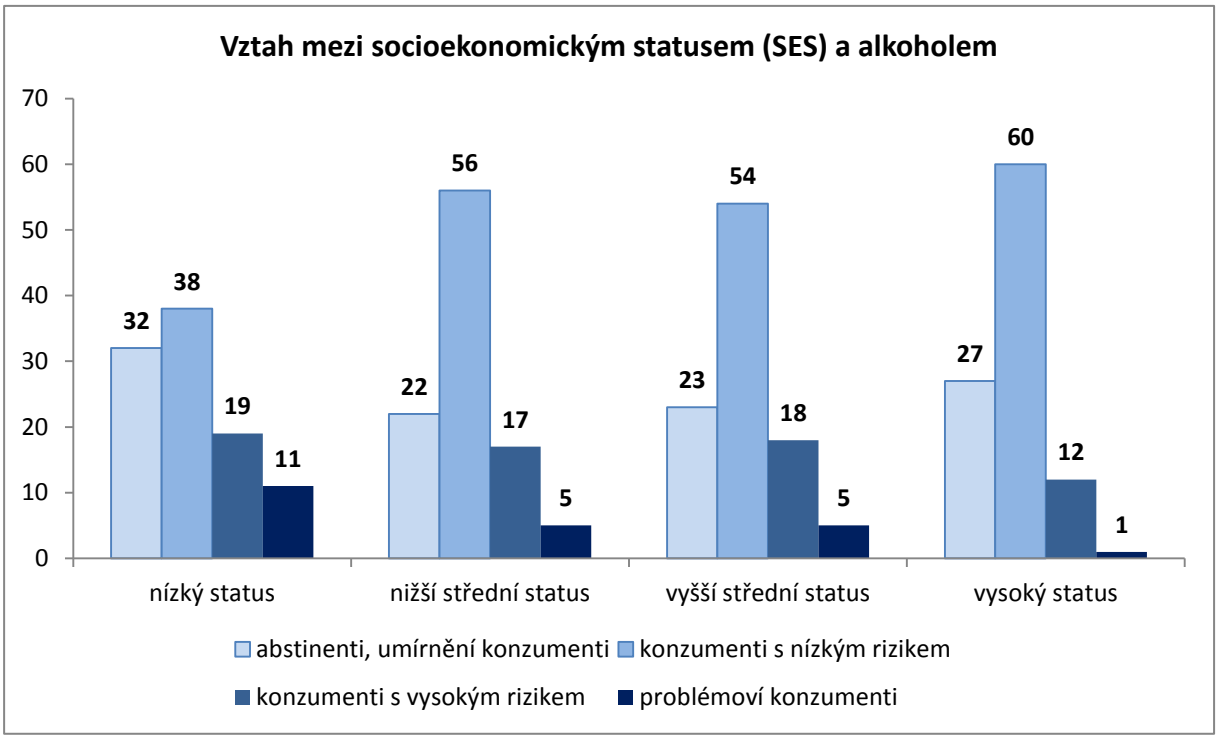


Ukazatel socioekonomického statusu, který jsme vyvinuli pro účely tohoto výzkumu, diferencuje mezi kuřáky a nekuřáky velmi dobře (chi2=24,6; st. v.= 6; *P*<0,001).

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. Nekouření 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 (chi2=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 % abstinentů 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 abstinenty. 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 abstinentech a umírněných konzumentech, zde je to patrně dáno tím, že polovina abstinentů 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 populace 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 specifikuji 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)

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., Sieroslawski, 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., at 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)

Sovinova, H., Global Youth Tobacco survey (GYTS) 2011, Czech Republic 2011 Country Report. SZÚ, 2012 (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)

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., Kottnauerová, 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)

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

⌘

A) INTRODUCTION

Consumption of tobacco and alcohol is one of the key risk factors causing serious illness and early deaths; yet one that can be prevented effectively.

As the number of smokers and other consumers of tobacco rise steadily, we can refer to this situation as a worldwide epidemic. In an attempt to avert this grave health threat, the World Health Organization (WHO) has compiled guidelines for fighting this epidemic.

The recommendations intended to limit tobacco consumption were summarised in the MPOWER document containing six key priorities of efficient strategies (WHO, 2008):

7. To monitor tobacco use and prevention policies
8. To protect people from tobacco smoke
9. To offer help to quit tobacco use
10. To warn against the hazards of tobacco use
11. To enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship
12. To increase taxation on tobacco

The first strategy – Monitoring the use of tobacco and prevention policies – forms the basis for the following strategies.

In order to carry out the monitoring in a uniform and commensurable way globally, the WHO and the Centres for Disease Control and Prevention (CDC) have created the Global Tobacco Surveillance System (GTSS). This system helps to commission studies targeted at various age groups such as school children aged 13-15 and their teachers, future healthcare professionals – students of medicine, pharmacy and nursing, and the adult population over 15 years of age (Warren, Asma et al., 2009).

In order to meet the needs of the countries performing the surveillance, the WHO and CDC have produced unified questionnaires consisting of key questions including instructions for use and assessment; these questionnaire forms should always be used for the surveillance of tobacco consumption (Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group 2011).

The individual queries about the respondents' alcohol related habits were based on the international SMART study: Standardising Measurement on Alcohol Related Troubles (Moskalewicz, Sieroslawski, 2010), where the Státní zdravotní ústav (National Institute of Health) represented the Czech Republic.

The aim of the study was to consider the usability of various methods for estimating the volumes of alcohol consumption within a population. The study tested several approaches (beverage-specific quantity-frequency method [BSQF], graduated frequency method and estimated consumption on the basis of data from the last week) and selected the BSQF as the most suitable method. This is why the BSQF method is also applied in our study.

In the Czech Republic these tools were used for the first time in adults during the conducted population study as part of the Biennial Collaborative Agreement between the MZ ČR (Ministry of Health, Czech Republic) and the WHO-EURO for the years 2012-2014 with the support and financial help of the WHO. The current research has expanded to include some aspects of health and socioeconomic status.

Research goals and benefits of new facts

The main goal of the research was to acquire valid and robust knowledge on smoking and alcohol consumption in the Czech Republic's adult population. The data amassed in the population survey complements the available statistical data of the recorded consumption and brings a unique insight that cannot be gained in any other way. This particularly involves establishing the health hazards and harmful habits, and the demographic and social parameters of the population at risk. Being aware of the size and the social and demographic characteristics of the risk groups is essential in order to plan the regulatory measures targeted at health protection as well as prevention and health care.

The data on the Czech population's smoking habits from 2014 can be linked to the data collected annually since 1997. The development trend of the Czech adult smoking population has been relatively stable over the last several years. It ranges between 28 and 32% (Sovinová et al., 2012). The analyses of trends make it possible to assess the efficiency of the national tobacco policy, which is an added value and hence also the reason why these studies are worth repeating periodically.

Regarding alcohol consumption, we have no data available with a similar periodicity; therefore it is of great importance that in 2014 we had another opportunity to monitor smoking and alcohol consumption as part of the same survey.

Tobacco smoking and excessive consumption of alcohol exert a significant impact upon the population's health. Epidemiological research shows that, in the Czech Republic, 15-17% of the total annual mortality can be ascribed to smoking (Peto et al., 2010; Sovinová et al., 2008) and 4% to alcohol (Kohoutová, 2013). The effort to curb the health and related economic damage caused by smoking and alcohol is logically a priority of the public healthcare system.

However, the results of the population surveys are also highly significant for the international scientific community. The data obtained on smoking and alcohol consumption become part of the World Health Organisation and EU (HFA, GISAH, and OECD) databases, and serve as a source for international comparative studies and as a basis for national and international public health policies.

Research methodology

In order to monitor the use of tobacco products, a set of some key questions (Tobacco Questions for Surveys - TQS) from the Global Adult Tobacco Study (GATS) was selected, and this included questions about the use of alcohol from the EU SMART study. These specific parts of the survey further included demographic characteristics of the respondent group.

Respondent group selection and characteristics: The information was obtained from a group of 1810 persons selected randomly on the basis of quotas.

Demographic characteristics of the sample	**N (%)**
Total	1810 (100)
Gender	
Men	879 (48.6)
Women	931 (51.4)
Age group	
15-24	230 (12.7)
25-44	651 (36.0)
45-64	565 (31.2)
65+	364 (20.1)
Residence	
Urban	1280 (70.7)
Rural	530 (29.3)
Education	
Basic and secondary vocational schools	677 (42.8)
Secondary schools with a final exam	644 (40.8)
Universities	259 (16.4)

* Education-related category refers to adults aged 25 and over.

The group is a representative sample of the Czech Republic's adult population. In terms of the primary demographic characteristics, the sample resembles a structure of the Czech population aged 15 and over according to age and gender (Age Distribution of the Population in 2013, Czech Statistical Office 2014). The respondent group also reflects the differences along the regional lines.

Tobacco questionnaire description

This part of the questionnaire form focused on tobacco consumption and comprised a total of 22 questions covering all of the six MPOWER priorities.

Priority One – Monitoring

The opening three questions are crucial in that they identify the prevalence of smoking cigarettes. Questions four through seven provide additional information in that they monitor the use of smokeless tobacco.

Priority Two – Protection of people against tobacco smoke

Questions eight to eleven sought to obtain answers about the exposure to tobacco smoke at home and at the workplace.

Priority Three – Offering assistance with weaning from smoking

This topic is dealt with by queries 12 to 14 which inquire into the respondents' attempts to quit smoking and whether they have received recommendations to give up smoking from healthcare professionals.

Priority Four – Warning against the hazards of tobacco consumption

Questions 15 to 18 seek to identify the people's awareness of health hazard warnings in the press, on television and on cigarette packs and their influence upon smokers' intentions to quit smoking.

Priority Five – Enforcing a ban on advertising cigarettes, their promotion and sponsorship

Questions 19 and 20 identify the scope of effectiveness of cigarette advertising at points of sale and the scope of various methods of their promotion.

Priority Six – Increasing taxation on tobacco

The last two questions deal with economics, identify the volumes of the last purchase of cigarettes and their price.

Alcohol questionnaire description

The estimate of the total consumption of alcohol used the Beverage-Specific Frequency-Quantity Method taken over from the aforementioned EU SMART project.

The questionnaire form also included items seeking to identify drinking excessive doses of alcohol at a single consumption event (defined as the intake of 60 or more grams of alcohol). Similarly to the survey from 2012, we inquired as to whether practitioners asked the respondents about their drinking habits, and whether they recommended reduction of alcohol consumption. A new question was added regarding the reasons for abstaining from alcohol.

These items together with socio-demographic variables enabled compiling a comprehensive description of the adult population's consumption patterns.

In 2014 the research tool was expanded to include two areas. The first one was a subjective evaluation of health status. It is an item which has been commonly used in research on health status. Within our research context it enables monitoring of links between the general health and smoking and drinking alcohol.

The second area of our interest involved the issue of socioeconomic status and its connection to smoking and drinking alcohol. As there is no standard procedure for SES identification in the Czech Republic, we included items that enabled us to form a new composite variable which divided the respondents aged 25 to 59 into four categories: low socioeconomic status, lower middle, upper middle and high. To create the composite index we used three variables: level of education, a type of occupation and an income per household. The new composite index is better in terms of interpretation than the mere variable of level of education as it takes into account how individuals are able to prove successful in the society.

RESULTS

B Tobacco

Table 1 Detailed summary of tobacco smoking products (Priority 1)

Range of smoking habits (in the last 30 days)	Total	Men	Women
	Percentage (95% CI)		
Current tobacco smokers	31.4 (29.3;33.6)	37.4 (34.2;40.7)	**25.8** (23.0;28.7)
Daily smokers	23.5 (21.6;25.5)	28.2 (25.3;31.3)	**19.0** (16.6;21.7)
Occasional smokers	8.0 (6.8;9.3)	9.2 (7.4;11.4)	6.8 (5.3;8.6)
Occasional smokers who used to smoke daily	3.2 (2.4;4.1)	4.0 (2.8;5.6)	2.4 (1.5;3.6)
Occasional smokers who have never smoked daily	4.8 (3.8;5.9)	5.1 (3.8;6.9)	4.4 (3.2;6.0)
Current smokers	68.6 (66.4;70.7)	62.6 (59.3;65.8)	**74.2** (71.3;77.0)
Ex-smokers	14.7 (13.1;16.4)	15.5 (13.2;18.1)	13.8 (11.7;16.3)
Daily ex-smokers	7.6 (6.4;8.9)	9.2 (7.4;11.4)	6.0 (4.6;7.8)
Occasional ex-smokers	7.1 (6.0;8.4)	6.3 (4.8;8.1)	7.8 (6.2;9.8)
Lifelong non-smokers	53.9 (51.6;56.2)	47.1 (43.8;50.5)	60.4 (57.1;63.5)

The study findings show that in 2014 31.4% of people in the Czech Republic were current smokers. Three quarters of those were smokers who smoked at least one cigarette a day.

Statistically, there is a significant difference between the two sexes. Similarly, there are considerably fewer females than males in the group of daily smokers.

Another statistically significant difference can be found in the group of non-smokers: there are far more lifelong non-smokers among women.

For comparison with 2012 and 2013 see Table 12 on page 16.

Table 2A Current smokers of various types of tobacco products according to the selected demographic characteristics (Priority 1)

Demographic characteristics	Any kind of a tobacco product	Any kind of cigarettes[1]	Type of a cigarette		Other tobacco products [2]
			Manufactured	Hand-rolled	
	Percentage (95% CI)				
Total	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)
Gender					
Men	37.4 (34.2;40.7)	36.4 (33.2;39.7)	34.0 (30.9;37.3)	5.0 (3.7;6.7)	**6.5** (5.0;8.4)
Women	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)
Age group					
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)
Permanent residence					
Urban	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)
Rural	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)
Education[3]					
Basic and secondary vocational schools	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)
Secondary schools with a final exam	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)
Universities	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)

Note: Current use of tobacco products includes daily and occasional smokers (less often than daily)

[1] This includes smoking of manufactured cigarettes as well as roll-ups;
[2] This includes smoking of pipes, cigars and smoking water pipes;
[3] Education-related categories refer to adults aged 25 and over.

Table shows that the Czech population smokes primarily cigarettes. The shares of other tobacco products intended for smoking are negligible. These products were stated by 4.4% of the respondents and men prevailed considerably (6.5% vs. 2.4%). A limited number of smokers prefer to roll their own cigarettes as a majority favour industrially produced ones.

In terms of age, the prevalence of tobacco smokers is the highest in the group of 15-24 year-olds (38.3%). With increasing age the prevalence of smoking declines.

In terms of education, the percentage of smokers in individual tobacco product categories (excluding other tobacco products) is lower in university graduates compared to those with completed basic and secondary education.

Other tobacco products include pipes, cigars and smoking water pipes. Currently 2.6% represent cigar smokers, 0.7% pipe smokers and 2.6% of respondents smoke water pipes.

Table 2B Current users of electronic cigarettes (daily and occasional) according to the selected demographic characteristics

Demographic characteristics	Electronic cigarette
Total	3.9 (3.1;4.9)
Gender	
Men	4.6 (3.3;6.2)
Women	3.2 (2.2;4.6)
Age group	
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)
Residence	
Urban	4.0 (3.0;5.2)
Rural	3.6 (2.2;5.6)
Education[1]	
Basic and secondary vocational schools	3.6 (2.3;5.3)
Secondary schools with a final exam	5.1 (3.6;7.2)
Universities	3.5 (1.6;6.5)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Electronic cigarettes: In 2014 e-cigarettes were used by 3.9% of respondents; 4.6% of those were men and 3.2% were women. When compared to 2013 (1.1%) there was over a threefold increase.

The highest number is in the age groups 25-44 and 44-54.

Table 3 Average number of cigarettes smoked daily according to the selected demographic characteristics (Priority 1)

Demographic characteristics	Average number of cigarettes smoked daily[1]				
	<5	**5-9**	**10-14**	**15-24**	**≥25**
	Percentage (95% CI)				
Total	9.6 (7.0;12.8)	27.3 (23.2;31.8)	26.1 (22.1;30.6)	**33.1** (28.7;37.8)	4.0 (2.4;6.4)
	Pohlaví				
Men	8.8 (5.6;13.0)	23.6 (18.5;29.4)	22.8 (17.8;28.5)	**39.2** (33.1;45.6)	5.6 (3.1;9.2)
Women	10.6 (6.5;16.1)	**32.4** (25.6;39.8)	30.7 (24.1;38.0)	24.6 (18.5;31.6)	1.7 (0.4;4.8)
Age group					
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)	**0**
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)	**1.7** (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)	**4.1** (0.5;14.0)
Residence					
Urban	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)
Rural	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)
Education[2]					
Basic and secondary vocational schools	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)
Secondary schools with a final exam	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)
Universities	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)

[1] Daily smokers, cigarettes include manufactured and hand-rolled cigarettes;
[2] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Men most often smoked 15-24 cigarettes a day (39.2%), and women most often smoked 5-9 cigarettes a day (32.4%). The youngest group (15-24 year-olds) smoked less than ten cigarettes daily in more than half of the cases (54.9%). The group of daily smokers having 25 and more cigarettes represented only four percent and men prevailed again.

Daily consumption of cigarettes was not dependent on places of residence or levels of completed education.

Table 4 Detailed summary of smokeless tobacco use (Priority 1)

According to the extent of use	Total	Men	Women
	Percentage (95% CI)		
Current users of smokeless tobacco	2.4 (1.7; 3.2)	3.1 (2.1; 4.5)	1.7 (1.0; 2.8)
Daily users	**0.4** (0.2; 0.8)	0.7 (0.3;1.6)	0.1 0.0; 0.7)
Occasional users	2.0 (1.4; 2.8)	2.4 (1.5; 3.7)	1.6 (0.9; 2.7)
Occasional users who used to be daily users	0.7 (0.4; 1.2)	1.0 (0.5; 2.0)	0.3 (0.1; 1.0)
Occasional users who were never daily users	1.3 (0.9; 2.0)	1.4 (0.7; 2.4)	1.4 (0.7; 2.3)
Currently they do not use smokeless tobacco	97.6 (96.8; 98.3)	96.9 (95.5; 97.9)	98.3 (97.2; 99.0)
Ex-users	5.0 (4.0; 6.1)	6.5 (4.9; 8.4)	3.6 (2.5; 5.1)
Daily ex-users	0.3 (0.1; 0.7)	0.6 (0.2; 1.5)	0
Occasional ex-users	4.7 (3.8; 5.8)	5.9 (4.4; 7.7)	3.6 (2.5; 5.1)
They never used smokeless tobacco	95.0 (93.9; 96.0)	93.5 (91.6; 95.1)	96.4 (94.9; 97.5)

The consumption of smokeless tobacco products (intended to be snuffed, chewed or sucked) occurs in a very limited scope in the respondent group. Current users represent 2.4%, and only 0.4% of those use smokeless tobacco products daily.

Although men tend to consume these products more frequently than women, the difference is not statistically significant.

When compared to 2012, there were no significant changes (2.0% vs. 2.4% of current smokeless tobacco users).

Table 5 Exposure to tobacco smoke at home according to the extent of smoking habits and selected demographic characteristics (Priority 2)

Demographic characteristics	Respondents exposed to tobacco smoke at home[1]	
	Total	**Non-smokers**
	Percentage (95% CI)	
Total	23.0 (21.1;25.0)	**11.0** (9.3;12.9)
Gender		
Men	29.8 (26.8;33.0)	13.1 (10.4;16.3)
Women	16.5 (14.2;19.1)	9.3 (7.3;13.4)
Age group		
15-24	27.4 (21.7;33.6)	**20.4** (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)
Residence		
Urban	22.7 (20.4;25.1)	10.6 (8.7;12.9)
Rural	23.8 (20.3;27.7)	11.7 (8.7;15.5)
Education[2]		
Basic and secondary vocational schools	26.4 (23.2;30.0)	9.4 (7.0;12.6)
Secondary schools with a final exam	19.7 (16.8;23.1)	10.6 (8.0;13.8)
Universities	18.1 (13.7;23.4)	8.4 (4.9;13.3)

[1] Respondents who state that smoking at home occurs daily, weekly or monthly;
[2] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Almost a quarter of the respondents are exposed to tobacco smoke at home, and roughly a half of these are non-smokers. A startling fact is that the highest proportion of those is the youngest group aged 15-24, which includes the adolescents aged 15-18. The exposure to tobacco smoke in this age group is twice as high as in other age categories.

There is no statistically significant difference between places of residence or levels of completed education.

The results from 2012 and 2014 are very similar; no improvement of the situation occurred.

Table 6 Exposure to tobacco smoke in enclosed workplaces according to the extent of smoking habits and selected demographic characteristics (Priority 2)

Demographic characteristics	Respondents exposed to tobacco smoke at a workplace[1]	
	Total	Non-smokers
	Percentage (95% CI)	
Total	**22.4** (19.7;25.4)	**14.4** (11.6;17.7)
Gender		
Men	29.9 (25.7;34.4)	18.9 (14.3;24.1)
Women	14.3 (11.2;18.2)	10.3 (7.0;14.4)
Age group		
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)
Residence		
Urban	21.3 (18.1;24.8)	13.0 (9.9;16.9)
Rural	25.0 (19.9;30.7)	17.5 (12.2;24.1)
Education[2]		
Basic and secondary vocational schools	**30.9** (25.4;36.9)	**20.7** (14.5;28.0)
Secondary schools with a final exam	19.8 (15.7;24.5)	12.1 (8.2;17.0)
Universities	14.3 (9.3;20.7)	9.6 (4.9;16.5)

[1] In the last 30 days; this involves respondents who work outside their homes, usually in enclosed areas or enclosed outdoor areas.
[2] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Men are more often exposed to tobacco smoke at a workplace than women; age or places of residence play no significant role in this case.

The number of non-smokers exposed to tobacco smoke is decreasing along the increasing level of education by more than a half.

When compared to 2012, there was a decline of non-smokers exposed to tobacco smoke by 5% (19.6% vs. 14.4%). Nonetheless, the high percentage of non-smokers exposed to tobacco smoke in enclosed workplaces demands further clarification.

Table 7 Current smokers who tried to stop smoking in the last 12 months, sought medical help and were advised to stop smoking (Priority 3)

Demographic characteristics	Giving up smoking and seeking medical help		
	They tried to stop smoking[1]	They visited a healthcare facility[1]	They were given advice to stop smoking[2]
	Percentage (95% CI)		
Total	**33.0** (29.2; 37.1)	**62.9** (58.8; 66.9)	**37.2** (32.2; 42.4)
Gender			
Men	29.2 (24.4; 34.5)	58.66 (53.1; 64.0)	38.9 (31.9; 46.1)
Women	38.3 (32.2; 44.8)	68.75 (62.5; 74.6)	35.2 (27.9; 42.9)
Age group			
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)
Residence			
Urban	32.8 (28.32; 37.55)	62.9 (58.0; 67.5)	36.0 (30.2; 42.2)
Rural	33.8 (26.4; 41.842)	63.0 (54.8; 70.6)	40.2 (30.4; 50.7)
Education[3]			
Basic and secondary vocational schools	32.7 (27.144; 38.7)	66.2 (60.2; 71.8)	**43.3** (35.9; 50.9)
Secondary schools with a final exam	32.9 (26.8; 39.4)	62.7 (56.09; 69.01)	31.5 (24.0; 39.8)
Universities	34.72 (23.9; 46.9)	51.4 (39.3; 63.4)	29.7 (15.9; 47.0)

[1] This involves current smokers;
[2] This involves current smokers who visited a healthcare facility in the last 12 months;
[3] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

One third of current smokers tried to stop smoking in the last year (men 29.2%, women 38.3%). Most of these were recruited from the youngest age group (15-24). With increasing age this attempt is on the decline. A turning point of this trend appears in the oldest age group.

The level of completed education exerts no influence upon attempts to quit smoking.

When compared to 2012, there was a slight increase of people who were advised to stop smoking by their practitioner (31% vs. 37%). Similarly to 2012, the practitioners most frequently recommended stopping smoking to those with a lower level of completed education (four out of ten).

Table 8 Respondents who noticed a warning against cigarette smoking in newspapers, magazines or on TV in the last 30 days, according to the extent of smoking habits and selected demographic characteristics (Priority 4)

Location	***Total***	***Gender***		***Age (in years)***		***Permanent residence***	
		Men	***Women***	***15-24***	***≥ 25***	***Urban***	***Rural***
	Percentage (95% CI)						
Total							
In newspapers or magazines	**46.0** (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)
On TV	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)
Current smokers[1]							
In newspapers or magazines	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)
On TV	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)
Non-smokers[2]							
In newspapers or magazines	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)
On TV	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)

[1] This includes daily and occasional smokers (less often than daily);
[2] This includes ex-smokers and lifelong non-smokers;

In total almost half of the respondents noticed a warning against smoking cigarettes in newspapers or magazines in the last 30 days. Respondents noticed the message on TV less frequently. The difference among the individual types of media is statistically significant.

Within individual types of media, no differences were noted between men and women, nor were they found among the age categories or places of residence.

The cigarette smokers noticed the information more often than non-smokers and this was usually significant.

Table 9 Current smokers who noticed the health warning on cigarette packs and considered stopping smoking within the next 30 days in relation to this warning according to the selected demographic characteristics (Priority 4)

Demographic characteristics	Current smokers[1] who...	
	noticed the health warning on cigarette packs[2]	considered stopping smoking in relation to the warning[2]
	Percentage (95% CI)	
Total	86.3 (83.1; 89.0)	19.1 (15.8; 23.0)
Gender		
Men	85.4 (81.0; 89.0)	16.7 (12.6; 21.6)
Women	87.5 (82.6; 91.4)	22.4 (16.9; 28.6)
Age group		
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)
Residence		
Urban	86.3 (82.5; 89.4)	19.6 (15.7;24.1)
Rural	86.4 (79.9; 91.4)	18.1 (11.9;25.7)
Education[3]		
Basic and secondary vocational schools	83.3 (78.3; 87.5)	18.8 (13.9; 24.5)
Secondary schools with a final exam	90.8 (86.3; 94.2)	18.4 (13.3; 24.3)
Universities	83.3 (72.7; 91.1)	23.3 (13.4; 36.0)

[1] This includes daily and occasional smokers (less often than daily);
[2] In the last 30 days;
[3] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Almost nine out of ten current smokers noticed the health warning on the cigarette packs. Only 19.1% were motivated to consider stopping smoking. Gender, age group, residence or the level of completed education did not show any statistically significant differences.

Since 2012 the situation had not changed dramatically.

Table 10 Respondents who noticed various types of cigarette promotion in the last 30 days according to the selected demographic characteristics (Priority 5)

Location	*Total*	*Gender*		*Age (in years)*		*Permanent residence*	
		Men	*Women*	*15-24*	*25+*	*Urban*	*Rural*
	Percentage (95% CI)						
They noticed advertising in points of cigarette sale (shops)	56.2 (53.9;58.5)	59.7 (56.4;63.0)	52.8 (49.6;56.1)	**67.0** (60.5;73.0)	54.6 (52.1;57.1)	56.5 (53.7;59.2)	55.5 (51.1;59.7)
They noticed cigarette promotion							
Free samples	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)
Discounted price	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)
Coupons for cigarettes	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)
Gifts/discounts on other products	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)
Clothing/ Products with a cigarette brand or logo	29.0 (26.9;31.2)	33.4 (30.4;36.7)	24.8 (22.1;27.7)	**38.7** (32.4;45.3)	27.6 (25.4; 9.9)	29.8 (27.4;32.5)	27.0 (23.3;31.0)
Cigarette promotion in post	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)

More than a half of respondents, men more than women, noticed the cigarette advertising in points of sale. A statistically significant difference was found between the ages of respondents; more of those (67.0%) were in the age group of 25 and younger. Only 55% of older respondents noticed such advertising. Places of residence do not play any role in the respondents' perception of advertising. When compared to 2012, the number of respondents who noticed the advertising was significantly higher (50.4% vs. 56.2%).

The situation of promotion perception changed dramatically when compared to 2012. It is necessary to note that promotion of tobacco products is prohibited in the Czech Republic. Despite this, a high percentage of respondents answered yes to noticing cigarette promotion, particularly in the form of gifts or discounts on other goods, or of cigarette logos on clothing and other products. A difference in the frequency of perception of cigarette promotion such as cigarette brands or logos on clothing and other products is statistically significant in people younger than 25 (38.7% vs. 27.6%).

There was a statistically significant increase compared to 2012 in cases of cigarette discounts from 8.1% to 11.7%, in gifts and discounts on other products, from 17.7% to 24.1%, and in cigarette brands or logos on clothing and other goods, from 23.9% to 29.0%.

Table 11 Average costs of cigarette packs and the price of 100 cigarette packs as a percentage of the gross domestic product per capita (Priority 6)

	Currency
Average costs of a pack of 20 industrially produced cigarettes	71.1 CZK
The price of 100 packs as a percentage of the GDP per capita	**1.83 %**

The table uses the respondents' answers to calculate the average cost per one pack of industrially produced cigarettes. In fact it reflects the prices of the cheapest cigarette brands sold in this country.

The second item on the chart illustrates the price accessibility of cigarettes. The price of 100 cigarette packs represents 1.8% of GDP per capita (GDP as announced by the Czech Statistical Office for 2014).

Table 12 Smoking tobacco products - data comparison with 2012, 2013 and 2014

Range of smoking habits (in the last 30 days)	Year	Total	Men	Women
		Percentage (95% CI)		
Current tobacco smokers	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)
Daily smokers	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)
Occasional smokers	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)
Current smokers	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)
Ex-smokers	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)
Lifelong non-smokers	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)

The prevalence of tobacco smoking is stable in the Czech adult population. This fact suggests that if we wanted to achieve a decrease of this number, we should implement some effective comprehensive measures that would result in reduced tobacco consumption.

C) Alcohol

Table 1 Frequency of alcohol drinking - entire sample and according to sexes

Frequency categories	Entire sample	Men	Women
	Frequency in % (95% CI)		
Every day or almost every day	5.1 (4.1;6.2)	7.7 (6.1;9.8)	2.6 (1.7;3.9)
3 - 4 times a week	7.4 (6.2;8.7)	11.2 (9.2;13.5)	3.8 (2.7;5.3)
1 - 2 times a week	23.2 (21.2;25.2)	28.8 (25.8;31.9)	17.8 (15.5;20.5)
2 - 3 times a month	19.8 (18.0;21.7)	19.7 (17.1;22.5)	19.9 (17.4;22.6)
Once a month	12.8 (11.3;14.5)	11.7 (9.7;14.1)	13.9 (11.7;16.3)
6 - 11 times a year	4.8 (3.9;5.9)	3.6 (2.5;5.2)	5.9 (4.5;7.7)
2 - 5 times a year	8.6 (7.4;10.0)	4.8 (3.5;6.5)	12.2 (10.2;14.6)
Once a year	5.5 (4.5;6.6)	3.0 (2.0;4.4)	7.8 (6.2;9.8)
No alcohol consumption in the last year	9.9 (8.6;11.4)	7.9 (6.2;9.9)	11.9 (10.0;14.2)
No alcohol consumption ever	3.0 (2.3;3.9)	1.7 (1.0;2.9)	4.2 (3.0;5.7)

The 2014 survey confirms that alcohol drinking remains a widespread occurrence in the Czech Republic.

Regular and frequent drinking, i.e. daily or every other day is stated by 12.5% of the adult population, which is slightly less than in 2012, but the difference is not statistically significant. 18.9% of men drink frequently as opposed to 6.4% of women. Almost half of men and a quarter of women stated alcohol drinking at least once a week.

We also asked about abstinence: lifelong and in the last year. A higher rate of lifelong abstinence was given by women (4.2% as opposed to 1.7%). The occurrence of permanent abstinence is lower in the Czech population than in other European countries.

Abstinence in the last year is stated by 10% of the sample; this indicator also demonstrates significant differences between men and women (7.9% as opposed to 11.9%). Overall, the rate of abstinence in 2014 remains the same as in 2012, i.e. 13%.

Table 2 Average annual alcohol consumption in litres of pure alcohol

Demographic characteristics	Entire sample (including the abstainers)	Entire sample (excluding the abstainers)
	Frequency in % (95% CI)	
Total	7.2 (6.4;8.1)	8.3 (7.3;9.3)
Gender		
Men	**10.3** (8.9;11.7)	**11.4** (9.8;12.9)
Women	4.4 (3.4;5.3)	5.2 (4.1;6.3)
Age group		
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)
Residence		
Urban	6.6 (5.7;7.4)	7.6 (6.6;8.6)
Rural	8.9 (6.9;10.8)	9.9 (7.7;12.0)
Education[1]		
Basic and secondary vocational schools	8.7 (7.0;10.5)	10.4 (8.4;12.4)
Secondary schools with a final exam	5.9 (5.1;6.7)	6.8 (5.9;7.7)
Universities	6.3 (4.5;8.2)	6.9 (4.9;9.0)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

The average annual consumption of alcohol per capita (in litres of pure alcohol) is an important indicator of the total consumption in the society. It enables comparing the consumption with demographic characteristics of the population, in relation to the statistically recorded consumption and it is suitable for international comparisons. The value of the indicator was calculated using the beverage-specific quantity-frequency method.

The calculations included the entire sample including abstainers, as well as only the part of the sample that consumed alcohol in the last year. The total consumption amounted 7.2 litres compared with 7.4 litres in 2012 for the entire sample. If we exclude the abstainers, the total

consumption of alcohol per capita is 8.3 litres. Men's average annual consumption is far higher than women's (10.3 litres as opposed to 4.4 litres).

The highest average alcohol consumption is demonstrated in the youngest age category of 25 and younger (7.5 l) and the group of younger middle aged (7.9 l). A slightly lower average consumption is seen in people in older age groups. The type of permanent residence in terms of rural-urban influences the overall rate of consumption, but the differences are not prominent. However, the education category clearly applies. Alcohol consumption is indirectly linked to level of education. The group of university graduates and those with completed secondary education with a final exam have lower consumption than the group with basic or secondary vocational education.

Table 3 Average daily consumption of alcohol in grams

Demographic characteristics	Entire sample (including the abstainers)	Entire sample (excluding the abstainers)
	Frequency in % (95% CI)	
Total	15.8 (14.0;17.7)	18.2 (16.1;20.3)
Gender		
Men	**22.5** (19.4;25.6)	**24.9** (21.5;28.2)
Women	9.6 (7.5;11.6)	11.4 (9.0;13.8)
Age group		
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)
Residence		
Urban	14.3 (12.4;16.3)	16.7 (14.5;18.9)
Rural	19.5 (15.2;23.7)	21.6 (16.9;26.3)
Education[1]		
Basic and secondary vocational schools	19.1 (15.4;22.9)	22.8 (18.4;27.2)
Secondary schools with a final exam	13.0 (11.2;14.7)	14.9 (13.0;16.8)
Universities	13.9 (9.8;18.0)	15.2 (10.8;19.6)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

The consumption expressed in grams of alcohol per day is another way of presenting the total annual consumption contained in the previous table. We include this conversion, because the professional literature often expresses daily consumption in grams, as do the recommendations of consumption in relation to health hazards. However, safe consumption limits are not uniform.

The most frequent acceptable daily dose is 20 grams for women and 40 g for men (WHO). Several professional medical bodies support stricter limits (16 g for women and 24 g for men). If we applied the stricter limits, the male part of the Czech population would suddenly find themselves on the brink of potential health risks. Otherwise, the Table 3 presents associations stated in the comments to Table 2.

Table 4 Consumption categories

Demographic characteristics	Abstainers (lifelong and in the last year)	Moderate drinking	Hazardous drinking	Harmful drinking
	Frequency in % (95% CI)			
Total	12.9 (11.4;14.6)	73.9 (71.8;75.9)	7.2 (6.1;8.5)	6.0 (5.0;7.2)
Gender				
Men	9.6 (7.7;11.7)	75.1 (72.1;77.9)	8.0 (6.3;10.0)	7.4 (5.8;9.4)
Women	16.1 (13.8;18.7)	72.7 (69.7;75.5)	6.4 (5.0;8.3)	4.7 (3.5;6.4)
Age group				
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)
Residence				
Urban	14.1 (12.3;16.2)	73.2 (70.7;75.6)	7.1 (5.8;8.7)	5.6 (4.4;7.0)
Rural	10.0 (7.6;13.0)	75.5 (71.5;79.0)	7.4 (5.4;10.0)	7.2 (5.2;9.8)
Education[1]				
Basic + secondary vocational schools	16.1 (13.5;19.1)	67.5 (63.8;71.0)	8.6 (6.6;11.0)	7.8 (6.0;10.2)
Secondary schools with a final exam	12.9 (10.5;15.8)	75.2 (71.6;78.4)	7.0 (5.2;9.3)	5.0 (3.5;7.0)
Universities	8.5 (5.4;12.6)	81.9 (76.6;86.4)	6.2 (3.6;9.8)	3.5 (1.6;6.5)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Table summarises the information about various forms of drinking across the representative sample. The definitions of drinking categories are taken from the OECD. The term moderate drinking is defined as the average daily intake of up to 40 g for men and 20 g for women. The daily intake of 40-60 g for men and 20-40 g for women is defined as hazardous drinking; and average daily consumption of more than 60 g for men and 40 g for women is defined as harmful drinking.

Applying these definitions to our sample we recorded that the moderate consumption of alcohol was prevalent (74%). The criteria for hazardous drinking are represented by 7% of the respondents and 6% fall into the harmful drinking category. Men do not differ from women in terms of moderate and hazardous consumption of alcohol; however, harmful drinking is more common in men.

Regarding the age groups, the oldest category includes the most people abstaining from alcohol and the fewest people who consume harmful volumes of alcohol. The differences between urban and rural areas are insignificant. However, the level of completed education exerts a strong influence upon the consumption volumes. The occurrence of high risk forms of alcohol consumption decreases as the level of completed education rises; interestingly, the occurrence of abstinence is the lowest among university graduates.

Table 5 Drinking of excessive amount of alcohol in one consumption event (use of 60 and more grams of alcohol)

Demographic characteristics	Weekly and more often	Once up to 3 times per month	Once up to 11 times per year	Never
	Frequency in % (95% CI)			
Total	**17.0 (15.2;19.0)**	**29.9 (27.7;32.3)**	**34.6 (32.3;37.0)**	**18.5 (16.6;20.5)**
Gender				
Men	24.8 (21.8;27.9)	35.3 (32.0;38.8)	29.3 (26.2;32.6)	10.7 (8.7;13.1)
Women	9.2 (7.3;11.5)	24.5 (21.5;27.7)	40.0 (36.6;43.5)	26.4 (23.4;29.6)
Age group				
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)
Residence				
Urban	16.0 (13.9;18.3)	29.8 (27.2;32.6)	34.9 (32.1;37.8)	19.3 (17.0;21.8)
Rural	19.5 (16.1;23.4)	30.1 (26.1;34.5)	33.9 (29.7;38.4)	16.5 (13.4;20.2)
Education[1]				
Basic and secondary vocational schools	22.1 (18.8;25.7)	25.7 (22.3;29.6)	32.1 (28.3;36.1)	20.1 (17.0;23.7)
Secondary schools with a final exam	14.2 (11.5;17.5)	30.6 (26.9;34.6)	37.5 (33.6;41.7)	17.6 (14.6;21.1)
Universities	12.7 (8.7;17.6)	30.4 (24.6;36.7)	33.8 (27.8;40.2)	23.2 (18.0;29.1)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Frequent consumption of excessive doses of alcohol is considered by the professional literature as a predictor of alcohol problems. Consuming excessive doses of alcohol weekly and more frequently is especially risky as it may be associated with a number of issues (e.g. injuries, road accidents, violent behaviour, etc.).

Frequent excessive drinking is stated by 17% of the sample (it was 18% in 2012), men significantly more often than women (25% vs. 9%). In this survey, a frequent consumption of excessive doses is more common for ages 25-64, lower in the older age group and also among the adolescents younger than 24. The differences between the levels of completed education are statistically significant as university graduates state frequent consumption of excessive doses less often than people with secondary general, vocational or primary education.

Table 6 Reasons for abstinence

Reasons for abstinence	Total	Men	Women
	% of those abstaining from alcohol lifelong or in the last year (N=229)		
Health	47.6	42.2	50.7
Alcohol problems	11.4	16.9	8.2
Ideological beliefs	41.0	41.0	41.1

From the sample assessed, 234 people in total stated abstinence, i.e. 12.9%. We investigated the main reasons for abstinence and divided them into a) health reasons, b) alcohol problems, and c) ideological belief reasons.

The respondents most often abstained for health reasons (47.6%), the second largest group were people who abstained due to ideological beliefs, those being primarily religious reasons. The smallest, however, not negligible part is a group abstaining due to alcohol problems.

Gender differences are the largest in this group. Among men, it is every sixth person who abstains due to alcohol problems. The reasons for abstinence have been given minor attention so far, even though the findings may provide an explanation of the health context for drinking alcohol.

Table 7 Practitioner's assessment of alcohol consumption and recommendations to reduce or stop drinking

Demographic characteristics	Practitioner asked about alcohol consumption	Practitioner recommended reducing or stopping drinking
	Frequency in % (95% CI)	
Total	41.7 (39.2;44.2)	10.8 (9.4;12.5)
Gender		
Men	43.5 (40.0;47.0)	**14.2** (11.9;16.9)
Women	39.9 (36.4;43.4)	7.4 (5.7;9.5)
Age group		
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)
Residence		
Urban	41.4 (38.5;44.4)	10.9 (9.1;12.9)
Rural	42.3 (37.8;46.8)	10.7 (8.1;13.9)
Education[1]		
Basic and secondary vocational schools	45.2 (41.1;49.4)	14.4 (11.6;17.6)
Secondary schools with a final exam	45.4 (41.2;49.6)	9.1 (6.9;11.8)
Universities	**34.6** (28.6;41.0)	11.8 (8.0;16.6)

[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

Regarding attempts to reduce the health hazards associated with excessive consumption of alcohol, it is important to note whether physicians and GPs ask about alcohol consumption habits and whether they recommend reducing the consumption of alcohol.

Study findings revealed surprising results; in 42% of respondents their practitioner asked about alcohol intake, which is more than in 2012, when it was one third of respondents. Reducing alcohol consumption was recommended in 11% of respondents. Practitioners' questions about the consumption of alcohol were more frequently targeted at men and persons over 45 years of age. Similarly, recommendations to reduce or quit drinking were more frequently given to men and older people.

Table 8 Practitioner's assessment of alcohol consumption and recommendations to reduce or stop drinking according to drinking categories

Demographic characteristics	Practitioner asked about alcohol consumption	Practitioner recommended reducing or stopping drinking
	Frequency in % (95% CI)	
Total	41.7 (39.2;44.2)	10.8 (9.4;12.5)
Drinking category		
Moderate drinking	39.9 (37.3;42.6)	**8.5** (7.1;10.2)
Hazardous drinking	49.2 (40.4;58.1)	17.7 (11.6;25.4)
Harmful drinking	55.1 (45.2;64.6)	31.2 (22.7;40.8)

The physician's interest in the respondents' drinking habits is related to the consumption category where the respondents belong. If a person meets the criteria for harmful alcohol consumption, they are asked about their drinking habits by practitioners more often; the same applies to recommendations to reduce drinking alcohol.

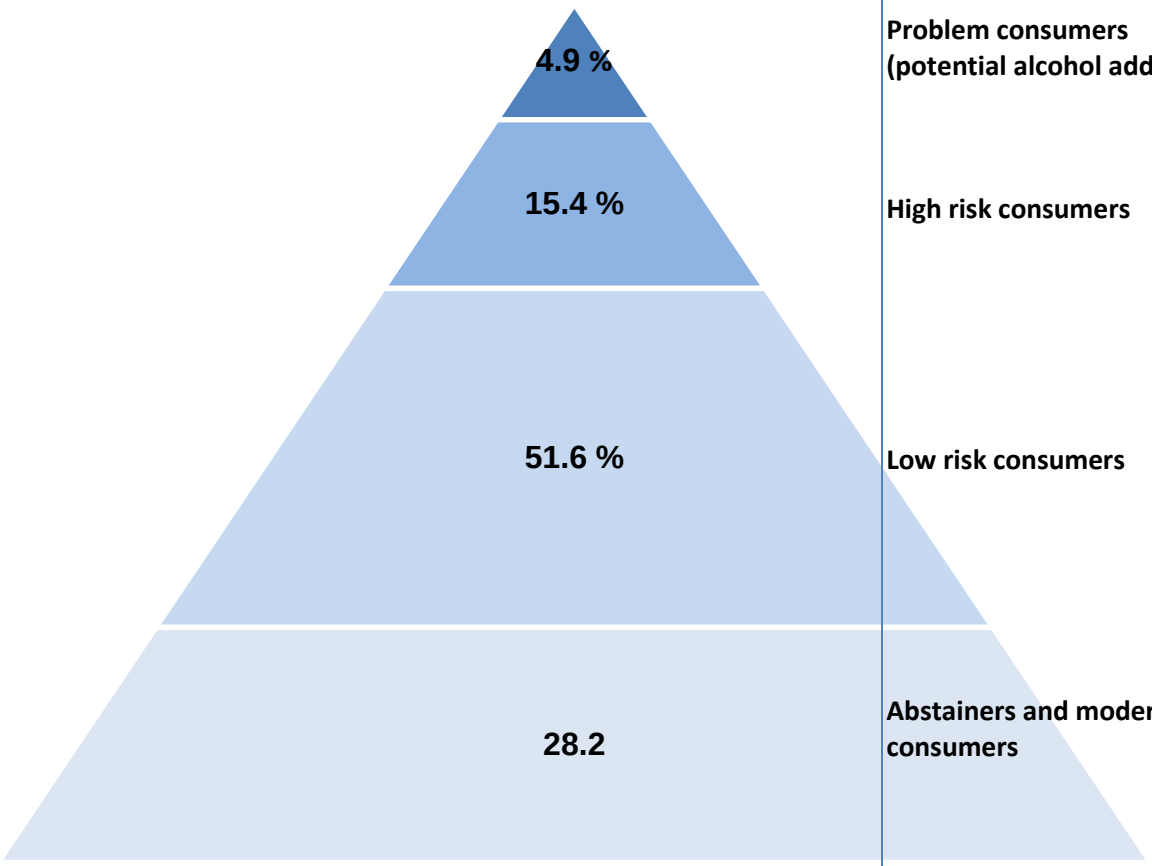
Practitioners' behaviour, though reflecting the respondents' experience, unambiguously proves that practitioners are aware of the risks to their patients' health associated with excessive alcohol consumption. It is evident that the practitioners could have more impact if they were better trained in screening methods and short-term interventions targeted at reducing the alcohol-related harm.

Table 9 Alcohol consumer pyramid

Demographic characteristics	Abstainers and moderate consumers	Low risk consumers	High risk consumers	Problem consumers (potential alcohol addiction)
	Frequency in % (95% CI)			
Entire sample	28.2 (26.1;30.3)	51.6 (49.3;53.9)	15.4 (13.8;17.1)	4.9 (3.9;6.0)
Gender				
Men	18.7 (16.2;21.4)	54.4 (51.0;57.7)	19.5 (16.9;22.3)	7.5 (5.9;9.5)
Women	37.2 (34.1;40.4)	49.0 (45.7;52.2)	11.5 (9.6;13.8)	2.4 (1.5;3.6)

The categories of the "consumer pyramid", unlike consumption categories (Table 4), are derived not only from the average daily consumption of alcohol calculated using the BSQF index, but also include the frequency of episodic consumption of excessive doses of alcohol. The alcohol consumer pyramid categories clearly illustrate the level of risk and problems related to the consumption of alcohol within society. The alcohol consumer categories represent a different classification than that only based on the average daily consumption of alcohol. The consumer pyramid is based on several indicators and enables better estimates of high risk drinking (alcohol abuse) and problem drinking, which also includes persons addicted to alcohol. The value distribution in the pyramid from 2014 is almost identical to the values from 2012. Problem consumers in 2012 represented 4.8%, in 2014 4.9%, high risk consumers were 16% in 2012 and 15.4% in 2014. These findings suggest that one fifth of the Czech adult population is at risk of alcohol's negative impact on health.

Alcohol consumer pyramid (in %), the Czech Republic in 2014



Problem consumers (potential alcohol addiction)

High risk consumers

Low risk consumers

Abstainers and moderate consumers

Table 10 Consumption categories - comparison between 2012 and 2014

Demographic characteristics	YEAR	Abstainers (lifelong and in the last year)	Moderate drinking	High risk drinking	Harmful drinking
		Frequency in % (95% CI)			
Total	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)
Gender					
Men	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)
Women	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)

The table provides the survey result comparison between 2012 and 2014. We may conclude that the changes are very small and all are part of random fluctuation.

It has been verified that the adult consumption habits were stable, but also there were no actions taken by the society which would considerably influence the alcohol habits of adults.

D) Association between tobacco smoking, alcohol consumption, subjective health and socioeconomic status

Table 1 Current tobacco smokers in association with the alcohol consumption category

Demographic characteristics	Abstainers (lifelong and in the last year)	Moderate drinking	Hazardous drinking	Harmful drinking
	Frequency in % (95% CI)			
Total	20.5 (15.5;26.3)	30.5 (28.1;33.1)	43.1 (34.4;52.1)	52.3 (42.5;62.0)
Gender				
Men	28.6 (19.2;39.5)	36.2 (32.6;40.0)	47.1 (35.1;59.5)	50.8 (38.1;63.4)
Women	16.0 (10.5;22.9)	25.0 (21.8;28.4)	38.3 (26.1;51.8)	54.6 (38.9;69.6)
Age group				
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)
Residence				
Urban	20.4 (14.8;27.1)	32.0 (29.1;35.1)	48.4 (37.7;59.1)	47.9 (35.9;60.1)
Rural	20.8 (10.8;34.1)	27.0 (22.8;31.7)	30.8 (17.0;47.6)	60.5 (43.4;76.0)
Education[1]				
Basic + secondary vocational schools	26.6 (18.6;35.9)	31.3 (27.1;35.8)	50.0 (36.6;63.4)	58.5 (44.1;71.9)
Secondary schools with a final exam	14.5 (7.7;23.9)	28.7 (24.8;33.0)	35.6 (21.9;51.2)	43.8 (26.4;62.3)
Universities	22.7 (7.8;45.4)	25.5 (19.8;31.9)	31.3 (11.0;58.7)	44.4 (13.7;78.8)

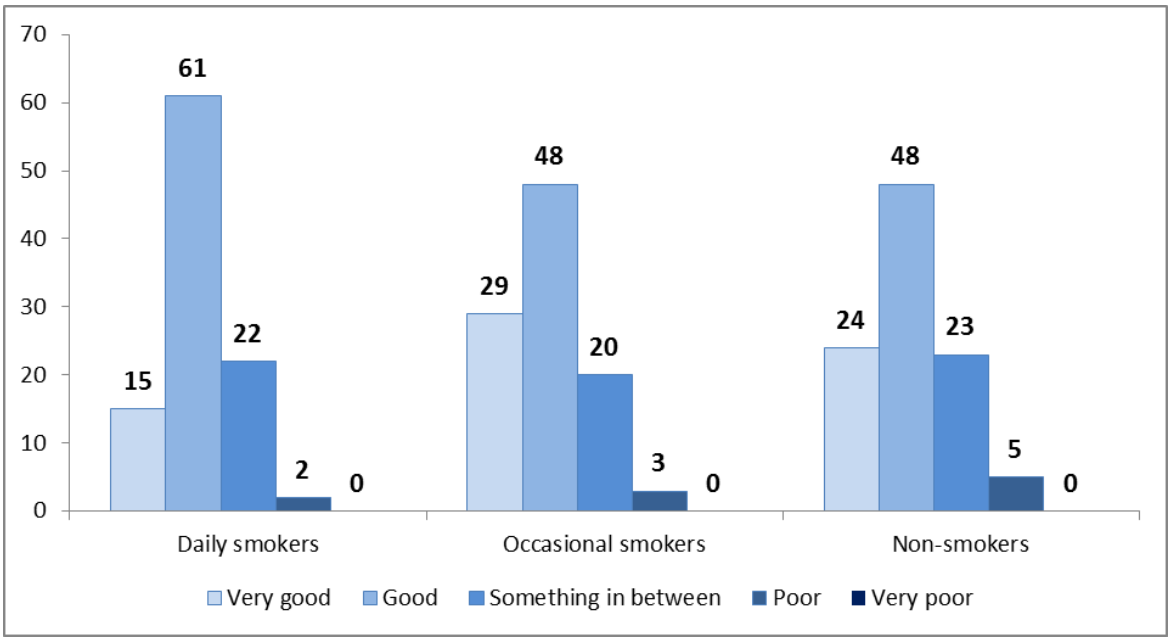
[1] Education-related category refers to adults aged 25 and over.

The link between alcohol drinking and smoking was observed similarly to 2012. The results of both assessments are clear-cut; increasing alcohol consumption is associated with increasing prevalence of smokers. When considering the reliability interval estimates, the Hazardous and harmful drinking is the same for female and male smokers.

Alarmingly, the strongest link between smoking and alcohol consumption was found in the youngest respondent group, where the concurrence is 55% among the hazardous drinkers and 53% among harmful drinkers. The concurrence of smoking and drinking is also higher among people with lower levels of completed education. The lowest number of smokers is among young abstainers.

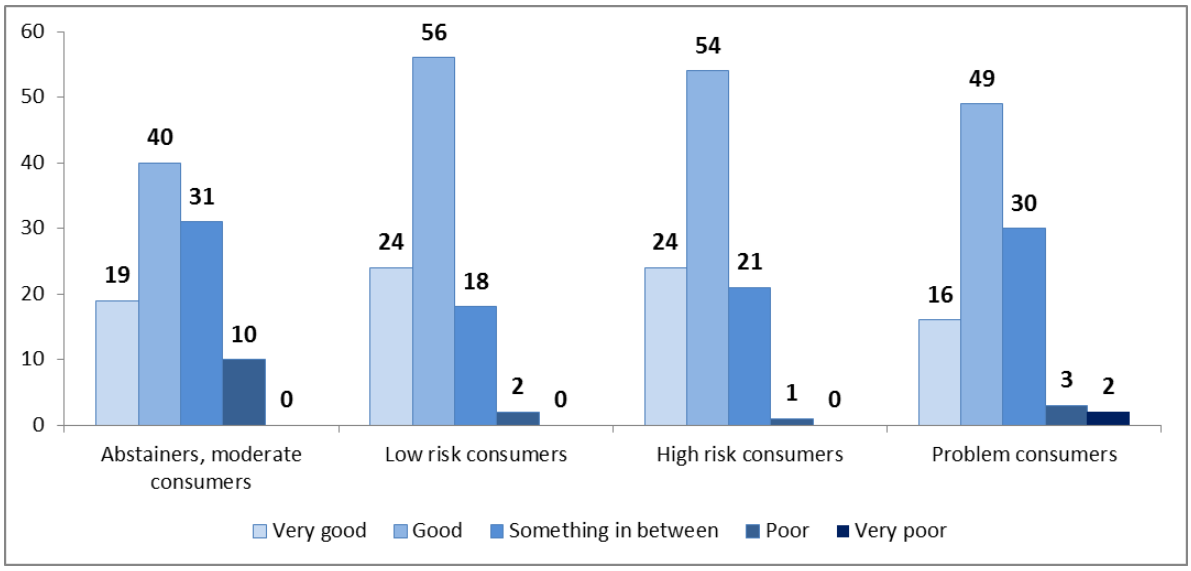
It is essential that we point out these facts since health risks are significantly higher in people who consume excessive volumes of alcohol and smoke as well.

Figure 1 Association between subjective health status and smoking



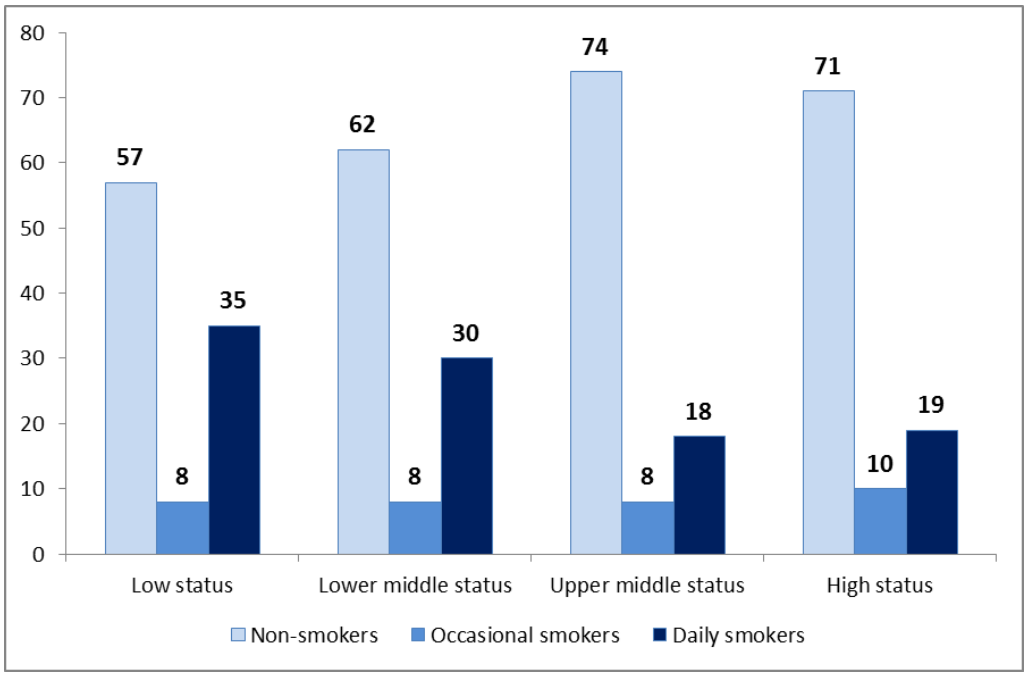
There was a statistically significant link between smoking and self-assessment of own health (chi^2=35.3; d.f. = 8; P<0.001). Daily smokers evaluated their own health as very good less frequently than the occasional smokers and non-smokers. The fact that non-smokers evaluate their health in the category „something in between" and "poor" similarly to smokers is because many non-smoking respondents have health problems. We checked this with people who abstain from alcohol in our group - half of them abstain due to health problems and they include 80% of non-smokers.

Figure 2 Association between subjective health status and alcohol consumption



The link between alcohol consumption and self-assessment of own health is also statistically significant (chi^2=105.2; d.f. = 12; P<0.001), but nonlinear. Clearly, the two lateral groups, abstainers and problem consumers evaluate their own health as very good less frequently than the other two groups, simultaneously; they more often regard it as worse. This is not surprising in problem consumers, but in the abstaining and moderate users. The explanation lies again in the abstinence reasons (table 6); it is clear that practically half of the non-drinkers abstain due to health problems and the other part had alcohol problems in the past. The poorer health is then reflected in their subjective evaluation of health status.

Figure 3 Association between the socioeconomic status (SES) and smoking

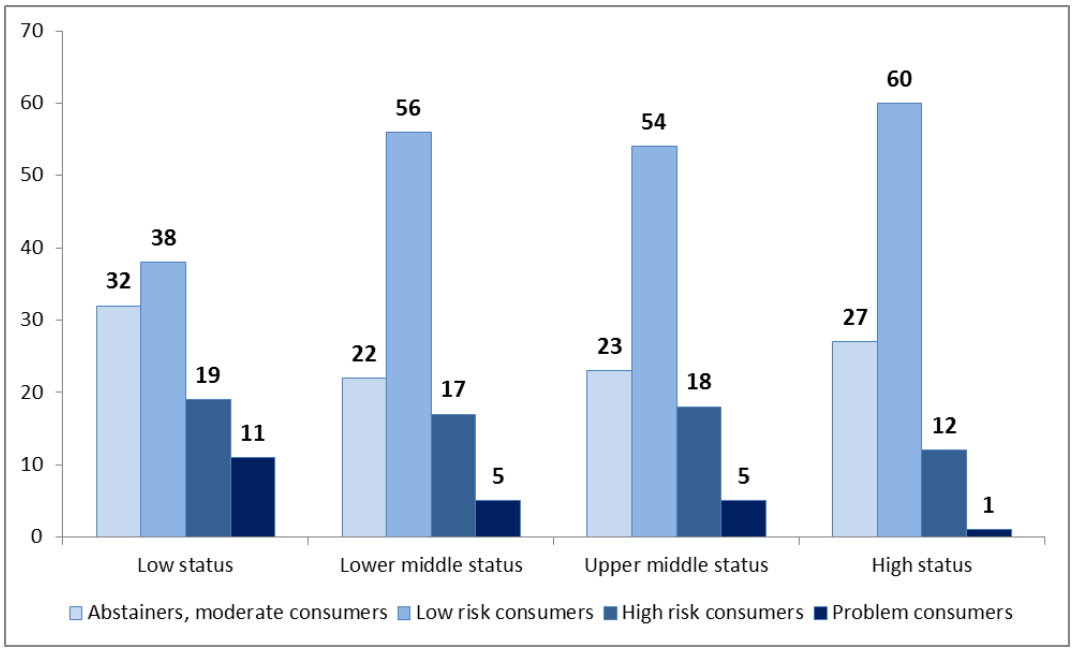


The socioeconomic status indicator which was designed for the purpose of this survey differentiates between smokers and non-smokers really well (chi^2=24.6; d.f. = 6; P<0.001).

Reduction of daily smoking is almost linear to the socioeconomic status of the individual. Whereas the group with *low* SES has 35% of daily smokers, the upper middle and high SES has only 18 or 19 percent.

Conversely, the non-smokers who are in *the upper middle and high* SES groups amount to over 70%, whilst *the lower middle* SES group has 62% and low SES only 57% of non-smokers. People with high SES have both higher education and a more meaningful occupation status. Not smoking is in many the result of higher awareness, stronger interest in own health, inability to smoke at the workplace, and probably even due to a negative image of smoking in the reference social group.

Figure 4 Association between the socioeconomic status and alcohol consumption



Types of alcohol consumers vary in individual categories of SES (chi^2=27.5; d.f. = 9; P<0.001). While the proportion of consumers is not different in *lower middle* and *higher middle* SES groups, interestingly, the group of *low* SES characterised by higher proportion of abstainers but also higher number of high risk consumers and problem consumers is entirely different from these two inner groups, as well as the group of *high* SES, which is characterised by lower proportion of the high risk and problem consumers.

The findings show that the socioeconomic status determines the alcohol habits to a great extent, and its review is also practically important. In some areas, such as rural, with more people of *low* SES, more facilities for prevention and medical help should be available.

E) Summary and implications for public health policies

Summary of results – tobacco

The adult population in the Czech Republic had 31.4% of smokers in total in 2014. Three quarters of them (23.5%) were smokers who smoked at least one cigarette a day. Regarding the long-term perspective, we have not observed a trend indicating a decrease of the prevalence of smoking across the adult population.

The higher number of male smokers compared to females is statistically significant.

The Czech population smokes predominantly cigarettes. The proportion of other tobacco products and the smokeless tobacco is negligible. Aromatised cigarettes are popular. The number of their users represented 17.9% in total, 11.8% of them were of menthol aroma (men 9.4%, women 15.0%).

Men smoke 15-24 cigarettes a day more frequently (33.1%), as opposed to 5-9 cigarettes a day in women (32.4%).

Almost a quarter of the respondents are exposed to tobacco smoke at home. The highest proportion of this number is in the youngest age group of 15-24 year-olds.

A high percentage of non-smokers are also exposed to tobacco smoke at the workplace. This is true for 14.4% of employees with a prevalence of men (18.9%).

About one third of current smokers tried to stop smoking in the last year. About 60% of respondents visited their GP during the last year. 40% of them state that their GP recommended stopping smoking.

Cigarette advertising in points of their sale was noticed by more than 50% of respondents in the last month, their promotion, though legally prohibited, was identified by 29% of respondents who were mostly young men.

Summary of results – alcohol

13% of the adult Czech population consume alcohol regularly and very often (drinking daily or every other day).

Only 3% of the adult population abstain from consuming alcohol permanently (lifelong). Further 10% state abstinence in the last year. The most common reason for abstinence is health. The reason for 11% of abstainers is their problem with alcohol. Among men, every sixth does not drink due to alcohol problems.

The average annual consumption of alcohol per capita is 7.2 l of pure alcohol, or 8.3 l if we exclude abstainers from the group. The values are practically the same for 2012 (7.4 and 8.6 litres).

Frequent drinking of excessive doses of alcohol (binge drinking), i.e. drinking weekly or more frequently, is recorded in 17% of the respondents (25% of men and 9% of women).

15% of the respondents may be considered to be consumers with a high risk and 4.9% to be problem drinkers.

Practitioners assessed 42% of respondents for their consumption habits and 11% of them recommended reducing or stopping drinking alcohol.

Drinking alcohol is closely linked to smoking tobacco. In this way, health risks accumulate.

The high risk consumers and particularly problem drinkers have a worse profile of subjectively evaluated health status. The same applies to abstainers and moderate consumers; this may be due to poor health of a half of the abstainers.

Low social status is associated with higher incidence of abstinence as well as a higher incidence of harmful and problem drinking. In the group of high SES there are more moderate consumers and less high risk drinkers and problem drinkers in comparison with the lower middle and higher middle SES groups.

Recommendation

In order to prevent damage caused by tobacco and alcohol the Czech Republic should act on the recommendations articulated by the World Health Organization in its WHO Global Tobacco Epidemics Report, 2008: MPOWER (WHO 2008) and Global Alcohol Strategy (WHO, 2011). These documents recommend strategies whose efficiency has been verified scientifically.

They primarily include the implementation of the following measures:

- The prevalence of tobacco smoking is stable in the Czech adult population. This fact suggests that if we wanted to achieve a decrease of this number, we should implement some effective complex measures that would result in reduced tobacco consumption.
- Regulating the marketing of tobacco products and alcoholic beverages, especially in relation to youth;
- Regulating and limiting the accessibility of tobacco products and alcoholic beverages;
- Enforcing efficient measures to prevent drivers from consuming alcohol;
- Cutting down on the demand through taxation and price mechanisms;
- Raising awareness and promoting goals of the national alcohol policies and tobacco consumption policies;
- Providing accessible and efficient treatment to people addicted to tobacco and alcohol;
- Implementing screening and short-term intervention programmes for the hazardous and harmful consumption of tobacco and alcohol (mainly in primary care settings).

Some of these recommendations have been implemented in the Czech Republic, however, a comprehensive national policy on alcohol consumption and on reducing tobacco consumption which would systemically solve the adverse effects of tobacco and alcohol on health and the society is in a stage of preparation.

The Ministry of Health of the Czech Republic have established work groups for elaboration of action plans dealing with the problems discussed. These work groups specify particular actions to reduce tobacco and alcohol consumption.

F) Acknowledgments

This study was conducted thanks to significant professional and financial help from the Ministry of Health of the Czech Republic and the WHO Regional Office for Europe.

G) References

Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P. Užívání tabáku v České republice 2013, Výzkumná zpráva. SZÚ, 2014 (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., Sieroslawski, 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., at 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)

Sovinova, H., Global Youth Tobacco survey (GYTS) 2011, Czech Republic 2011 Country Report. SZÚ, 2012 (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)

Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., Kottnauerová, 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)

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

⌘