

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Pavlína Zdeňková Kroužková

Kouření jako maladaptivní strategie u žen s nadváhou a obezitou

Smoking as a maladaptive strategy in overweight and obese women

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D, MBA

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 04. 2023

Pavλίna Zdeňková Kroužková

.....

Identifikační záznam:

Zdeňková Kroužková, Pavlína. Kouření jako maladaptivní strategie u žen s nadváhou a obezitou. [Smoking as a maladaptive strategy in overweight and obese women]. Praha, 2023. 94 stran, 7 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Mgr. Adam Kulháněk, Ph.D. MBA

Abstrakt

Úvod: Kouření a obezita (nadváha) společně představují významný rizikový faktor pro řadu onemocnění. Zatím nebylo mnoho publikováno o vlivu redukce hmotnosti na kouření.

Cíl: Cílem práce bylo na základě srovnání série kazuistik zmapovat nejvýznamnější rizikové faktory, které vedou ženy, kuřáčky tabáku, s nadváhou a obezitou k maladaptivnímu chování. Parciálním cílem bylo zjistit, zda dodržování redukčního programu neovlivňuje počet vykouřených cigaret.

Metody: Jedná se o sérii kazuistik, prospektivně sledovaných po dobu tří měsíců (prosinec 2022-březen 2023), ve které bylo sledováno 21 pacientek, kuřáček tabáku, podstupujících program snižování hmotnosti. Sledování vlivu redukce hmotnosti na počet vykouřených cigaret jsem bylo doplněno o strukturované rozhovory s respondentkami na téma nejvýznamnějších rizikových faktorů vedoucích ke kouření. Výsledky byly vyhodnoceny metodou rapid assesment. Hledáním společných psychosociálních faktorů mezi jednotlivými případovými studii byly doplněny jednotlivé typy klientek.

Soubor: Výzkumný soubor 21 žen kuřáček byl vybrán metodou prostého záměrného účelového výběru na základě dostupnosti a dobrovolnosti. Věkové složení výzkumného vzorku se pohybovalo od 18 do 66 let. Počáteční hmotnost žen kuřáček odpovídala parametrům nadváhy nebo obezity (BMI nad 25, nad 30) a všechny byly závislé na nikotinu.

Výsledky: Mezi nejvýznamnější rizikové faktory kouření u sledovaných žen s nadváhou a obezitou patří chování rodičů, šikana, rozvod, třísměnný provoz, nemoc či úmrtí v rodině. Na základě výzkumu, bylo možné popsat čtyři profily sledovaných respondentek. Během tříměsíčního sledování ženy kuřáčky v průměru snížily hmotnost o 8,7 %. Zároveň došlo k navýšení počtu vykouřených cigaret o 63,1 %.

Závěr: Ženy kuřáčky s obezitou nebo nadváhou by měly při rozhodnutí redukovat hmotnost být zároveň motivovány k odvykání kouření. Vzhledem ke skutečnosti, že řada rizikových faktorů vedoucích k maladaptivnímu chování žen kuřáček je neovlivnitelných.

Klíčová slova: kouření, nadváha, obezita, maladaptivní chování

Abstrakt

Introduction: Smoking and obesity (overweight) together represent a significant risk factor for a number of diseases. So far, not much has been published about the effect of weight reduction on smoking.

Aim: The aim of the work was to map the most significant risk factors that lead women, tobacco smokers, overweight and obese to maladaptive behavior based on a comparison of a series of case studies. A partial goal was to find out whether compliance with the reduction program does not affect the number of cigarettes smoked.

Methods: This is a case series, prospectively followed for three months (December 2022-March 2023), in which 21 female tobacco smoking patients undergoing a weight reduction program were followed. Monitoring the effect of weight reduction on the number of cigarettes smoked was complemented by structured interviews with female respondents on the topic of the most significant risk factors leading to smoking. The results were evaluated using the rapid assessment method. By searching for common psychosocial factors between individual case studies, individual types of clients were supplemented.

Sample: The research sample of 21 female smokers was selected using a simple purposive sampling method based on availability and voluntariness. The age composition of the research sample ranged from 18 to 66 years. The initial weight of the female smokers corresponded to the parameters of overweight or obesity (BMI above 25, above 30) and all were nicotine dependent.

Results: Among the most significant risk factors for smoking among overweight and obese women are parental behavior, bullying, divorce, three-shift work, illness or death in the family. Based on the research, it was possible to describe four profiles of the monitored respondents. During the three-month follow-up, female smokers lost an average of 8.7% weight. At the same time, the number of cigarettes smoked increased by 63.1%.

Conclusion: Female smokers with obesity or overweight should be motivated to quit smoking when deciding to reduce weight. Given the fact that a number of risk factors leading to maladaptive behavior in female smokers are uncontrollable.

Key words: smoking, overweight, obesity, maladaptive behavior

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Adamovi Kulhánkovi, Ph.D., MBA za jeho ochotu stát se vedoucím této diplomové práce. Děkuji za sdílení jeho zkušeností, stejně jako všech cenných rad a připomínek. Děkuji rovněž svým pacientům, kteří jsou mi zdrojem poznatků a zkušeností. Poděkování patří mojí rodině a blízkým, kteří mě podporovali během celého studia a byli mi oporou.

Seznam použitých zkratek

BMI: Body Mass Index

CMP: cévní mozková příhoda

DM2: diabetes mellitus 2. typu

DNA: deoxyribonukleová kyselina

DSM-BIA: frekvenční bioelektrická impedanční analýza

DSM-V: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání

ICHS: ischemická choroba srdeční

ICHDK: ischemická choroba dolních končetin

CHOPN: chronická obstrukční plicní nemoc

KBT: kognitivně behaviorální terapie

MKN-10: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

PPP: poruchy příjmu potravy

PUFA: polynenasycené mastné kyseliny

SFA: nasycené mastné kyseliny

TFA: trans mastné kyseliny

WHR: Waist to Hip Ratio

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Závislost na tabáku.....	3
3. Vliv kouření na zdraví žen	5
3.1. Respirační systém	5
3.2. Kardiovaskulární systém.....	5
3.2.1 Dyslipidémie	7
3.2.2. Krevní tlak.....	7
3.2.3. Diabetes mellitus.....	8
3.3. Reprodukční systém.....	8
3.4. Gastrointestinální trakt.....	9
3.5. Nervový systém.....	10
4. Rizikové faktory související s kouřením.....	12
4.1. Vliv kouření na výživové chování	12
4.2. Vliv kouření na hmotnost.....	15
4.3. Vliv kouření na konzumaci alkoholu	18
5. Kouření jako strategie zvládnání stresu	20
5.1. Stres.....	20
5.2. Strategie zvládnání stresu.....	22
5.2.1. Kouření jako copingová strategie.....	24
5.3. Stres a obezita	25
5. 4. Posttraumatická stresová porucha	27
6. Program snižování hmotnosti.....	28
7. Výzkumná metodika	30
7.1. Výzkumný cíl.....	30
7.2. Výzkumné otázky	30
7.3. Výzkumný soubor	31
7.4. Metody tvorby dat.....	31
7.5. Metody analýzy dat.....	33
5.6. Etické aspekty studie.....	34
8. Výsledky výzkumu	35
8.1 Výsledky tříměsíčního prospektivního sledování	35
8.2 Výstupy z kvalitativního výzkumu	39
8.2.1 Dětství a rodina	39
8.2.2 Škola, zaměstnání.....	43
8.2.3 Volný čas.....	45

8.2.4. Sociální prostředí a komunita.....	46
8.3 Profily žen kuřáček	46
8.3.1 Typ „Pečovatelka“	46
8.3.2 Typ „Věčná dietářka“	47
8.3.3 Typ „Pařmenka“	48
8.3.4 Typ „Samotářka“	48
9. Diskuse a závěry	50
10. Zdroje	56

1. Úvod

Kouření a obezita (nadváha) jsou příčinami řady onemocnění, kterým lze předejít (Criscitelli, 2016). Společně pak představují významný rizikový faktor zejména pro kardiovaskulární a onkologickou nemocnost a úmrtnost. Přes obecně známá rizika kouření, ženy často nechtějí přestat kouřit kvůli obavám z nárůstu hmotnosti po ukončení kouření (Salk, 2019).

Z populační studie Státního zdravotního ústavu na reprezentativním vzorku populace nad 15 let věku v roce 2020 vyplývá, že v České republice kouří 18,2 % žen (95% CI 15,7-20,9). Z toho 12,2 % žen (95% CI 10,1-14,5) kouří denně a 6 % žen (95% CI 4,5-7,7) se považuje za příležitostné kuřáčky. Ženy nejčastěji začínají kouřit ve věku od 15 do 19 let (55,2 %) a kouří mezi 5-9 cigaretami denně (Csémy, 2021).

Kouření souvisí se změnami tělesné hmotnosti. V populaci stále převažuje zjednodušující přesvědčení, že kouření chrání před nárůstem hmotnosti. Na pozitivní vliv kouření na hmotnost upozornili prvně v roce 1928 tabákoví inzerenti Edward Bernays a George Washington Hill sloganem „Sáhni po Lucky místo sladkosti!“. Reklamní kampaní vytvořili novou cílovou skupinu pro své výrobky, ženy toužící po štíhlé postavě. Reklamní kampaň ženám podsouvala myšlenku rychlého a efektivního hubnutí pomocí zapálené cigarety. V roce 1959 se na americkém trhu objevují dokonce první tzv. redukující cigarety, které obsahovaly kyselinu vinnou považovanou za látku podporující redukci hmotnosti. V letech 1949 až 1999 největší tabákový producenti Philip Morris a American Tobacco přidávaly do některých cigaret další látky, o kterých se na základě tehdejších znalostí domnívali, že potlačují chuť k jídlu (Gonseth, 2012).

Jedním z důvodů proč mladé dívky začínají kouřit, bývá snaha o udržení nebo dokonce snížení hmotnosti. Kouřením si poškozují zdraví a zároveň nevědomky mění své stravovací chování, postoje a návyky, což vede ke zvýšenému ukládání tuku do břišní oblasti (Matoulek, 2019). Kouřením v negativním směru ovlivňují svůj životní styl, čímž dochází k prohlubování zdravotních rizik z kouření a nevhodné životosprávy. Vzestup hmotnosti po zanechání kouření je častým důvodem relapsu a pokračování v zažitých nevhodných stravovacích návycích.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, první část práce (kapitoly 2, 3, 4) poskytuje odborný výklad týkající se dosavadního vědění negativním dopadu kouření a obezity na zdraví, vlivu kouření na výživové chování, rizikové chování související s kouřením a kouřením jako strategií zvládnutí stresu. Ve druhé části práce (kapitoly 5 – 8) je prezentován

realizovaný výzkum. Vliv dodržování tříměsíčního redukčního programu na množství vykouřených cigaret a objasnění nejvýznamnějších rizikových faktorů vedoucích ke kouření jako maladaptivnímu chování.

Cílem diplomové práce je objasnit nejvýznamnější rizikové faktory, které vedou u ženy s nadváhou a obezitou k maladaptivnímu chování. Z rizikových faktorů pak následně sestavit typologii žen s takovým chováním. Dalším cílem je zjistit, zda dodržování redukčního programu neovlivňuje počet vykouřených cigaret.

2. Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je léčitelná, chronická, recidivující porucha, která vzniká jako naučené chování, nejčastěji jako zvyk kouřit v určitých situacích nebo v určité společnosti (Selby, 2022). Dívky začínají kouřit v České republice později než chlapci. Svou první cigaretu si před čtrnáctým rokem života přesto zapálí 6,7 % dívek (Czémy, 2021). Zpočátku se jedná více o psychosociální závislost, která po určité době u 80 až 90 % osob přechází v závislost fyzickou. Kouření cigaret posilují sekundární podněty spojené s kouřením, jako jsou krabička cigaret, sensorické vlastnosti cigaretového kouře, pocit cigarety v ruce nebo v ústech (Le Foll, 2022).

Primární návykovou látkou v tabáku je nikotin. Vdechování cigaretového kouře dodává cestou krevního oběhu do mozku za 7 až 30 sekund v průměru 1 mg nikotinu z jedné vykouřené cigarety (Benowitz, 2009). Nikotin v mozku aktivuje nikotinové receptory, které zprostředkovávají uvolňování dopaminu v centru odměny (Brody, 2006). Rychlé dodání vysoké koncentrace nikotinu činí kouření nejvíce návykovou formou dodávání nikotinu. Beta karboliny, které jsou přítomné v tabákovém kouři, působí jako silné inhibitory monoaminoxidázy, které zvyšují hladinu dopaminu, norepinefrinu a serotoninu v mozku (Herraiz, 2005). Polyaromatické uhlovodíky v kouři infikují enzymy cytochromu P450 (CYP1A1, CYP1A2 a CYP2E1), což vede také ke klinicky významným lékovým interakcím (Selby, 2022).

Nikotin primárně způsobuje závislost. Podle MKN-10 (1992) se označuje jako diagnóza F.17, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku. Cigaretový kouř obsahuje více než 7000 chemických látek, včetně 60 až 70 známých lidských karcinogenů. Nikotin primárně způsobuje závislost, ale vedlejší produkty spalování tabáku vedou k závažným onemocněním (Selby, 2022).

Rizikové faktory pro kouření a následnou závislost na tabáku jsou genetické a environmentální. Věk zapálení první cigarety, stejně jako počet vykouřených cigaret nebo odvykání kouření jsou spojeny s 566 genetickými variantami na 406 lokusech (Liu, 2019). Kouření rodičů, vliv vrstevníků a osobnostní rysy žen kuřáček bývají spojované se zahájením kouření nebo experimentování s tabákem. Nepříznivé a traumatizující okolnosti z dětství jsou spojeny s dvojnásobným rizikem, že člověk bude v dospělosti kouřit (Ford, 2011).

Kouření ovlivňují také intervence na politické úrovni nebo neočekávané okolnosti jako byla pandemie covid-19. V České republice z hlediska populace a vlivu kouření na zdraví byl pozitivní trend zaznamenán po zákazu kouření v restauracích. Kuřáci tabáku byli také jedinou skupinou uživatelů tabáku, kteří snížili průměrné užívání tabáku během pandemie. Bohužel intenzita závislostního chování se u intenzivních uživatelů spíše zvýšila (Csémy, 2021).

3. Vliv kouření na zdraví žen

Kouření je rizikovým faktorem pro vznik řady somatických onemocnění, ale negativně ovlivňuje také duševní zdraví (Nešpor, 2019). Kouření je příčinou mnoha vážných onemocnění, ale současně zhoršuje průběh řady stávajících onemocnění. Podle statistik přispívá kouření asi v 70 % k úmrtnosti na CHOPN, v 30 % k úmrtnosti na onkologická onemocnění, v 25 % k úmrtnosti na choroby srdce a cév. Kouření rovněž negativně ovlivňuje imunitní a nervový systém, čímž přispívá k rozvoji Alzheimerovy choroby, schizofrenie, deprese a úzkosti (WHO, 2023). Zvýšení celkového zdravotního rizika spojeného s kouřením se zvyšuje s intenzitou kouření. U silných kuřáků (>20 cigaret za den) bylo prokázáno vyšší riziko vzniku onemocnění u žen, než u mužů. Negativní následky kouření se promítají do funkce všech tělesných systémů (Mucha, 2006).

3.1. Respirační systém

Vdechování tabákového kouře negativně ovlivňuje dýchací systém. Kouření je považováno za hlavní etiologickou příčinu bronchogenního karcinomu. V České republice bronchogenní karcinom vykazuje druhou nejvyšší incidenci mezi zhoubnými nádory a zhoubné novotvary plic, průdušek a průdušnice jsou nejčastější příčinou úmrtí na onkologická onemocnění v České republice. Kouření je zodpovědné za 60 až 80 % rakoviny plic u žen. Při celoživotním kouření dvaceti cigaret denně je riziko vzniku rakoviny plic 20x vyšší oproti nekuřákovi. Zatímco u mužské populace byl zaznamenán mírný pokles mortality a morbiditu u ženské populace oba parametry trvale stoupají. Dalšími zhoubnými nádory postihujícími kuřáky jsou nádory dutiny ústní, horních cest dýchacích, jícnu, žaludku, slinivky břišní, děložního čípku, ledvin, močového měchýře, střev a konečníku (Šťastný, 2022). Kouření se podílí až z 80 % na vzniku CHOPN. Kouření způsobuje chronickou bronchitidu typicky doprovázenou ranním kašlem, ale také emfyzém plic (Králíková, 2013).

3.2. Kardiovaskulární systém

Inhalace kouře ze spalovaného tabáku zdvojnásobuje riziko vzniku srdečních a cévních chorob (Tuka, 2018). Kouření přispívá k celé řadě kardiovaskulárních onemocnění (Benowitz, 2016).

Cévní onemocnění
Akcelerace aterosklerózy
Akutní infarkt myokardu
Snížení anginózního prahu
Koronární spasmus
Cévní mozková příhoda
Aneurysma aorty
Ischemická choroba dolních končetin
Trombóza stentu po perkutánní koronární intervenci
Okluze štepu po aortokoronárním bypassu
Arytmie
Náhlá srdeční smrt
Fibrilace síní
Výboj implantovaného defibrilátoru
Onemocnění myokardu
Zvýšené riziko a dekompenzace srdečního selhání
Postižení srdce při hypertenzi
Příspěvek k dalším kardiovaskulárním rizikovým faktorům
Diabetes mellitus 2. typu
Dyslipidémie
Hypertenze včetně maligní formy chronické hypertenze
Postižení ledvin při hypertenzi
Další
Zhoršené hojení ran
Erektální dysfunkce
Poruchy reprodukce u žen i mužů
Makulární degenerace

Tab. 1: Kardiovaskulární onemocnění a komplikace způsobené kouřením (Benowitz, 2016)

K výše popsaným onemocněním a komplikacím dochází působením nikotinu respektive zplodinami, které vznikají při spalování tabáku, dochází k poškození endotelu, poruchám jeho vazomotorických funkcí, změnám v poddajnosti cévní stěny ve smyslu zvýšení její tuhosti a změnám funkce trombocytů. Naopak elektronické cigarety, které

dodávají nikotin bez spalování tabáku, zřejmě pro zdravé uživatele nepředstavují kardiovaskulární riziko, zejména při krátkodobém užívání (Králíková, 2017).

3.2.1 Dyslipidémie

Kouření nepříznivě ovlivňuje množství i složení lipoproteinů. Zvyšuje hodnotu celkového cholesterolu, LDL cholesterolu i triglyceridů, čímž stoupá podíl aterogenních frakcí lipoproteinů (Tuka 2018). Negativně kouření ovlivňuje také hodnotu HDL cholesterolu, kterou snižuje o 10-15 % (Králíková, 2017). Kouření zároveň zvyšuje podíl malých denzních LDL částic, které podléhají peroxidaci. Malé denzní LDL částice jsou následně vychytávány LDL receptorem, čímž dochází k intracelulární akumulaci cholesterolu a vytváří se základ aterosklerotického postižení v podobě tzv. pěnové buňky. Oxidační stres, který v organismu vzniká působením volných kyslíkových radikálů a současná snížená koncentrace antioxidantů urychluje aterosklerotický proces v cévách. Dochází k postupnému rozvoji zánětlivých změn a infekce ve stěně cévní. Těmito mechanismy kouření přispívá ke vzniku všech forem aterosklerotického postižení od subklinické aterosklerózy, přes akutní a chronické formy ischemické choroby srdeční (ICHS), po cévní mozkovou příhodu (CMP), abdominální aneuryzma aorty a ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK). Kouření představuje nejvyšší relativní riziko právě pro vznik ICHDK a abdominálního aneuryzma aorty. Naopak kouření je nejnižším rizikem pro vznik CMP. Riziko vzniku infarktu myokardu stoupá úměrně s počtem vykouřených cigaret a počtem let závislosti na nikotinu. U kuřáků se riziko vzniku IM zdvojnásobuje. U žen je toto riziko ještě vyšší při současném užívání hormonální antikoncepce (Šťastný, 2022).

3.2.2. Krevní tlak

Kouření negativně ovlivňuje také krevní tlak. Po vykouření jedné cigarety dochází ke zvýšení tlaku krve v průměru o 20 mmHg (Králíková, 2020). Při akutní expozici tedy kouření zvyšuje krevní tlak. Při chronické expozici tento negativní vliv není prokázán, přesto při celodenní monitoraci krevního tlaku mají kuřáci tlak vyšší oproti nekuřákům. Ve věkové kategorii kuřáků nad 55 let je prokázáné spojení kouření a hypertenzní nemoci srdce a ledvin. Nikotin a další vazotoxické složky tabákového kouře se podílejí na vazokonstrikci cév, které způsobují maligní formu chronické hypertenze. Vliv užívání bezdýmého tabáku na hypertenzi nebylo prokázáno (Králíková, 2017).

3.2.3. Diabetes mellitus

Kouření je rizikovým faktorem diabetes mellitus 2. typu (DM2). V metaanalýze 25 studií, které zahrnovaly přes 1,2 milionů osob, bylo relativní riziko vzniku DM2 u kuřáků 1,44 (95% CI 1,31–1,58). Velikost rizika rostla v jednotlivých studiích úměrně dávce a to buď stanovené počtem vykouřených cigaret za den nebo množstvím počítaných na tzv. krabičkoroky, tedy průměrným počtem denně vykouřených cigaret vynásobených počtem let kouření a vydělený počtem cigaret v krabičce (číslem 20) (Willi, 2007). Nikotin negativně ovlivňuje inzulinovou rezistenci, která stojí za vznikem DM2, zvýšenou hladinou katecholaminů, kortisolu a růstovým hormonem, ale také přímo aktivací AMP-aktivované proteinkinázy v tukové tkáni přes α_7 nAChR. Za tento vliv na inzulinovou rezistenci je přímo zodpovědný nikotin, což bylo potvrzeno při studii s dlouhodobým užíváním nikotinových žvýkaček (Králíková, 2017). Mezi faktory, které podporují rozvoj DM2, podle Malinovské, patří častější abdominální obezita u kuřáků a rychlejší progresse poruchy glukózové tolerance. Zplodiny z tabákového kouře způsobují v lidském organismu chronické zánětlivé reakce, které jsou prokazatelné zvýšenou hladinou C-reaktivního proteinu, interleukinu-6 a fibrinogenu a způsobují rovněž oxidativní stres. Tabákový kouř ovlivňuje také glukózový metabolismus již zmíněným rozvojem glukózové intolerance, ale rovněž vlivem na acetylcholinové receptory beta buněk pankreatu. K rozvoji DM2 přispívá již zmíněná dyslipidémie (snížení hladiny HDL cholesterolu, zvýšení triacylglycerolů, LDL cholesterolu a celkové hladiny cholesterolu v krvi), ale také ukládání viscerálního tuku způsobené zvýšením hladiny kortisolu v organismu. Jednotlivé složky tabákového kouře mohou poškozovat i buňky endotelu a beta buněk pankreatu (Malinovská, 2022).

3.3. Reprodukční systém

Kouření negativně ovlivňuje reprodukční zdraví ženy. Ženy kuřačky trpí častěji gynekologickými obtížemi spojenými s nepravidelným menstruačním cyklem. Mají nižší úspěšnost v programech umělého oplodnění, která je způsobená menším množstvím zralých oocytů. Kouření také zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství. V časných stádiích těhotenství je u silných kuřaček výrazně vyšší frekvence spontánních potratů. Rovněž průběh těhotenství bývá u kuřaček provázen častějšími komplikacemi, které jsou způsobeny výše zmíněnými patologickými změnami v cévním řečišti. V důsledku kouření se zvyšuje riziko předčasného spontánního i lékařsky indukovaného porodu. Kouření maminek v těhotenství má nejen výše popsané důsledky na dítě respektive na plod, ale může mít i řadu pozdních následků, z nichž některé se projeví až v dospělosti (Adamcová, 2017; Rogers,

2019). Kuřačky trpí během těhotenství častěji podvýživou, což může mít mimo kouření také vliv na vývoj plodu. Za další mechanismy negativně ovlivňující plod patří hypoxie in utero. Dále nikotin snižuje průtok krve placentou. Na placentu působí toxicky nejen nikotin, ale také další toxické látky obsažené v tabákovém kouři. Děti narozené kuřačkám mají nižší porodní hmotnost, ale v pozdějším období mají paradoxně zvýšené riziko nadváhy a obezity. Studie uvádí také zvýšené riziko inzulínové rezistence DM2 a hypertenze u těchto dětí. U potomků žen kuřaček dochází během vývoje k metylaci DNA. Epigenetické změny jsou často rozsáhlé a postnatálně trvalé a mohou tak nepříznivě ovlivnit celoživotní zdraví těchto dětí (Rogers, 2019). Nejčastějším následkem prenatální expozice plodu bývá fetální růstová retardace neboli tzv. fetální tabákový syndrom. Donošení novorozenci mají nižší porodní hmotnost (v průměru o 150 až 200 g), přičemž byla prokázána přímá závislost na počtu vykouřených cigaret (Hrubá, 2007). Ženy kuřačky své děti následně kojí kratší dobu, v důsledku nižší tvorby mateřského mléka, která je způsobena inhibicí produkce prolaktinu nikotinem. U kuřaček je vyšší výskyt předčasného ovariálního selhání a dřívější menopauza (Adamcová, 2017). Dřívější menopauza přispívá spolu s dalšími faktory jako je nevhodná výživa (nedostatek vápníku ve stravě) ke vzniku jak obezity viscerálního typu, tak osteoporózy (Al-Bashaireh, 2018; Sucharda, 2010). Al-Bashaireh upozorňuje na nedávné důkazy o vlivu kouření na nerovnováhu v kostním metabolismu. Kouření vede ke snížení kostní hmoty. Kostí jsou pak náchylné k osteoporóze a zlomeninám. Tabákový kouř ovlivňuje kostní hmotu nepřímo změnou tělesné hmotnosti, osy parathormon-vitamin D, hormonů nadledvin, pohlavních hormonů a zvýšeného oxidačního stresu na kostní tkáň. Zároveň tabákový kouř ovlivňuje kostní hmotu přímým účinkem na osteogenezi a angiogenezi kostí (Al-Bashaireh, 2018).

3.4. Gastrointestinální trakt

Dalším systémem, který kouření ovlivňuje je gastrointestinální systém. Kuřáci mají v porovnání s nekuřáky 1,7 krát častější výskyt vředové choroby žaludku a dvanácterníku (Kadota, 2010; Matoulek, 2019). Kouření je hlavním rizikovým faktorem pro vznik Crohnovy choroby. Naopak kouření cigaret chrání před druhým častým zánětlivým onemocněním střev, kterým je ulcerózní kolitida (Opstelten, 2016). Kouření přímo působí na propustnost sliznice gastrointestinálního traktu, její hydrataci a imunitu (Gui, 2021). Toxické látky z cigaretového kouře narušují rovnováhu střevní mikroflóry tzv. mikrobiomu. Pojmem mikrobiom označují odborníci soubor všech mikroorganismů (eukaryota, bakterie, archea i viry) osidlujících určité prostředí a je velmi individuálně variabilní. Jedná se o

ekosystém skládající se z více než 1000 bakteriálních druhů a mnoha tisíc kmenů. Mikrobiom podporuje správné trávení a vstřebávání živin, čímž významně ovlivňuje metabolismus, uvolňuje důležité enzymy a neurotransmitery, ovlivňuje imunitní systém, svými účinky na endokrinní soustavu napomáhá zvládat stres a tlumí zánětlivé procesy v těle, které způsobují řadu civilizačních onemocnění (Raboch, 2019). Kouření respektive zplodiny z cigaretového kouře způsobují změny mikrobiomu tzv. dysbiózu prostřednictvím různých mechanismů, vzhledem ke složité směsi cigaretového kouře nejsou všechny mechanismy zatím objasněny, ale dosavadní práce ukazují na snížení počtu kmenů Firmicutes (zahrnující rod *Lactobacillus*, *Clostridium*, *Enterococcus*) a Proacteria u kuřáků v porovnání s nekuřáky a navýšení Bacteroides (rod *Bacteroides*) (Gui, 2021). Studie porovávající ústní a střevní mikroflóru kuřáků dokazují, že kouření tabáku je spojeno s významnými rozdíly v bakteriálním osídlení ve vzorcích stolice, bukalní sliznice a slin, ale uživatelé e-cigaret se nelišili od zdravých osob (Biedermann, 2014). Změny mikrobiomu, ale také přímý vliv jednotlivých zplodin cigaretového kouře a nikotinu mají vliv na zpomalení vyprazdňování žaludku, zejména jeho pevné fáze žaludečního obsahu vedoucímu k delšímu pocitu nasycení. Naopak v tračníku je pasáž tráveniny zrychlená. Kuřáci tedy téměř nikdy netrpí zácpou (Kadota, 2010; Matoulek, 2019).

3.5. Nervový systém

Tabák má významný negativní vliv na vývoj nervových struktur, neurotransmise a kognitivních funkcí, podporuje rozvoj neurodegenerativních onemocnění, nespavosti a cerebrovaskulárních onemocnění (Hajdusianek, 2021). Kouření vede k rychlejšímu poklesu slovní paměti, pomalejší vizuální orientaci, zkracuje preklinickou fázi Alzheimerovy nemoci a zvyšuje riziko jejího výskytu. Předpokládá se konsekvence kouření a zvýšené zánětlivé pohotovosti a tau-fosforylace, ale také zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními nebo DM2. Existuje přímý vztah mezi počtem vykouřených cigaret a negativními klinickými projevy (Raboch, 2019). Jedinou výjimkou, kdy kouření může zmírňovat příznaky onemocnění je Parkinsonova nemoc (Hajdusianek, 2021).

3. 6. Ostatní systémy

Expozice cigaretovému kouři přispívá nejen k předčasnému stárnutí kůže a alopecii, ale vyvolává řadu kožních onemocnění včetně rakoviny kůže. Kouření cigaret ovlivňuje zdravé kůže několika mechanismy, mezi které patří narušení rovnováhy kožního

mikrobiomu, podpora vzniku zánětlivých cytokinů, narušení rovnováhy v systému proteáz, degradace kožního kolagenu a dermální krevní mikrocirkulace. Disbióza střevního mikrobiomu úzce souvisí s onemocněními jako je akné, psoriáza a atopická dermatitida (Gui, 2021) Krátkodobé účinky kouření na sliznice a kůži zahrnují změnu pigmentace konečků prstů, nehtů, změnu zbarvení zubní skloviny nebo jazyka. Mezi dlouhodobé účinky kouření se zařazuje suchost pokožky, nerovnoměrná pigmentace kůže, urychlené stárnutí kůže a tvorba vrásek. Rovněž zhoršuje hojení ran (Ortiz, 2012).

Kouření je úzce spojeno s několika dermatologickými onemocněními jako je psoriáza, pustulóza palmoplantaris, systémový i diskoidní lupus erythematoses, ale také onkologických onemocnění rtu, dutiny ústní nebo jícnu (Just-Sarobé, 2008). Snižuje kvalitu vlasů. Kouření má neblahý vliv také na dentici. Přesná souvislost mezi kouřením a těmito důsledky není známa, ale přisuzuje se zhoršené mikrocirkulaci, zvýšené produkci volných radikálů a snížené hladině vitamínu A v kůži (Ortiz, 2012).

4. Rizikové faktory související s kouřením

Kouření je často spojeno s dalším rizikovým chováním, které negativně ovlivňuje zdraví a podporuje vznik civilizačních onemocnění. Často u kuřáků dochází ke shlukování jednotlivých rizikových faktorů životního stylu, jako je nevhodné stravování, nízká fyzická aktivita a nadměrný příjem alkoholu. Schuit ve své studii popisuje alespoň tři rizikové faktory u 20 % sledovaných. Prevalence rizikových faktorů byla vyšší u nezaměstnaných a osob s nízkým vzděláním nebo u těch respondentů, kde již došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Všechny rizikové faktory životního stylu vykazovaly významné shlukování. Výjimkou byla jen kombinace nízké fyzické aktivity a nadměrné konzumace alkoholu. Nejsilnější asociace byla mezi kouřením a konzumací alkoholu a to v mladších věkových skupinách a u osob, kde došlo ke zhoršení zdravotního stavu (Schuit, 2002).

Choilero ve své studii, kde bylo 9953 respondentek ve věku 25 let a více, hodnotí kumulaci rizikového chování jako je nízká fyzická aktivita ve volném čase, nízký příjem ovoce a zeleniny a nadměrnou konzumaci alkoholu s úrovní spotřeby cigaret. Frekvence každého rizikového chování se zvyšovala s konzumací cigaret jak u mužů tak žen. U žen byl poměr pravděpodobnosti vícenásobného (většího nebo rovno dvěma faktorům) rizikového chování jiného než kouření (upraveného dle věku, národnosti a úrovně vzdělání) 1,01 (95% intervalu spolehlivosti: 0,86; 1,19) pro bývalé kuřačky, pro ženy kouřící v rozmezí mezi 1-9 cigaretami denně 1,26 (1,00; 1,58), pro ženy kouřící 10-19 cigaret denně 1,62 (1,33;1,98) a pro kuřačky kouřící 20 a více cigaret 2,75 (2,30; 3,29) oproti nekuřačkám (Choilero, 2006).

Zajímavé jsou výsledky studie Mandy van den Berge (2021) zkoumající koexistenci více typů psychosociálních a fyzických rizikových faktorů souvisejících s prací, obezitou, kouřením a nízkou fyzickou aktivitou ve volném čase. Koexistence více typů psychosociálních rizikových faktorů byla spojená s vyšší pravděpodobností kouření a nečinnosti ve volném čase. Vyšší počet fyzických rizikových faktorů byl významně spojen s vyšší pravděpodobností kouření a obezity. Ke shlukování jednotlivých rizikových faktorů se vyskytlo opět u osob s nízkou úrovní vzdělání (Mandy van den Berge, 2021).

4.1. Vliv kouření na výživové chování

Mezi nepřímé následky kouření, které negativně ovlivňují životní styl, patří špatné výživové návyky kuřáků, které mohou mít za následek rozvoj mnoha civilizačních chorob.

Kouření je rovněž spojováno s nevhodnými stravovacími zlozvyky vedoucími k obezitě (Chiolero, 2006).

Kouřové aerosoly vznikající při spalování tabáku obsahují směs asi 7 000 látek. Jedná se o látky dráždivé, kancerogenní, těžké kovy, oxid uhelnatý, psychoaktivní alkaloidy včetně nikotinu. Některé z těchto látek mohou ovlivňovat chuťové sensorické mechanismy jak lokálně, tak centrálně (na úrovni receptorů, sensorických mechanismů, neurálních úrovních nebo transdukce), což vede k sensorickému deficitu. Kromě oslabení chuťového smyslu (zejména pro sladkou chuť) dochází u kuřáků rovněž ke změnám v čichových receptorech, což vede nepřímo také k ovlivnění chuti. Tyto změny jsou zřejmě u kuřáků důvodem odlišných chuťových preferencí. Kouření je spojeno se snížením monoaminoxidázy, enzymem ovlivňujícím chuť, ale také náladu. Kuřáci preferují méně sladkosti a naopak více do svých jídelníčků zařazují chuťově výrazné pokrmy, jako jsou jídla kořeněná, solená a smažená (Hampl, 1999; Mlčochová, 2022).

Vyšší chuť a konzumace:	Nížší chuť a konzumace:
maso, masné výrobky	ryby
vejce, brambory, výrobky z brambor (hranolky)	snídaňové cereálie
máslo, smetana	mléko, jogurty, sýry
živočišné potraviny obsahující tuk	sladkosti
smažené pokrmy	ovoce, zelenina
kofeinové nápoje (káva, čaj, kolové nápoje)	voda, džusy

Tab. 2: Chuťové preference kuřáků (Mlčochová, 2022)

Ke změnám ve stravovacích zvyklostech kuřáků vedou podle samotných kuřáků další skutečnosti, mezi které patří oslabení nebo naopak zvýšení požitku z cigarety po některých potravinách. Mezi potraviny zvyšující požitek kuřáci řadí maso a nejrůznější masné výrobky, káva, kofeinové nápoje a alkohol. Naopak mezi potraviny oslabující prožitek ovoce, zeleninu, mléko a mléčné výrobky a nápoje bez kofeinu. Analýza prokázala, že zvýšenou citlivost na oslabení i zvýšení požitku byla spojena s kouřením nementolových cigaret. Kouření mentolových cigaret redukuje (ve smyslu negativním i pozitivním) vliv na požitek z cigaret při konzumaci výše uvedených skupin potravin a nápojů (Mcclernon, 2007).

Špatné stravovací návyky kuřáků, které mohou prohlubovat škodlivé účinky kouření a podílet se na vzniku kardiovaskulárních a onkologických onemocnění potvrzuje meta-

analýza 51 publikovaných studií z 15 zemí, kde bylo sledováno více než 78 tisíc respondentů. Tato analýza potvrdila, že stravovací návyky kuřáků se podstatně liší od osob, které nekouří (Dallongeville, 1998).

vyšší příjem energie o 4,9 %	nižší příjem PUFA o 6,5 %
vyšší příjem celkového množství tuku o 3,5 %	nižší příjem vlákniny o 12,4 %
vyšší příjem nasycených tuků o 8,9 %	nižší příjem vitamínu C o 12,4 %
vyšší příjem cholesterolu o 10,8 %	nižší příjem vitamínu E o 10,8 %
vyšší konzumace alkoholu o 77,7 %	nižší příjem beta-karotenu o 11,8 %

Tab. 3: Důsledky stravování kuřáků (Mlčochová, 2022)

Výše popsané nevhodné stravovací návyky kuřáků nemusí vždy vést přímo k nadváze nebo obezitě, ale spolu s kouřením negativně tyto návyky ovlivňují hned několik parametrů, které jsou diagnostickými kritérii metabolického syndromu. Jedná se o hladiny glykémie na lačno $> 5,6$ mmol/l (nebo diagnostikovaný diabetes mellitus), krevní tlak $> 130/ > 85$ mm Hg (nebo specifická léčba hypertenze), HDL-cholesterol $< 1,0$ mmol/l (muži)/ $< 1,3$ mmol/l (ženy) (nebo specifická léčba dyslipidémie), triglyceridy $> 1,7$ mmol/l (nebo specifická léčba dyslipidémie) a obvod pasu > 102 cm (muži)/ > 88 cm (ženy) nebo abdominální obezita. Kuřáci mají vyšší riziko vzniku metabolického syndromu ve srovnání s nekuřáky a bývalými kuřáky (Berlin, 2012).

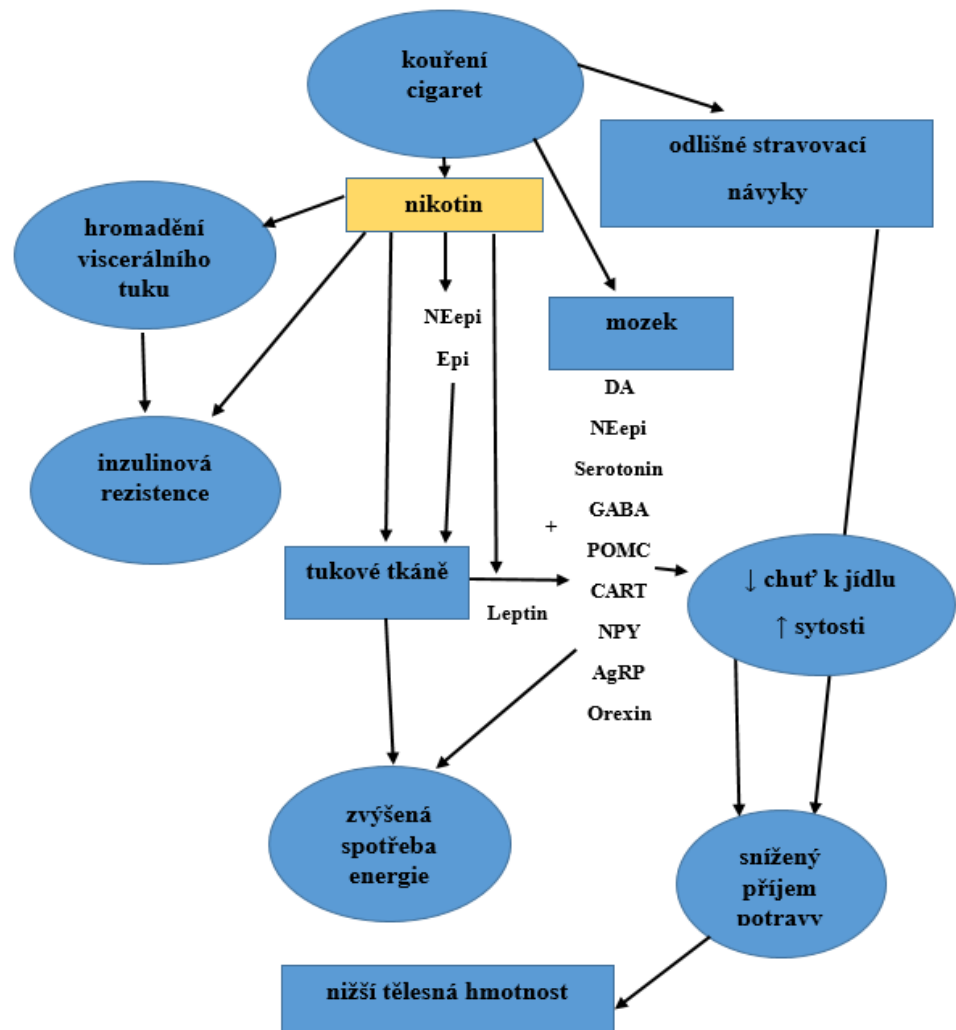
Nedostatečný příjem ovoce a zeleniny se manifestuje nedostatkem vlákniny, vitamínů a stopových prvků ve stravě kuřáka (Chiolero, 2006). Ve stravě kuřáků je v porovnání s nekuřáky nižší příjem vitamínu C, vitamínu E, vitamínů skupiny B, betakarotenů a stopových prvků zajišťující antioxidační ochranu, důležitou pro snížení negativního působení oxidačního stresu, který zvyšuje riziko chronických onemocnění. Aktivní kuřáci mají v průměru o 21-25 % nižší koncentraci plazmatického vitamínu C a ještě nižší hodnoty byly prokázány u kouřících adolescentů. Nízké koncentrace vitamínu C v krvi ovlivňuje nejen nízký příjem tohoto vitamínu z potravy, ale také o 35- 40 % vyšší metabolický obrat organismu spojený s vyšší antioxidační aktivitou (Alberg, 2002). U vitamínu E existují určité důkazy o zvýšeném obratu vitamínu a jeho nižším příjmu ze stravy, ale tyto vlivy nemají vliv na rozdílnou koncentraci vitamínu E v krvi u kuřáků a nekuřáků. Snížená sérová koncentrace vitamínu A, kyseliny listové a vitamínu B₁₂ a B₆ není přímo způsobená kouřením, ale nižším příjmem z potravy (Northrop-Clewes, 2007). Aktivní

kuřáci mají také o více než 25 % nižší hladinu alfa-karotenu, beta-karotenu a beta-kryptoxantinu v krvi. Sníženou hladinu těchto provitaminů o 16-22 % mají také bývalí kuřáci oproti osobám nikdy nekouřícím, což opět může být způsobeno rozdílnými stravovacími návyky (Alberg, 2002).

Kouření přímo neovlivňuje hladinu většiny minerálních látek až na homeostázu železa. Snížená hladina většiny minerálních látek a stopových prvků v organismu je připisována zánětlivým procesům, odehrávajícím se v těle při kouření. Byl prokázán větší deficit těchto látek u závislých na nikotinu nebo dlouhodobých kuřáků. U těchto osob byla naměřena zejména nižší koncentrace selenu a zinku, což jsou stopové prvky s antioxidačními účinky. Naopak kouření přímo ovlivňuje homeostázu železa. Děje se tak především změnou koncentrace hemoglobinu. Kouření nepůsobí na hladiny transferinu a feritinu s výjimkou těhotenství, kde je prokázána zvýšená erythropoéza způsobující nižší saturaci plazmatického transferinu a snížení zásob železa (Northrop-Clewes, 2007). Nedostatečný příjem esenciálních antioxidačních látek kuřícího přímo i nepřímo negativně ovlivňuje jeho zdraví a rozvoj onemocnění souvisejících oxidačních stresem.

4.2. Vliv kouření na hmotnost

Nevhodné složení stravy a špatné stravovací zvyklosti žen kuřáček by měly logicky přispívat ke zvyšování hmotnosti, což vyvracejí výsledky některých výzkumů. Kde mají kuřáci tělesnou hmotnost vyjádřenou hodnotou indexu tělesné hmotnosti (BMI) nižší oproti nekuřákům o 0,5-2,9 kg/m³, což představuje hmotnost o 3-4 kg nižší. Rovněž hodnoty tělesného tuku jsou v porovnání s nekuřáky nižší, přestože mají méně pohybové aktivity. Tuk se u kuřáček více hromadí a ukládá abdominálně. Kuřáčky mají tedy tendenci k androidnímu typu obezity, který je označován za mužský typ obezity. To je důvodem vyššího indexu WHR (Waist to Hip Ratio) tedy poměru pasu a boků i hodnot obvodu pasu u kuřáček než u nekouřící populace. (Dare, 2015; Matoulek, 2019). Viscerální ukládání tuku je spojeno s vyšším výskytem metabolických komplikací (Berlin, 2012). Existuje velká variabilita v množství přírůstku hmotnosti, ale mladší věk, nižší socioekonomický status a silná závislost jsou prediktory vyššího přírůstku hmotnosti (Filozof, 2004).



Obr. 1. Mechanismy, kterými kouření cigaret snižuje tělesnou hmotnost (Audrain-McGovern, 2011)

Jedním z faktorů ovlivňujícím hmotnost kuřáka je samotný akutní účinek nikotinu a jeho metabolitů. Nikotin působí na metabolismus zvyšováním termogeneze cestou zvýšené oxidace lipidů, stimuluje sympatikus v důsledku zvýšení sekrece katecholaminů ze dřene nadledvin a steroidních hormonů z kůry nadledvin, což vede ke stimulaci bazálního metabolismu o 5-10 % a zároveň ke zvýšení energetického výdeje až o 880 kJ/den. Podle autorů je ovlivnění hmotnosti kouřením do značné míry individuální a závisí na hmotnosti a zdravotním stavu konkrétního člověka (Pánková, 2017; Matoulek, 2019). U obézních kouřících osob byl až o 300 kJ vyšší výdej než u osob s fyziologickou hmotností bez vlivu účinku nikotinu (Matoulek, 2019). V individuálních rozdílech hraje roli také pohlaví.

Publikovaná data nejsou jednotná, ale v případě, že by váhový úbytek u mužů a žen byl srovnatelný, u žen bude představovat větší procento hmotnostní změny (Froom, 1998).

Nikotin ovlivňuje centrální nervový systém, zejména hypotalamus, kde se nachází centrum příjmu potravy a tekutin. Vazbou nikotinu na $\alpha 3\beta 4$ -nikotin-acetylcholinové receptory v nucleus pareventricularis v hypotalamu, což následně vede ke stimulaci MC-4 podjednotky proopiomelanokortinových neuronů dochází ke snížení příjmu potravy a potlačení chuti k jídlu. Nikotin lze tedy považovat za anorektikum, které ještě navyšuje lipolýzu v tukové tkáni, což bylo prokázáno u kuřáků vyšší aktivitou lipoproteinové lipázy na lačno (Pánková, 2017; Matoulek, 2019). V lidském organismu se působením nikotinu uvolňuje také dopamin a serotonin. Serotonin působí jako regulátor nálady. Dopamin je přímo napojený na centra odměn v mozku, která jsou zodpovědná za naše emoce a motivaci. Systém odměn je nezbytný pro naši motivaci. Uvolňováním hormonů jako je dopamin, serotonin, kyselina γ -aminomáselná centrálním nervovým systémem dochází k uvolňování kaskády dalších látek, které vedou k potlačení chuti na jídlo a zvýšení metabolismu. Dalším hormonem dávajícím se do souvislosti s hmotností a kouřením je leptin, který se uvolňuje z tukové tkáně v závislosti na jejím množství a působí rovněž na centrum sytosti. Nikotin může zvyšovat účinky leptinu v centrálním nervovém systému silnější vazbou nebo zvýšením citlivosti následných transdukčních kaskád (Audrain-McGovern, 2011). Dalšími hormony zasahujícími do metabolismu jsou inkretiny, které jsou regulátory metabolismu glukózy, energetické bilance a možná je také role GLP-1 v regulaci odměn. Výzkumy na zvířecích modelech naznačují, že GLP-1R regulují nikotinem navozenou aktivaci mezolimbického dopaminergního systému u myši (Engel, 2014). V neuroendokrinní regulaci příjmu potravy a navození sytosti po jídle mohou mít vliv také gastrointestinální hormony. Do skupiny střevních peptidových hormonů řadíme pankreatický polypeptid (PP) a peptid tyrosin-tyrosin (PYY). Oba tyto hormony hrají roli v regulaci tělesné hmotnosti. Důležitou roli hraje amylin v regulaci energetické homeostázy a tělesné hmotnosti. Doposavad nebyly změny hladin výše uvedených hormonů studovány více sledovány (Pánková, 2017).

Mezi akutní účinky nikotinu na organismus patří ovlivnění sytosti kuřáka. Nikotin zpomaluje vyprazdňování žaludku, zejména pevné fáze žaludečního obsahu, což v důsledku představuje pro kuřáka delší pocit sytosti a snížení pocitu hladu, protože se prodlužuje tranzitní doba posunu potravy mezi dutinou ústní a tenkým střevem. V tenkém střevě naopak nikotin pasáž tráveniny zrychluje, čímž nepřímo působí na snížení vstřebatelnosti

jednotlivých živin. Zrychlení pasáže v distální části *intestinum crassum* urychluje vyprazdňování a působí proti obstipaci (Kadota, 2010; Matoulek, 2019).

Studie zahrnující chronický metabolický efekt kouření docházejí k výsledkům, které jsou navzájem v rozporu.

V populaci stále převažuje příliš zjednodušující přesvědčení, že kouření před nárůstem hmotnosti chrání. Takové přesvědčení může být příčinou setrvání v kouření nebo rozhodnutím proč mladé ženy kouřit začínají. Ukončení kouření může být spojeno s dočasným nárůstem hmotnosti. Riziko vzniku obezity se podle studie na obézních osobách zvyšuje s množstvím vykouřených cigaret a u bývalých zejména silných kuřáků. Po 30 letech měli bývalí kuřáci stejné riziko obezity jako osoby nikdy nekouřící. Z tohoto důvodu by intervence pro odvykání kouření měly zahrnovat také informace o vhodném stravování a případných vhodných postupech pro redukci hmotnosti (Dare, 2015).

4.3. Vliv kouření na konzumaci alkoholu

Zvýšená konzumace alkoholu a dalšího rizikového chování je spojeno s kuřáckými návyky. Užívání alkoholu a nikotinu je komorbiditní a zhoršuje související morbiditu i mortalitu obou látek samotných (Dawes, 2021). Studie ukazují, že jedinci, kteří se rozhodnou vyzkoušet kouření cigaret, mají tendenci vyzkoušet také alkohol a naopak. U adolescentů existuje přímý vztah mezi kouřením a konzumací alkoholu a výrazně stoupá spotřeba alkoholu u mladých žen, což může souviset s dostupností alkoholu, nabídkou nových typů nápojů určených především ženám. Reklamy tyto nové typy alkoholických nápojů prezentují jako nezbytný módní doplněk pro úspěšné, spokojené a nezávislé ženy. Adolescenti, kteří kouří, pijí alkohol 5x častěji. Nikotin působí na strukturální a chemické změny vyvíjejícího se mozku, což může u mladých jedinců zvýšit vnímavost a touhu nejen po alkoholu, ale také dalších návykových látkách. V posledních letech došlo k nárůstu počtu problémových uživatelů alkoholu. Zvýšená konzumace alkoholu se objevuje především u žen ve věku od šestnácti do dvaceti čtyř let, svobodných matek, ovdovělých a rozvedených žen. Některé studie dávají do souvislosti kouření a riziko pozdějšího těžkého alkoholismu u žen, kdy riziko stoupá s počtem vykouřených cigaret. Silní kuřáci pijí alkoholické nápoje častěji a ve větším množství než střední a slabí kuřáci. Celkový roční příjem alkoholu je dvakrát vyšší u mírných kuřáků a třikrát vyšší u silných kuřáků oproti nekouřící populaci (Mlčochová 2012).

Konzumace alkoholu představuje vysoký energetický příjem (1 g alkoholu = 29 kJ). Mírný přívod alkoholu usnadňuje zvyšování hmotnosti, vysoká konzumace alkoholu je spojená s udržováním váhy nebo jejím poklesem (Zlatohlávek, 2019). Negativní vliv alkoholu se u žen může projevit u nižších dávek, důvodem je méně aktivní systém alkoholdehydrogenáz, menší játra a větší zastoupení tukové tkáně. Alkohol na ženy působí v menším množství a je prodloužená doba jeho odbourávání, která je ovlivněná také hladinou ženských pohlavních hormonů v průběhu menstruačního cyklu (Mlčochová, 2012). Alkohol se při mírné konzumaci účastní energetické bilance stejně jako sacharidy a usnadňuje rozvoj vzniku obezity. Mírná konzumace alkoholu bývá spojená s konzumací pochutin s vysokým energetickým obsahem, který rozvoj obezity ještě prohlubuje (Zlatohlávek, 2019).

5. Kouření jako strategie zvládání stresu

5.1. Stres

Stres je přirozená a nedílná odpověď organismu na podněty a situace vnějšího i vnitřního prostředí lidského organismu. Stres může vyplývat z pozitivních i negativních zkušeností a může mít fyzické, emocionální, intelektuální, sociální a duchovní důsledky. Existují dohromady tři teoretické přístupy k vysvětlení stresu: stres jako vnitřní energie organismu, stres jako vnější podnět pro organismus a stres jako transakce mezi organismem a prostředím. Hlavní charakteristiky přístupů vysvětlení stresu jsou uvedeny v tabulce (Mareš, 2012).

Vědecký názor a jeho představitel	Pojetí stresu v dané teorii	Pojetí zátěže v dané teorii	Zdravotní důsledky stresu podle dané teorie
Stres jako reakce organismu (Selye, 1956, 1983)	Stres jako nespecifická reakce na jakýkoliv škodlivý stimul. Fyziologická reakce na škodlivý stimul je vždy stejná.	0 zvládání zátěže jako procesu se výslovně neuvažuje. Selyho pojmy "obrana" a "adaptace" jsou pojmu "zvládání zátěže" konceptuálně podobné. Selye také používá výraz "stadium rezistence" účelem rezistence je vzorovat nebezpečí.	Každá osoba se rodí s limitovanou kapacitou energie, každé setkání se stresorem snižuje zásoby energie, které nemohou být obnoveny. Předpokládá se, že stres je příčinou "opotřebování a rozvracení organismu", což může vyústit v závislosti na genetických faktorech v různá onemocnění.
Stres jako stimulus, podnět (Holmes, Rahe, 1967)	Výraz stres je synonymem pro životní událost. Životní událost je stres, který vyžaduje adaptační úsilí.	Zvládání zátěže není definováno.	Postupné hromadění ztrát vznikajících adaptačním úsilím (pokud přesáhne určitou mez) činí jedince citlivějším a zranitelnějším vůči somatickému nebo duševnímu onemocnění. To je

			operacionalizované jako nemoc. Po dosažení kritické hranice se zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec do roka onemocní.
Stres jako transakce (Lazarus, Folkmanová, 1984)	Výraz stres je souhrnným označením pro komplexní sérii nejméně čtyř subjektivních jevů: *kognitivního hodnocení, *stresových emocí, *zvládacích strategií, *přehodnocení. Jedinec prožívá stres, když požadavky určité situace výrazně zatěžují nebo přesahují zdroje daného jedince a současně jedinec očekává, že mu hrozí nebezpečí či ztráta.	Zvládnutí zátěže je definováno jako úsilí jedince snížit vnímané nebezpečí nebo snaha zmírnit emoce vyvolané stresem.	Adaptační důsledky bývají rozdělovány na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé důsledky zahrnují sociální fungování ve specifických situacích, morální chování během pozitivních a negativních emocí vyvolaných stresorem a somatické zdraví projevující se symptomy, jež byly navozeny stresovou situací. Dlouhodobé důsledky zahrnují sociální fungování, morálku a somatické zdraví. Jak krátkodobé, tak dlouhodobé důsledky jsou provázeny výkonovými, emočními a fyziologickými změnami.

Tab. 4: Stres, zvládnutí zátěže a důsledky stresu podle jednotlivých teorií stresu (Mareš, 2012).

Za stresogenní situace lze považovat veškeré situace tedy negativní i pozitivní, které nutí člověka měnit zažitá rituály, nebo obvyklé podmínky a vyžadují přizpůsobení se. Již v roce 1967 Holmes a Rahe publikovali tzv. koncept životních událostí, který každé události přisuzuje určitou míru náročnosti podle požadavků na aktivní přizpůsobení daného jedince (Pelcák, 2013). Na základě této teorie vzniklo Stress Scale neboli Škála sociální readjustace,

kteřá uvádí 43 životních událostí, kterým je vždy přiřazen počet bodů podle závažnosti a možného působení na vznik onemocnění. Podle této škály mezi velmi stresující situace patří vznik onemocnění (jeden z důvodů proč začít hubnout nebo přestat kouřit), které je se skóre 53 na pomyslné šesté příčce, revize vlastních životních návyků na 29 místě (skóre 24), změna spánkových zvyklostí a režimů na 38 pozici (skóre 16), změna stravovacích návyků na 40 místě (skóre 15) (Kurzová, 2003). Dodržování redukčního programu se všemi požadovanými změnami režimových a stravovacích opatření tak mohou být pro jedince velmi stresující událostí v jeho životě.

Ženy jsou citlivější a vnímavější k úrovni stresu než muži. Rozdíly lze pozorovat ve struktuře stresorů, ale rovněž v jejich kvantitě. Ženy se v průběhu života setkávají s genderově specifickými stresovými situacemi, jako jsou například konflikt role matky vs. kariéra, obavy o práci u žen po mateřské dovolené nebo v předdůchodovém věku.

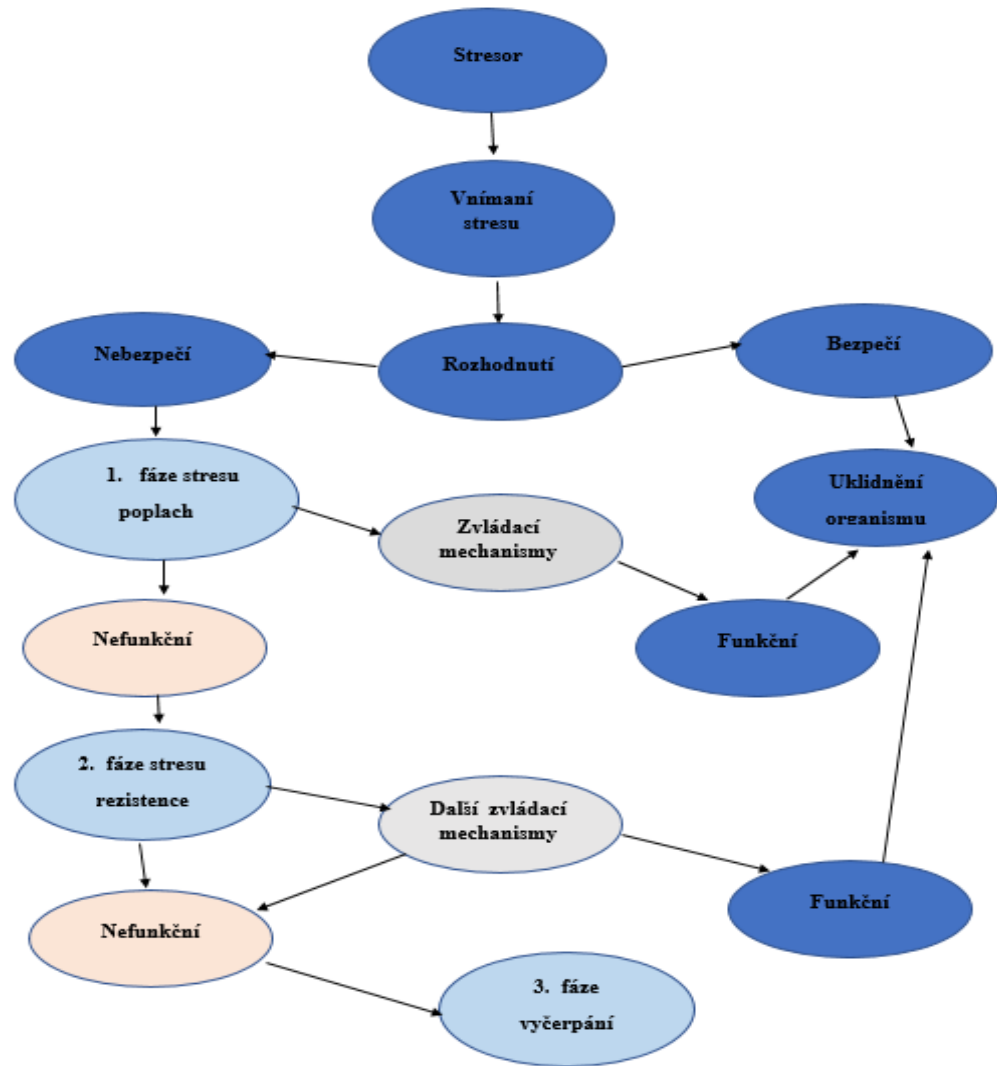
Rovněž vnitřní reakce organismu na stres je odlišná podle pohlaví, což způsobily zřejmě evoluční změny. Podněty vyvolávající stres znamenaly v historii ohrožení života při lovu nebo boji. U mužů se tedy vyvinula více reakce na útok nebo útěk, která zvyšovala šance na přežití a sloužila zároveň jako výběrový mechanismus, kdy přežili jen ti nejsilnější. U žen šlo především o ochranu potomstva. Fyziologicky při stresu u mužů dochází více ke zvýšení kardiovaskulární aktivity a fyzické připravenosti a aktivaci systémů snižujících bolest. U žen je zvýšená gastrointestinální aktivita a produkce hormonů snižujících fyzickou připravenost. Vyšší vnímavost byla v Cortesově studii zaznamenána také u osob s nízkým socioekonomickým statusem, u svobodných osob, lidí s obavami o své zdraví, kuřáků nebo obézních (Cortes, 2022).

5.2. Strategie zvládání stresu

Stres a strategie, jak se se stresem vyrovnat, jsou považovány za dva důležité faktory kouření (Mansouri, 2019). Strategie zvládání stresu jsou způsoby, jak se lidský organismus se stresem vyrovnává. Strategie nastupují plánovitě nebo neplánovitě, vědomě či nevědomě při vzniku stresové situace s cílem dosažení redukce či eliminace stresu. Každý jedinec si v průběhu života postupně osvojuje individuální soubor způsobů zvládání stresu, který má určitou časovou a situační stabilitu. Vlivem zkušeností v průběhu života dochází k modifikaci těchto strategií, čímž dochází k ovlivnění jak časové tak situační stability. Selekcí strategie ovlivňují tři oblasti. První je kognitivní tedy myšlenková analýza, kdy dochází ke zvažování výhodností výběru strategie a jejich konsekvencí. Emoce tvoří druhou

oblast. U stresových situací se jedná zejména o negativní emoce, jejichž redukce je vítaná. Třetí oblastí je oblast volní projevující se chováním (Křivohlavý, 2009).

Strategie zvládání stresu se v odborné literatuře nejčastěji rozdělují na dvě skupiny. První skupinu tvoří strategie zaměřené na řešení problému (problem-focused coping). Druhou skupinu tvoří strategie zaměřené se na emocionální stav (emotion-focused coping). Strategie zaměřené na emoce se pak dále rozdělují na ruminační strategie, které představují uzavření do sebe a neustálé přemítání o svém negativním emocionálním stavu a důsledcích stresových událostí. Rozptylující strategie zahrnující provádění příjemných činností, které člověka posilují a vedou ke zlepšení jeho pocitů. Podstatou rozptylujících strategií je odpočinek od negativních pocitů a znovuzískání pocitu kontroly nad situací. Do této skupiny patří sportovní aktivity. Třetí skupinou jsou strategie vyhýbaví, které jedince také vytrhují z nepříjemného rozpoložení, ale jsou zároveň potenciálně nebezpečné. Do této skupiny strategií patří kouření, ale také užití alkoholu, návykových látek, hazardérství (např. rychlá jízda autem) (Křivohlavý, 2009). Mansouriho studie na mladých kouřících dospělých mužích naznačuje, že kuřáci používají strategie zaměřené na emoce. Více strategií zvládání stresu k řešení problémů využívají vzdělanější respondenti. Tato studie zároveň upozorňuje na nižší úroveň vzdělání u kuřáků ve věku od 20 do 40 let (Mansouri, 2019).



Obr. 2: Reakce organismu na stres (Hosák, 2015)

Obrázek ukazuje význam copingových neboli zvládacích mechanismů, které pomáhají k návratu do fyziologických mechanismů organismu jako je klidový stav a regenerace. U krátkodobého stresu je významné, zda člověk využívá salutoprotektivní faktory nebo copingové mechanismy. Mezi zvládací mechanismy se řadí například pohybové aktivity, četba, meditace, setkání s přáteli aj. Současně sem patří nezdravý coping jakým je kouření, pití alkoholu, gambling nebo excesivní nakupování (Jochmannová, 2022).

5.2.1. Kouření jako copingová strategie

Kouření může být využito jako mechanismus pro zvládání stresových reakcí. Určité typy chování, strategie zvládání a obranné mechanismy jsou často adaptační procesy v reakci

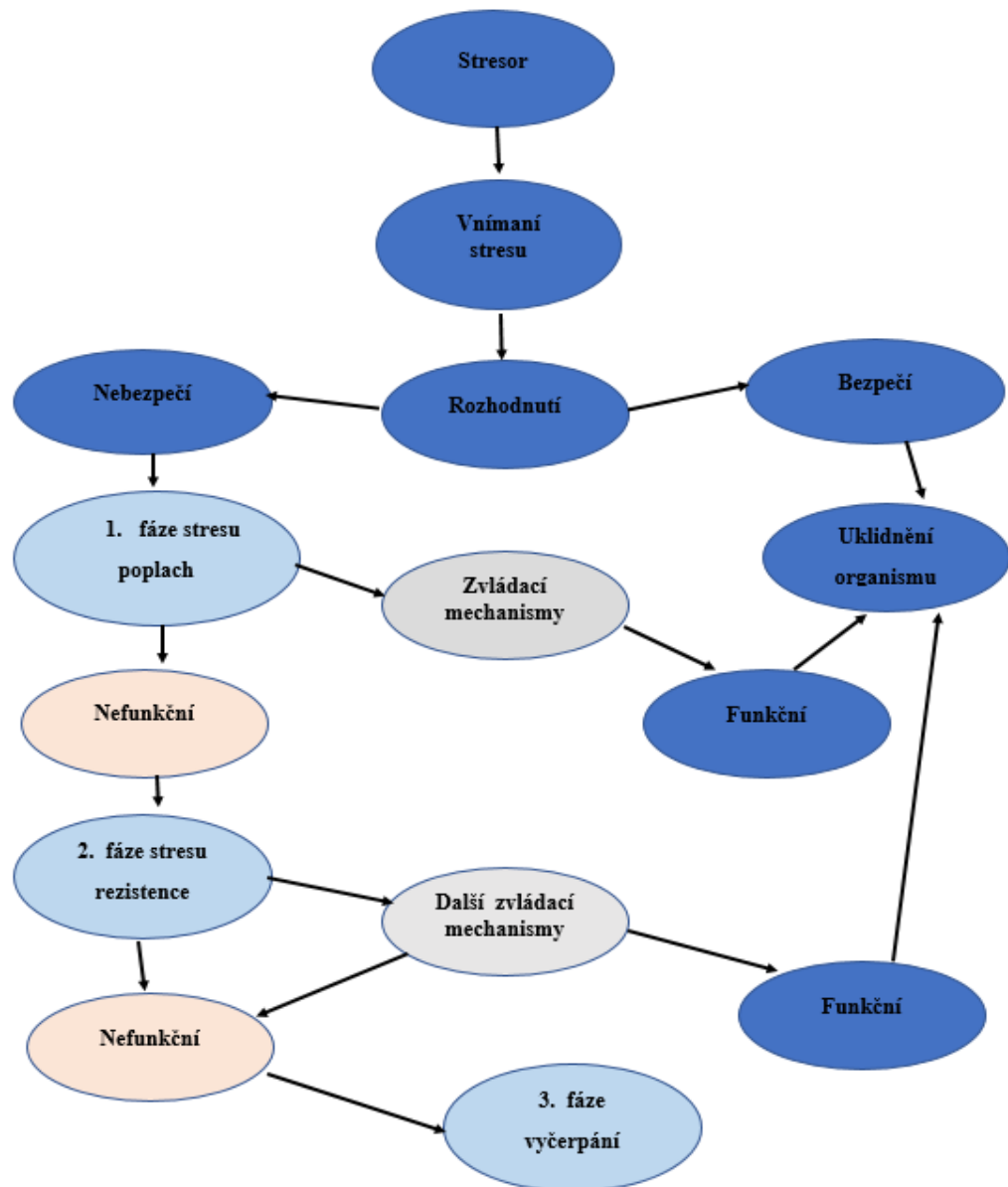
na stres. Zahrnují několik fází, mezi které patří únik, odpoutání se od chování, omezení chování podporující zdraví jako je dodržování režimových opatření, dietních omezení a zanechání kouření. Stres má významný vliv na kouření i konzumaci alkoholu jako anti úzkostných a antidepresivních látek k uvolnění stresu. Například pracovní stres může vést k nadměrnému kouření nebo zvýšené intenzitě kouření (Syed, 2020). Kouření za účelem zmírnění stresu bylo spojeno s vysokou motivací přestat kouřit na počátku léčby, zvládnání stresu bývá motivací k ukončení kouření, ale neovlivňuje budoucí pokusy vedoucí k odvykání kouření (Perski, 2022)

Podle Křivohlavého má v krátkodobém pohledu kouření kladný vliv nejen na pocit zvládnutí stresu, ale také vymanění se z pocitů méněcennosti, zvyšuje pocit sebehodnocení, má vliv na překonání pocitů nejistoty a závislosti na druhých lidech, zlepšuje pocity bezmoci a nenacházení naděje a opory, ovlivňuje přijetí do terminální skupiny lidí, kteří kouří. Děti a mladiství za pomoci kouření získávají pocit dospělosti. A nezanedbatelné je přiblížení se obrazu „ideálního úspěšného muže“ či „společensky úspěšné ženy“ (Křivohlavý, 2009).

5.3. Stres a obezita

Obezita a stres mají rovněž mnoho společného. Stres narušuje kognitivní procesy, ale také ovlivňuje stravovací návyky a preferenci potravin s vysokým obsahem kalorií, tuku nebo sacharidů. Stres snižuje dobu spánku a aktivní pohybové aktivity. Stres spouští v organismu fyziologické změny v ose hypotalamus-hypofýza-nadledviny, mění tak motivaci i střevní mikrobiom. Konečně stres může stimulovat produkci biochemických hormonů a peptidů jako je leptin, ghrelin a neuropeptin Y. Samotná obezita může pro jednotlivce být stresujícím stavem kvůli vysoké prevalenci stigmatu hmotnosti (Tomiyama, 2019; Kumar, 2022). Psychické utrpení a zvýšená sekrece kortizolu podporují ukládání viscerálního tuku. Kortisol je nejdůležitějším stresovým hormonem, který mobilizuje organismus. Kortisol má při stresové situaci celou řadu rolí. Při akutním stresu zajišťuje dostatečné zásobení mozku glukózou a stimuluje kardiovaskulární systém. Zároveň potlačuje imunitní reakce. Ovlivňuje emotivitu a tělesnou citlivost. Při akutním stresu jsou s ním vyplavovány endogenní opiáty. Při chronickému stresu dochází ke snížené tvorbě tohoto důležitého hormonu a chronickému zánětu, což se projeví zvýšenou únavou, sníženou odolností vůči stresu a depresivitě, která je důsledkem poruchy sekrece serotoninu. Následně dochází až k degenerativním změnám tkání, které vedou ke vzniku řady onemocnění (Jochmannová, 2022). Může docházet k začarovanému kruhu, jak stres vede k obezitě a naopak. Stres a obezita jsou vzájemně

propojeny prostřednictvím různých linií na úrovni poznání, chování i fyziologických procesů (Kumar, 2022). Obrázek ukazuje, jak negativní emoční reakce spolu s nezdravým chováním a v organismu probíhajícími fyziologickými jevy při stresu zvyšují riziko vzniku onemocnění.



Obr. 3: Mechanismus vzniku onemocnění (Cohen, 1995)

Muži se uchylují více k tzv. rizikovým způsobům chování, mezi které patří podle Křivohlavého řešení distresu za pomoci cigaret, alkoholu, návykových látek a konzumací nevhodných potravin. Ženy podle tohoto autora zvládání stresu řeší zvýšenou konzumací jídla (Křivohlavý, 1994).

5. 4. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatické stresová porucha vzniká jako reakce na závažnou traumatickou událost, kterou člověk sám zažil nebo byl jejím svědkem. Traumatizovaná osoba opakovaně prožívá nepříjemnou situaci ve svých myšlenkách a snech. Jedná se o neurotickou poruchu, která více postihuje ženy. Posttraumatická stresová porucha je spojená s nevhodnými stravovacími návyky, sníženou pohybovou aktivitou, zvyšuje až o 31 % riziko vzniku obezity a o 22 % je u takových osob riziko, že budou také kouřit. Posttraumatická stresová porucha zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních a metabolických onemocnění (van den Berk-Clark, 2018).

6. Program snižování hmotnosti

Na začátku každého programu snižování hmotnosti má být stanoven cíl, který nemá být reálný ve smyslu úbytku na váze, ale také časovém horizontu, ve kterém má být výsledku dosaženo. Součástí cíle může být rovněž snížení zdravotních rizik nebo pozitivní ovlivnění komorbidních onemocnění jako jsou DM2, kardiovaskulární onemocnění, dyslipidémie, onemocnění pohybového aparátu atd. Cílem mnohdy může být i udržení současné hmotnosti nebo prevence vzestupu váhy. Jedním z důležitých cílů má být pro většinu osob s obezitou nebo nadváhou snížení obvodu pasu, který je spojován se snížením viscerálního tuku a souvisejícími zejména kardiovaskulárními riziky (Yumuk, 2015). Českou obezitologickou společností je doporučován úbytek na váze 5 až 10 % za dobu šesti měsíců. Hmotnostní úbytek 20 a více procent je vhodný pro pacienty s BMI nad 35 kg/m². Doporučovaný je úbytek 0,5 až 1 kg za týden (Svačina, 2018).

Samotný program snižování nadměrné tělesné hmotnosti v nutriční ambulanci lze dosáhnout aplikací komplexního programu, který je založen na principu dosažení dlouhodobé negativní energetické bilance. Negativní energetické bilance je nejčastěji dosaženo snížením příjmu energie z potravy a současným zvýšením výdeje energie pohybovou aktivitou. Součástí programu je kognitivně behaviorální terapie zaměřená na změnu stravovacích zvyklostí a chování, ale také motivace pacienta k redukci hmotnosti. Součástí redukčního programu je nejen stanovení realistických cílů, ale také sestavení individuálního léčebného plánu a pravidelná kontrola efektivity zvoleného postupu (vedení stravovacího deníku, nácviku změny chování a postojů, analýza složení těla přístrojem InBody).

V oblasti stravování se doporučuje snížení energetického příjmu o 10-15 % což u většiny žen představuje snížení o 1000 až 3000 kJ. Doporučený denní energetický příjem by neměl být nižší, než jsou naměřené hodnoty klidového výdeje klienta bioimpedanční metodou. Tohoto doporučení lze dosáhnout snížením množství tuků na maximálně 35 % z celkového energetického příjmu energie, snížením množství jednoduchých cukrů v podobě sladkostí a slazených nápojů. V jídelníčku žen snižujících hmotnost nesmějí chybět také zdroje kvalitních rostlinných i živočišných bílkovin. Naopak se nedoporučuje konzumace alkoholu a velké množství nápojů obsahujících kofein.

Tématem každého setkání s klientem by mělo být téma pohybové aktivity a cvičení. Při doporučování pohybové aktivity pro ženy s nadváhou nebo obezitou je nutné zvážit nejen pozitivní, ale u některých komorbidit i negativní účinky nevhodné pohybové aktivity na zdraví. Doporučovaný je cvičební tréninkový program založený na silovém tréninku o střední intenzitě doplněný o aerobní pohybovou aktivitu 3-5 krát za týden po dobu 30-60 minut. Cílem je také omezit sedavé chování (sledování televize, četby, trávení času u počítače) a navýšení pravidelné pohybové aktivity (chůze, jízda na kole, chození do schodů,..). Pravidelná pohybová aktivita příznivě ovlivňuje příjem energie, kvalitu života i psychiku hubnoucích (Oppert, 2021).

Základem většiny redukčních programů je kognitivně behaviorální terapie (KBT). U mnoha žen se na vzniku obezity nebo nadváhy podílí kromě nevhodného stravování nebo nízké pohybové aktivity také psychologický faktor. V současné době potrava neslouží jen jako nástroj k utišení hladu. Nadměrná konzumace potravy může být projevem maladaptivního chování při reakci na stres, izolaci, odvedení negativních myšlenek nebo odsouvání nevyřešených problémů. KBT prokazuje výsledky nejen během redukčních programů, ale udržuje změnu z dlouhodobého hlediska (Juchacz, 2021). Mezi nejčastěji používané techniky KBT patří aktivní kontrola vnějších podnětů (vůně, vzhled, chuť jídla, rychlost a denní doba jedení, společenská úloha), sebeposilování (pochvala, podpora, odměny), sebezpozorování (analýza nejen množství zkonsumované potravy, ale také pocitů a emocí během jídla), kognitivní techniky (pozitivní myšlení) (Becková, 2018).

7. Výzkumná metodika

Jedná se o sérii kazuistik, prospektivně sledovaných po dobu tří měsíců, ve které jsem sledovala 21 pacientek, kuřaček tabáku, podstupujících program snižování hmotnosti. Sledování vlivu redukce hmotnosti na počet vykouřených cigaret jsem doplnila o strukturované rozhovory s respondentkami na téma nejvýznamnější rizikových faktorů vedoucích ke kouření.

7.1. Výzkumný cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě srovnání série kazuistik zmapovat nejvýznamnější rizikové faktory, které vedou ženy, kuřačky tabáku, s nadváhou a obezitou k maladaptivnímu chování. Rizikovým faktorem byla ve výzkumu míněná taková událost v životě jedince, která se jako potencionálně významný činitel mohla podílet na objevení a rozvoji jeho maladaptivního chování ve vztahu ke kouření a vzniku nadváhy či obezity. Parciálním cílem bylo zjistit, zda dodržování redukčního programu neovlivňuje počet vykouřených cigaret.

7.2. Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházejí z výše uvedených cílů a jsou následující:

1. Které nejvýznamnější rizikové psychosociální faktory vedou ženy, uživatelky tabáku, ke kouření jako k maladaptivnímu chování?
2. Jaký vliv měla na rozvoj závislosti na nikotinu a vznik nadváhy či obezity primární rodina a vztahy v ní, škola, zaměstnání nebo vrstevníci a kamarádi?
3. Jakým způsobem maladaptivní chování žen kuřaček ovlivňuje komunita, sociální prostředí, sociální sítě, reklama?
4. Jakým způsobem ženy kuřačky s nadváhou a obezitou trávily a tráví svůj volný čas?
5. Jak ovlivňuje program snižování hmotnosti počet vykouřených cigaret u žen kuřaček v průběhu tříměsíčního sledování při redukci hmotnosti?

7.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 21 žen, absolvující program snižování hmotnosti pomocí změny stravovacích a režimových zvyklostí. Počáteční hmotnost žen kuřáček odpovídala parametrům nadváhy nebo obezity (BMI nad 25, nad 30). Výzkum probíhal na dvou pracovištích Dietologického centra (v Praze a v Táboře). Věkové složení výzkumného vzorku se pohybovalo od 18 do 66 let. Průměrný věk žen ve vzorku byl 43,43 let. Další podmínkou zařazení do výzkumu bylo kouření tabákových výrobků uvedené klientkou v anamnéze při první návštěvě centra.

Dosažené vzdělání	Počet respondentek
Základní	1
Středoškolské bez maturity	13
Středoškolské s maturitou	6
Vysokoškolské	1

Tab. 5: Dosažené vzdělání respondentek

Výběr respondentek do výzkumu byl proveden na základě dostupnosti a dobrovolnosti (Hendl, 2009). Výzkum byl prováděn v období od prosince 2022 do března 2023. Pro výzkum byly získávány klientky, které již absolvují program nebo oslovené při první návštěvě Dietologického centra.

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou prostého záměrného účelového výběru (Ferenčík, 2000). Na obou pracovištích byly autorkou osloveny všechny klientky, které splňují kritéria a byly ochotny se do výzkumu zapojit. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla: věk od 18 do 70 let, BMI nad 25 kg/m², kouření tabáku uvedené při vstupu do programu snižování hmotnosti a souhlas se zařazením do výzkumu. Kritéria pro nezařazení do výzkumu byla: pohlaví muž, věk nižší než 18 let, BMI pod 25, nekouření nebo nesouhlas se zapojením do výzkumu. Každá klientka byla seznámena s výzkumem, obdržela informace pro účastníka výzkumu (Příloha č. 1) a podepsala informovaný souhlas (Příloha č. 2).

7.4. Metody tvorby dat

Data byla získána na dvou pracovištích Dietologického centra v Praze a Táboře. V období od září 2022 do ledna 2023 byly postupně oslovované respondentky, které splňovaly požadavky výběru a projevíly zájem se tohoto výzkumu účastnit.

Jednalo se o respondentky docházející do center na programy snižování hmotnosti. Na začátku programu každá klientka absolvuje edukaci v rozsahu 60 až 90 minut, která je zaměřená na sestavení vhodného jídelníčku, pohybovou aktivitu a další režimová opatření

Klientky obdrží informace o záměně potravin a jídel za potraviny méně energeticky bohaté, je jim doporučeno snížení a změna používaných olejů a tuků ve smyslu snížení nasycených mastných kyselin v tucích (SFA) a trans mastných kyselin v tucích (TFA) a navýšení polynenasycených mastných kyselin v tucích (PUFA), snížení příjmu sodíku (zařazovat co nejméně slaných potravin, omezení solení a zákaz dosolování), snížení konzumace jednoduchých cukrů, alkoholu a slazených nápojů. Naopak doporučeno je zvýšení příjmu ryb, rostlinných bílkovin v podobě luštěnin, navýšení příjmu zeleniny na 400 g denně a ovoce na 200 g denně. Zkonzumované potraviny a jídla zaznamenávají klienti do tištěných formulářů nebo na stránky www.kaloricketabulky. Záznamy zkonzumované stravy jsou vždy po 14 dnech kontrolovány. Jednou za měsíc je prováděna analýza složení těla přístrojem InBody. Podle zdravotního stavu je vždy doporučena vhodná pohybová aktivita v rozsahu 3-5 krát do týdne po dobu 60 minut. Nejčastěji se jedná o chůzi, jízdu na kole nebo rotopedu.

Vlastní sledování probíhalo v období od prosince 2022 do března 2023, kdy byl udělen souhlas se zahájením výzkumu nejprve školitelem. Dne 15. 12. 2023 byla zaslána žádost na Etickou komisi pro posuzování studentských závěrečných prací kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Dne 11. 1. 2023 bylo etickou komisí uděleno souhlasné stanovisko s výzkumem (Příloha č. 3). Na základě stanoviska etické komise byl udělen souhlas s výzkumem vedením organizace, kde výzkumy probíhaly (Příloha č. 4).

Základní data o klientkách byla čerpána z anamnézy (věk, dosažené vzdělání, zdravotní stav, BMI, hmotnost a množství tělesného tuku). Základní údaje o kouření, hmotnosti a významných událostí byly vloženy do časové osy. Vstupní hodnoty hmotnosti, BMI a procenta tuku, hodnoty po prvním měsíci, po druhém měsíci a na konci sledování byla získávána měřením na přístroji InBody 230. Přístroj je jednou ročně společností MedSystem s.r.o. kalibrován. InBody využívá technologii DSM-BIA (přímo rozdělující více frekvenční bioelektrická impedanční analýza), která pracuje s více frekvenčním proudem. Přístroj pracuje na principu rozdílného šíření elektrického proudu nízké intenzity v různých biologických strukturách. Lidské tělo je rozděleno na pět měřených oddílů, což umožňuje mnohem přesnější výsledky měření. Měření bylo prováděno na lačno nebo alespoň byla zachována podmínka dvě hodiny nejíst a nepít před prováděným vyšetřením.

Na začátku sledování každá klientka vyplnila také Fagerströmův dotazník (příloha č. 4), dotazník k vyhodnocení stupně závislosti na nikotinu (Heatherton, 1991). V rámci sledování respektive jednotlivých návštěv byly respondentky dotazovány na počet vykouřených cigaret za den.

Během sledování byl s klientkou individuálně domluven termín pro strukturované interview jako metody výzkumu respektive výzkumného nástroje, při kterém proběhl vlastní sběr dat. Touto metodou lze dosáhnout vyšší validity dat oproti dotazníkům (Miovský, 2002). Tématy rozhovoru byly čtyři základní okruhy možných zdrojů vysoce rizikových faktorů, kterými jsou oblast primární rodiny a vztahů v ní, oblast školy, práce a vrstevnických skupin, oblast trávení volného času a oblast širšího sociálního prostředí (schéma rozhovoru – příloha č. 5).

V oblasti primární rodiny a vztahů v ní: rodinná konstelace, styl výchovy, sociálně-psychologický a společenský statut rodiny, ekonomický statut rodiny, kouření rodičů či jiných blízkých příbuzných, stravovací návyky v rodině, vnímání a reakce na výchovu, vážná onemocnění v rodině, obezita v rodině, kvalita vztahů v rodině, emoční podpora.

V oblasti školy, práce, vrstevnických skupin, kamarádů: vztah k učiteli a jeho vývoj, podíl rodiny na přípravě a podpora ve školní práci, stimulační podněty, vztahy se spolužáky a jejich vývoj, postavení v kolektivu, poruchy učení a chování ve vztahu ke schopnosti adaptace ve škole, šikana, oblast školních zájmů a jejich podpory, vliv hodnocení na postavení v kolektivu a vztah k další přípravě, pozice v zaměstnání, vztahy na pracovišti.

V oblasti volného času: vývoj zájmů, interakce s rodinným a školním prostředím, vrstevnické skupiny a začlenění do nich, vliv vrstevnické skupiny na postoje ke kouření, k nadváze nebo obezitě, šikana.

V oblasti širšího sociálního prostředí a komunity: vliv komunity na formování zájmů, postavení rodiny v komunitě, kulturní a náboženský kontext, etnická příslušnost, vliv reklamy a sociálních sítí na maladaptivní chování.

7.5. Metody analýzy dat

Nahrané rozhovory byly doslovně přepsány do textu a byly vyhodnoceny metodou rapid assesment. Metodou rychlého hodnocení lze shromáždit základní údaje o potřebách a prioritách skupiny obvykle pomocí kombinace údajů z pozorování a rozhovorů. Metoda může využívat kvantitativní i kvalitativní údaje. Rapid assesment často shromažďuje informace před navržením intervence.

V rozhovorech byly identifikované významové jednotky a byla provedena redukce I. řádu (transformace údajů obsažených ve významových jednotkách do podoby vhodnější pro analýzu). Z té pak byly sestaveny jednotlivé kategorie, které se propojily do diagramů jednotlivých vztahů u jednotlivých případových studií. Následně byla provedena analýza všech čtyř sledovaných okruhů a sestaven profil (typ) klientky. Hledáním společných

psychosociálních faktorů mezi jednotlivými případovými studii byly doplněné jednotlivé typy a antitypy klientek (Miovský, 2002). Zároveň byly zpracované základní údaje do zápisu o každé klientce, časová osa, do které byly zaznamenány údaje o hmotnosti, kouření a významných událostech, které mohly hmotnost a kouření ovlivnit. Údaje byly doplněné o počet vykouřených cigaret v průběhu sledování, které byly následně přepočítané na procentuální nárůsty během jednotlivých měsíců (po měsíci, po dvou a na konci sledování).

5.6. Etické aspekty studie

Výzkumu a rozhovoru se účastnily pouze klientky, které s výzkumem plně souhlasily. Byly informovány o povaze a účelu výzkumu před domluvením termínu rozhovoru. Popis výzkumu, jeho účel a použití získaných dat byl součástí písemného informovaného souhlasu, který byl následně uložen v osobním spisu každé z klientek. Znovu pak krátkou informací o výzkumu dostaly klientky centra před začátkem rozhovoru, kdy byly vyzvány, aby daly souhlas s nahráváním rozhovoru a jeho využitím pro účely tohoto výzkumu. Byly jim sděleny informace, že jejich účast ve výzkumu je zcela dobrovolná, bez nároku na odměnu, že je zaručená jejich anonymita a mohou kdykoliv ukončit svoji účast v projektu. Při psaní práce byla plně zachována anonymita respondentek alfanumerickými kódy R1 – R21. S nahrávkami bylo zacházeno jako s citlivými informacemi, po přepisu do elektronické podoby, byly vymazány. Zařízení kde, byla sbírána data, byla anonymizována, tedy nebyla jednotlivá pracoviště porovnávána. Tímto byla zaručena ochrana osobních údajů a soukromí dotazovaných respondentek. Respondentky byly ujištěny o využití výstupů z rozhovorů výlučně pro účely diplomové práce.

Výzkum získal souhlasné stanovisko Etické komise pro posuzování studentských závěrečných prací kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (Příloha č. 3). Na základě stanoviska etické komise byl udělen souhlas s výzkumem vedením organizace, kde výzkumy probíhaly (Příloha č. 4).

8. Výsledky výzkumu

Pro větší přehlednost byly výsledky výzkumu rozděleny na tři části. V první části jsou publikované výsledky z tříměsíčního sledování, v druhé části z interview s jednotlivými respondentkami a ve třetí části sestavené jednotlivé profily žen kuřaček.

8.1 Výsledky tříměsíčního prospektivního sledování

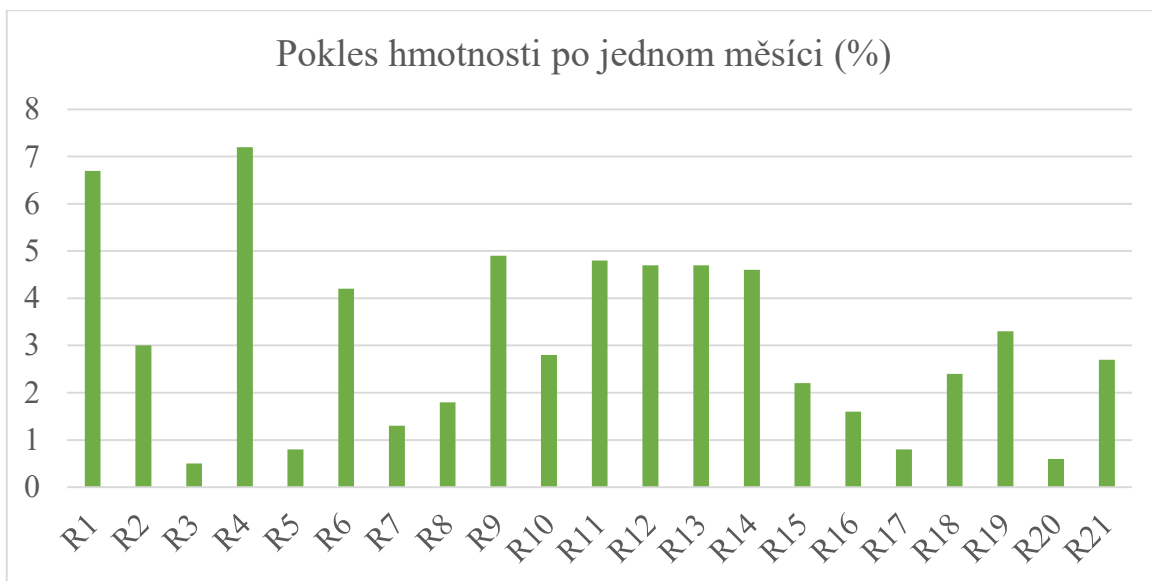
Všechny informace získané ze základní anamnézy a výsledků tříměsíčního sledování 21 respondentek během redukčního programu byly vyhodnoceny a zapsány do protokolu o sledování respondentky (Přílohy č. 7-27). Každý protokol byl doplněn o tabulku s informací o věku, zdravotním stavu, BMI při vstupu do výzkumu a výsledku z Fagerströмова dotazníku, který každá z respondentek na začátku sledování vyplnila.

Výsledek Fagerströмова dotazníku	Počet respondentek
5 (střední závislost)	5
6 (střední závislost)	5
7 (silná závislost)	7
8 (silná závislost)	4

Tab. Výsledky z Fagerströмова dotazníku

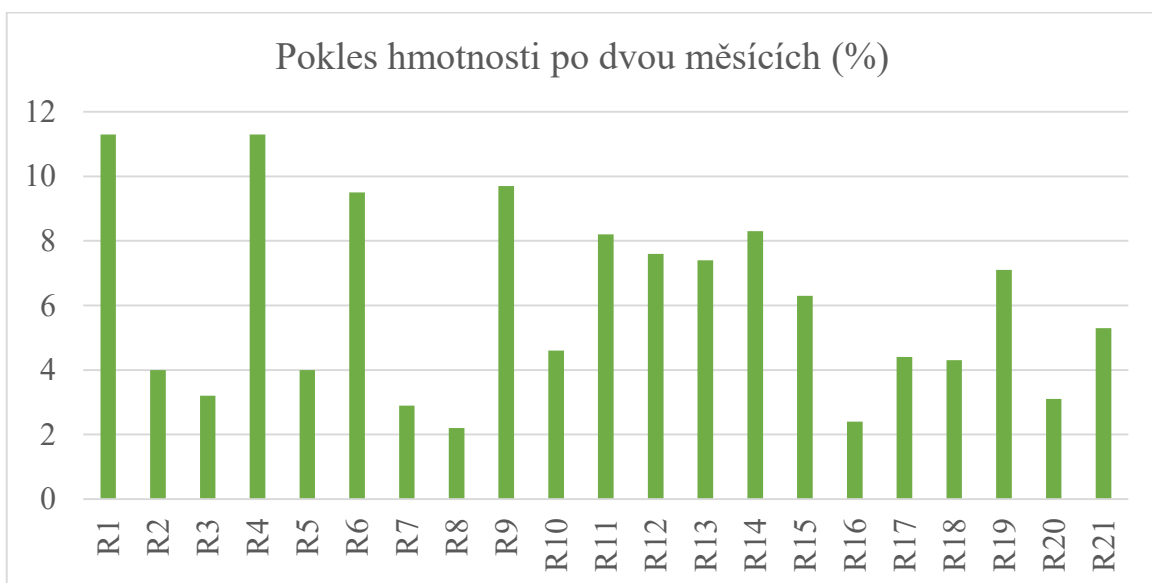
Do jednotlivých protokolů byly uvedeny výsledky redukce hmotnosti (BMI, hmotnost, procento tukové tkáně), počtu vykouřených cigaret na začátku sledování, po prvním měsíci redukce hmotnosti, po dvou měsících a na konci tříměsíčního sledování. Protokol každé respondentky byl doplněn o tři časové osy sledující hmotnostní křivku, historii kouření a významné životní události, které kouření žen kuřaček ovlivnily. Každý protokol byl na konci sledování doplněn o graf poklesu hmotnosti a počtu vykouřených cigaret u každé respondentky.

U všech sledovaných respondentek došlo během třech měsíců ke snížení hmotnosti, BMI a procenta tělesného tuku. Pro přehlednost jednotlivých grafů byly jednotlivé váhové úbytky převedeny na procentuální pokles po jednotlivých měsících.



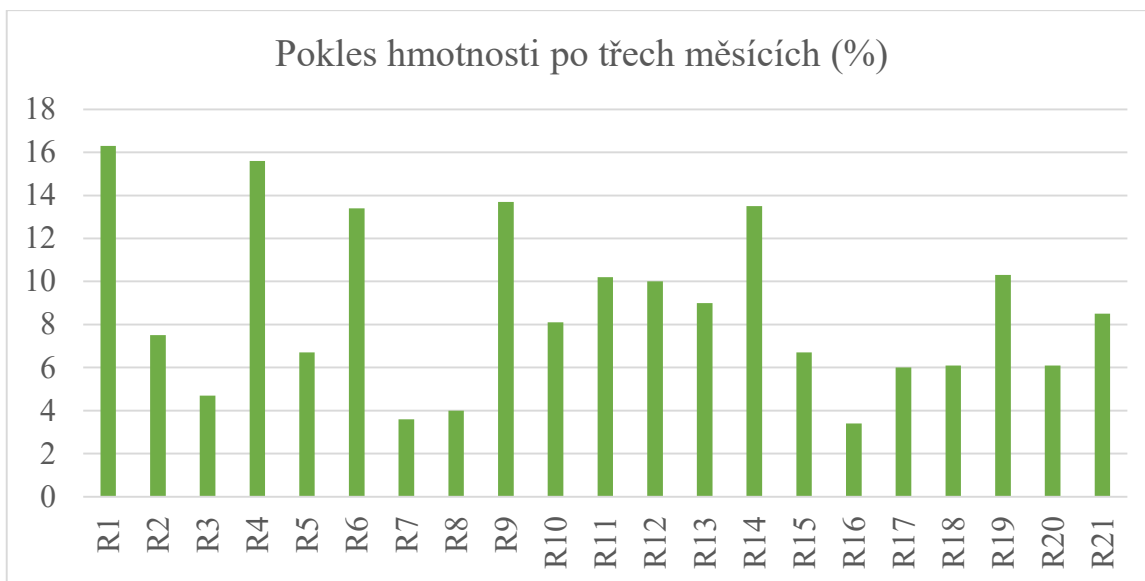
Graf 1: Pokles hmotnosti po prvním měsíci sledování

Po prvním měsíci sledování snížily hmotnost všechny respondentky v průměru o 3,1 % z původní hmotnosti. Nejnižší pokles byl zaznamenán u respondentky R3 pokles byl o 0,5 %, nejvyšší respondentky R4 o 7,2 %.



Graf 2: Pokles hmotnosti po dvou měsících sledování

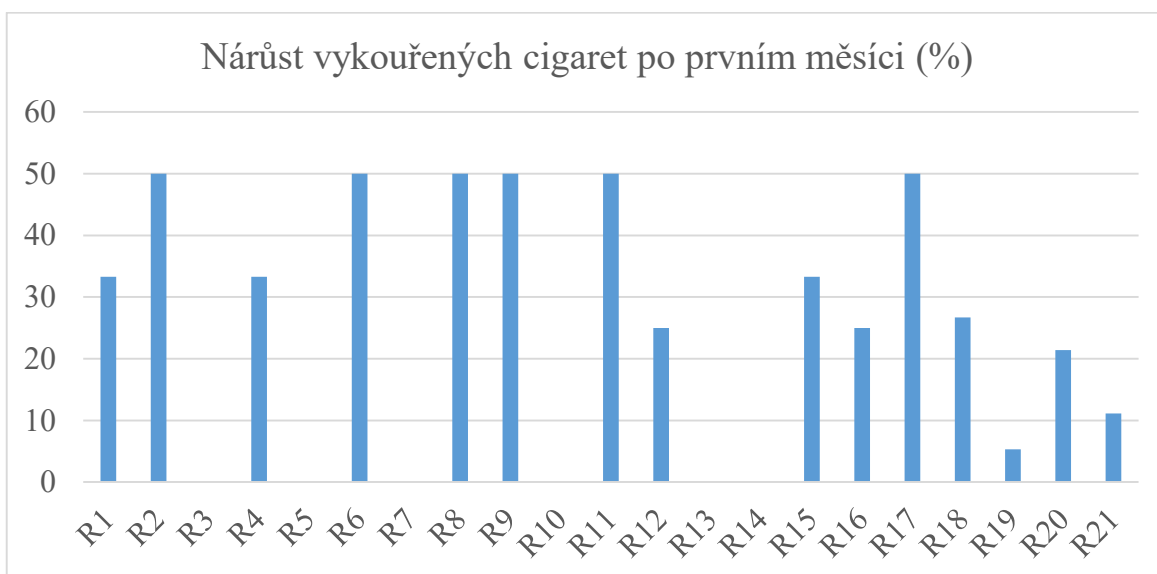
Po druhém měsíci sledování snížily hmotnost všechny respondentky v průměru o 6,1 % z původní hmotnosti. Nejnižší pokles byl zaznamenán u respondentky R8 pokles byl o 2,2 %, nejvyšší respondentky R4 o 11,4%.



Graf 3: Pokles hmotnosti po třech měsících sledování

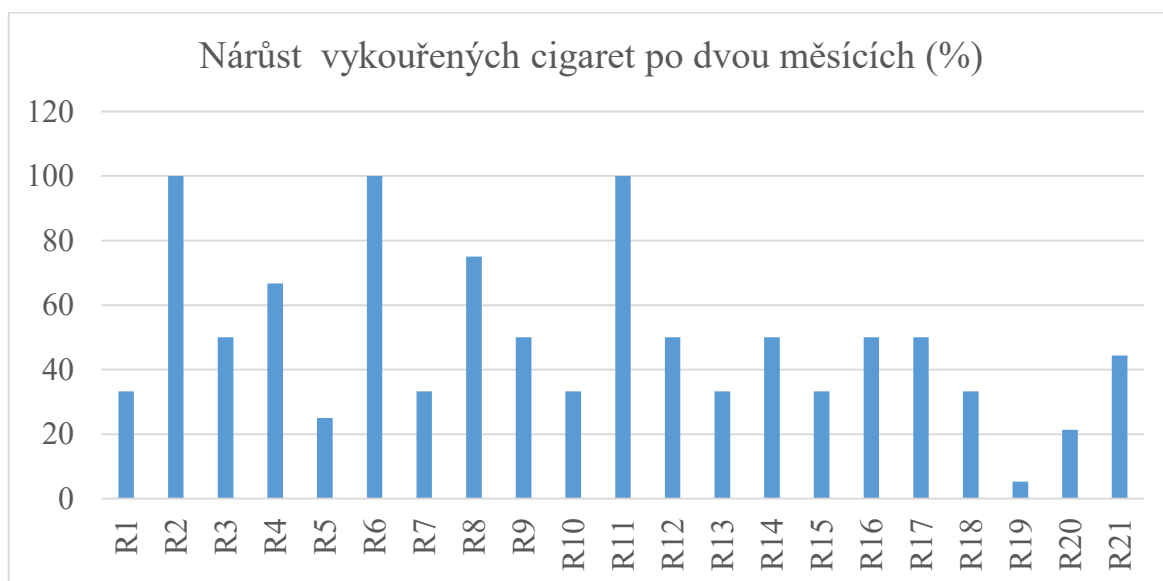
Po třetím měsíci sledování snížily hmotnost všechny respondentky v průměru o 8,7 % z původní hmotnosti. Nejnižší pokles byl zaznamenán u respondentky R16 pokles byl o 3,4 %, nejvyšší respondentky R1 o 16,3 %. Až na výjimky respondentky dosahovaly v průměru váhových úbytků 0,5 až 1 kg týdně, což je považováno odborníky za optimální rychlost redukce.

Následující grafy znázorňují, že u všech sledovaných respondentek s poklesem hmotnosti došlo k nárůstu počtu vykouřených cigaret po dobu tříměsíčního sledování. Pro přehlednost jednotlivých grafů byly opět změny v počtu vykouřených cigaret uváděny v jednotlivých grafech v procentuálním nárůstu po jednotlivých měsících.



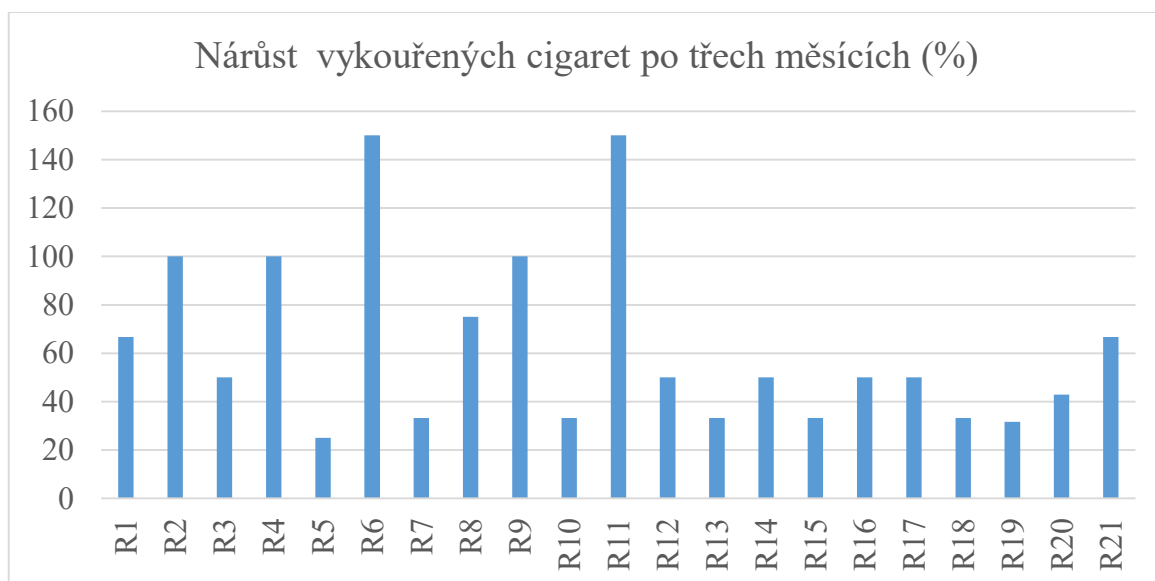
Graf 4: Zvýšení počtu vykouřených cigaret po prvním měsíci sledování

Po prvním měsíci sledování byl průměrný nárůst 24,5 % v počtu vykouřených cigaret u všech respondentek, což představuje nárůst v průměru o 4 cigarety na každou respondentku. U respondentek R3, R5, R7, R10, R13 a R14 nebyl v prvním měsíci zaznamenán nárůst v počtu vykouřených cigaret. Naopak největší zaznamenaný nárůst byl z 20 na 30 vykouřených cigaret u R8.



Graf 5: Zvýšení počtu vykouřených cigaret po dvou měsících sledování

Po dvou měsících sledování byl průměrný nárůst 49,4 % v počtu vykouřených cigaret u všech respondentek, což představuje nárůst v průměru o 7,5 cigarety na každou respondentku. U respondentek R1, R9, R15, R17 a R20 nebyl rozdíl v nárůstu vykouřených cigaret mezi prvním a druhým měsícem. Největší zaznamenaný nárůst byl o 15 cigaret u R8.



Graf 6: Zvýšení počtu vykouřených cigaret po třech měsících sledování

Po třech měsících sledování byl průměrný nárůst 63,1 % v počtu vykouřených cigaret u všech respondentek, což představuje nárůst v průměru o 9 cigaret na každou respondentku. Největší zaznamenaný nárůst byl o 15 cigaret u R4, R6, R8, R11. Nejnižší zaznamenaný nárůst po celou dobu sledování byl 25 %, což představuje 5 cigaret (R5) a nejvyšší nárůst byl 150 %, což představuje 15 cigaret (R6, R11). U respondentek R2, R3, R5, R7, R8, R10, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18 a R19 nebyl rozdíl v nárůstu vykouřených cigaret mezi druhým a třetím měsícem.

8.2 Výstupy z kvalitativního výzkumu

V druhé části výsledků jsou publikované výstupy z rozhovorů týkajících se nejdůležitějších rizikových psychosociálních faktorů vedoucích obézní ženy kuřačky k maladaptivnímu chování. Vliv rodiny na rozvoj závislosti na nikotinu a vznik nadváhy či obezity, vliv školy, zaměstnání vrstevníků nebo kamarádů. Respondentky odpovídaly také na otázky týkající se vlivu komunity, sociálního prostředí, reklamy a sociálních sítí a trávení volného času v minulosti a současné době. Zjištění získaná strukturovanými rozhovory jsou prezentovány chronologicky podle témat interview a postojů respondentek k tématu.

8.2.1 Dětství a rodina

Respondentky odpovídaly na otázky týkající se jejich dětství a rodiny. Na otázku jaké bylo vaše dětství, sedmnáct respondentek vzpomínalo jako na převážně šťastné a harmonické období. Čtyři ze sledovaných žen popsaly, že významnou událostí, která negativně zasáhla do jejich dětství, byl rozvod rodičů (R1, R10, R16, R21).

„...během rozvodu rodičů jsem já i máma hodně přibraly...“ (R1)

„...máma s tátou se strašně hádaly, dost často byla tématem i moje váha...“ (R10)

„...táty nová přítelkyně byla hubená. Říkala mi špekoune, táta se tomu smál...“ (R16)

„...najednou nic nebylo, jako dřív. Táta se odstěhoval. S bráchou jsme bydleli přes týden u mámy. Víkendy jsme trávili u babiček, které dobře vařily. Táta se o nás moc nezajímal, ale bral nás do kina a pak k McDonalds, do KFC nebo do cukrárny. Hodně jsem v té době přibrala, mámě to vadilo, hodně se s tátou kvůli mojí váze hádali...“ (R21)

Tyto čtyři respondentky zároveň patří mezi ženy kuřačky, které uvedly nejnižší věk 13 let při zapálení první cigarety (R1, R21) a 14 let (R4, R6, R9, R10, R16). Věk zapálení

první cigarety uváděly sledované ženy ve velkém rozsahu 13-27 let. Vypočítaný průměrný věk u sledovaných respondentek byl 16,1 let. Nejčastěji si sledované ženy kuřačky první cigaretu zapálily v 15 letech (R2, R3, R5, R12, R13, R14, R15, R19). Na otázku, zda rodiče nebo někdo v neblíží rodině kouřil, všechny respondentky opověděly kladně.

„...co si pamatuji, máma i táta kouřili...“ (R12, R13, R14, R18, R20)

„...u nás kouřili doma všichni, naši, teta, babička i děda....“ (R8)

„...když jsem byla malá, doma se kouřilo, nikoho by v tu dobu nenapadlo jít kouřit na balkón nebo před dům...“ (R5, R7, R8, R15)

„...táta s mámou přestali kouřit, až když děda umřel na rakovinu plic...“ (R11)

Ženy kuřačky, které začaly kouřit v dětství, popisovaly, že první cigaretu často získaly doma (s vědomím či nevědomím rodičů).

„...první ciga jsem si vzala doma...“ (R1, R21)

„...když si naši všimli, že jim chybí cigarety, dostala jsem vylagoš, ale časem mi je sami dávali...“ (R10, R16)

Respondentky, které již v dětství měly vyšší hmotnost, dokonce uváděly, že někdo z rodiny (většinou matka) se upínala ke kouření jako metodě, která hmotnost snižuje nebo činnosti nahrazující jídlo.

„...máma říkala, že kdyby nekouřila, měla by už metrák...“ (R1, R2, R8)

„...snídaně byla kafe a cigarety...“ (R3, R6, R10, R15)

„...já si dám ke kafičku cigaretku a už nepotřebuji žádnou sušenku, jako ty, říkala moje babička...“ (R19)

Na otázku, zda někdo z rodičů nebo prarodičů byl obézní nebo trpěl onemocněním, které je dáváno do spojitosti s vyšší hmotností (DM2, srdeční a cévní onemocnění, hypertenze, dyslipidémie), odpověděly všechny respondentky kladně. Stravování v dětství popisují jako tradiční. Ve většině rodin se mimo období diet vařila česká kuchyně. Dvě klientky (R1, R10) již během dětství podstoupily programy snižující hmotnost (v nutriční ambulanci, v lázních Poděbrady).

„...máma začala hubnout asi rok po rozvodu.. Já byla v té době už také obézní, tak jsem k výživové poradkyni chodila s ní. Máma v tu dobu hodně kouřila a já začala s ní, obě jsme hodně zhubly ...“(R1)

„...v dětství jsem byla tlustá tak, že mě doktor poslal do Poděbrad do lázní. Tam to bylo peklo. Naši za mnou nejezdili, sestry nás pořád honili po vycházkách. Všichni jsme měli strašný hlad. Pamatuji si, že po večerce jsme do jídelny chodili krást cukr z cukřenky, která byla na stole pro zaměstnance. Nevím, za co, zda za cukr nebo kouření, mě poslali už po třech týdnech domů. Mámě to nevadilo. Stejně jsem tam zhubla, jen tři kila...“(R10)

Všechny respondentky, které mají děti, uvedly, že v době těhotenství nekouřily až na R18. Většina, ale sděluje, že nekouřit bylo na začátku těhotenství pro ně obtížné. Často popisovaly craving během těhotenství, který řešily konzumací většího množství jídla nebo svačinek nejčastěji sladkostí nebo pečiva.

„...během těhotenství jsem nekouřila. Vlastně jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná, byla jsem na dovolené a tam jsem najednou neměla vůbec na cigarety chuť, bylo mi to divné. Že čekám dceru, jsem se dozvěděla až týden po návratu domů...“(R18)

„...v prvních měsících těhotenství jsem měla na cígo strašnou chuť, často jsem přemýšlela, jak zvládnu devět měsíců nehulit...“(R20)

„...bylo těžké si nezapálit, byla jiná doba, všude se kouřilo, v práci, v restauraci, u našich...“(R5, R19)

„...během všech těhotenství jsem nekouřila, ale o to více jsem žrala, měla jsem stále hrozné chutě nejen na jídlo,...“(R3, R15)

„...chutě na cigaretku jsem zaháněla sladkostmi...“(R2)

„...několikrát během těhotenství jsem přemýšlela, že si zapálím. Přišla jsem si jako velryba a stále jsem jen žrala. Cigaretu mi strašně chyběla, zapálila jsem si hned, když jsem přijela z porodnice domů...“(R19)

„...po narození druhé dcery jsem kojila jen pár týdnů. Mamka byla už v té době nemocná, starala jsem se o ní, k tomu dvě malé děti. Mám to celé hodně v mlze. Moc jsem nejedla, ale v tu dobu pro mě nebyl problém vykouřit krabku denně...“(R9)

Na otázku s kým žijí v současné době, uvedlo jedenáct sledovaných žen, že jsou vdané, šest respondentek bylo svobodných, ale až na nejmladší respondentku (R21) všechny

žily ve společné domácnosti s partnerem. Tři klientky (R2, R8, R17) uvedly, že jsou rozvedené a v době výzkumu nebydlely s žádným partnerem. Rozvod, ale také často rozchod s partnerem (R1, R16) u všech respondentek vedl k recidivě, kterou R8 spojuje nejen s rozvodem, ale také se začátkem studia ve vyšším věku. U R2, R17 byl rozvod pro respondentky zároveň stimulem k rozhodnutí ke snížení hmotnosti. Jedna z respondentek byla vdovou, domácnost sdílela se svojí matkou, rovněž celoživotní kuřačkou (R19).

„...když byl manžel nemocný a starala jsem se o něj, tolik jsem nekouřila. Po smrti manžela kouřím opravdu hodně. Víím, že bych neměla, když takhle vypadám, doktoři mi to taky zakazují, ale co už teď. Manžel nekouřil a umřel. Mamince je 83 let, kouří celý život a je zdravější než my všichni...“ (R19)

Z provedených rozhovorů vyplývá, že současní manželé (partneři) mají ke kouření a obezitě svých žen rozdílné postoje. Na otázku, zda kouření jejich partnerům (manželům) vadí, nebyly jednotné odpovědi. Kouření u partnerek nevadilo partnerům, kteří sami kouřili. Respondentka (R4) uvedla, že manžel o jejím kouření po druhém porodu dlouho nevěděl, přes týden pracuje a žije mimo domov. Recidivy si všimnul až během redukce hmotnosti, kdy počet cigaret překročil krabičku denně.

„...manžel (partner) kouří také, takže mu to nevadí...“ (R5, R12, R15, R16)

„...partneři byli kuřáci...“ (R18)

„...manžel mi stále říkal, že při současných cenách cigaret, může kouřit jen jeden z nás. Tím samozřejmě myslel sebe. Mám na hrbu domácnost, dvě malé děti. Kamarádka také kouří, tak jsem chodila na cigaretu k nim do bytu nebo kouřila, když jsme byly s dětmi venku. To že už zase kouřím, zjistil nedávno. Vidí, že teď moc nejím a navíc hubnu, tak měl pochopení...“ (R4)

Z rozhovorů vyplývá, že manželé nebo partneři, kteří jsou nekuřáci, považují závislost na tabáku u svých partnerek nebo manželek za závažný rizikový faktor poškozující zdraví. Často motivují své partnerky kuřačky k odvykání kouření nebo alespoň omezení konzumace cigaret v množství nebo denní době. Tyto ženy kuřačky uvedly, že nekouří ve společné domácnosti, ale na balkoně, společné chodbě panelového domu, před domem, v pergole nebo na zahradě. V případech, že ženy kuřačky jsou matkami adolescentních či dospělých dětí, mají děti nekuřáci ke kouření stejné postoje, jako partneři nekuřáci. Tyto děti

považují kouření za rizikový faktor řady onemocnění. Z několika rozhovorů bylo patrné, že rovněž tyto děti motivují ženy kuřačky k odvykání kouření.

„...manžel mě chválí, vidí, že jsem zhubla, ale také chce, abych tolik nekouřila...“ (R11)

„...děti mi říkají. Mami, když si zvládla zhubnout, dokážeš i přestat kouřit...“ (R9, R14)

Událostí nebo k okolnostem, které ženy kuřačky vedly k recidivě, patřily také vážná onemocnění nebo smrt někoho z blízkých rodinných příslušníků. Respondentka R7 uvedla, že začala kouřit až ve 27 letech, kdy prožívala velmi obtížné životní období.

„...začala jsem kouřit až v 27 letech. Bylo to v době, kdy jsem dojížděla za nejmladším synem do Motola. Nebyla jsem jediná. Syn po roce zemřel...“ (R7).

U R9 k recidivě vedla smrt matky, u R19 vážná nemoc, na kterou manžel zemřel, R20 autonehoda manžela, který je od té doby upoután na invalidní vozík. Respondentka R12 uvedla za okolnost recidivy znásilnění, které vedlo nejen ke kouření, ale také psychickým problémům a následnému zvýšení hmotnosti. Respondentka R12 sdělila, že důvodem recidivy byl nástup jejího otce do výkonu trestu, za z jejího pohledu nezpůsobený trestný čin spáchaný na členu rodiny.

8.2.2 Škola, zaměstnání

Na své školní období nevzpomínaly rády klientky, které již v dětském věku měly nadváhu nebo obezitu (R1, R2, R3, R4, R7, R10, R15, R16, R17, R18, R19, R20). Popisují, že do kolektivu nikdy moc nepatřily. Na otázku, proč si myslí, že do kolektivu nepatřily, uváděly posměch kvůli hmotnosti až šikanu, zejména ze strany spolužáků.

„...na základku nevzpomínám ráda...“ (R1, R2, R4, R7, R15, R17, R18, R19, R20)

„...ze základní školy nemám žádné kamarádky...“ (R3, R10, R15, R19)

„...v dětství jsme se hodně stěhovaly, táta byl voják z povolání, tak jsem každou chvíli chodila do školy jinam...“ (R15)

„...už si to moc nepamatuji, vím, že jsem měla hodnou paní učitelku, ale děti se mi smály, byla jsem pro ně tlustoch...“ (R19)

„...základka byla peklo. Pořád se mi někdo smál. Byla jsem ráda, když zazvonilo a mohla jsem jít domů...“ (R20)

Období dospívání měly respondentky spojené se zahájením studia na střední škole. Celkem 11 respondentek uvádí nástup na střední školu obdobím, kdy si zapálily první cigaretu (R2, R3, R4, R5, R6, R9, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R19). Respondentky uvádějí, že s cigaretou se cítily dospěle. Zároveň měly pocit, že konečně mají přátele, jsou přitažlivé pro druhé pohlaví nebo si v tomto období našly životního partnera. Respondentky, které už v té době měly nadváhu nebo obezitu uváděly, že když začaly kouřit, moc nejedly, zhubly nebo se cítily hubené.

„...když jsem kouřila, cítila jsem se dospěle...“ (R3, R15, R17)

„...najednou jsem měla kamarády...“ (R2)

„...holky z učňáku, které hulily, byly u kluků oblíbené...“ (R4)

„...měla jsem pocit, že holky, co kouřili, jsou pro kluky více sexy...“ (R5)

„...kámošky, co kouřili, byly hubené...“ (R9, R11, R14)

„...všechny holky, co se mnou bydlely na intru kouřily a měly kluka, tak jsem si zapálila také...“ (R9, R13, R16)

„...když jsem si zapálila, už jsem nepotřebovala jíst. Hodně jsem v tu dobu zhubla...“ (R2, R3, R15)

„...v tu dobu jsem byla s hmotností moc spokojená...“ (R19)

„...když jsem začala kouřit, něco jsem i zhubla, vlastně jsem vážila méně než na základce...“ (R3)

Studium jako obdobím, kdy začala kouřit, ale v pozdějším věku 25 let, uvedla také respondentka R8. Respondentka R10 uvádí dobu, kdy v dospělosti studovala jako obdobím, kdy kouřila nejvíce cigaret za den.

...nejvíce jsem kouřila, když jsem si dodělávala maturitu. To mi nikdy krabička za den nestačila... (R10)

Zároveň některé respondentky uváděly, že si studentské období užily.

„...chodily jsme na večírky, tancovat, ...“ (R15, R17)

„...každý den v baru nebo nějaké hospůdce..“ (R16, R21)

Po studiu dalším významným rizikovým faktorem, který vedl ke kouření nebo recidivě byl u žen kuřáček nástup do zaměstnání nebo brigádu (R3, R4, R5, R6, R13, R14, R15), často se u žen kuřáček jednalo o třísměnný provoz ve zdravotnictví nebo v průmyslové výrobě. K navýšení počtu cigaret a zároveň zvýšení hmotnosti uvádějí ženy kuřačky také

v situacích, jako byla změna práce (R2), propuštění z práce (R15) nebo u dvou respondentek (R5, R8) odchod do důchodu.

„...ty pohovory mě ničily, řešila jsem to hodně jídlem, ale také jsem více pila a kouřila...“ (R2)

„...byl to stres, hledat si v covidu práci. Stres jsem hodně zajídala, ale také jsem pálila jednu za druhou...“ (R15)

„...bez cigaret bych ty noční nedávala...“ (R4, R5)

„...v práci je to mazec, ale na cigaretu si vždy čas najdu...“ (R13)

„...ty kouřový pauzy nás s holkama drží nad vodou“ ... (R14)

„...určitě teď kouřím více, jak jsem v důchodu, v práci jsem tolik kouřit nemohla. Teď kouřením často zaháním nudu nebo osamělost...“ (R5, R8)

8.2.3 Volný čas

Na otázku, jak ženy kuřačky s nadváhou a obezitou tráví v současné době svůj volný čas, respondentky odpovídaly:

„...nemám žádný volný čas...“ (R3, R6, R9)

„...volného času mám málo, ...“ (R1, R2, R10, R12)

„...všechny volný čas trávím s dcerou...“ (R18)

„...když nejsem v práci, spím nebo se starám o rodinu...“ (R4, R13, R14)

„...když mám volno, něco podnikáme s rodinou nebo přáteli“ (R15, R16, R1)

„...chodím na univerzitu třetího věku, ráda fotím, pak fotky zpracovávám na počítači..“ (R8)

„...volný čas mám teď pořádek, koukám na televizi, vařím, ...“ (R5, R7, R11, R19)

„...malé dítě, manžela na vozíku, volný čas opravdu nemám...“ (R20)

„...pořád jsem někde venku s lidmi ze školy, občas chodím na brigádu...“ (R21)

Na doplňující dotaz u respondentek, které uvedly v předchozí otázce, že volný čas nemají, mají ho málo, byla položena doplňující otázka. Jak by volný čas respondentky využily, kdyby ho měly. Respondentky mající děti odpovídaly, že s rodinou sledováním filmu v televizi nebo na počítači (R3, R9, R12, R19). Ostatní by chtěly čas trávit s partnerem, kamarádkou činnostmi typu návštěva kina, návštěva restaurace nebo baru (R1, R2, R9, R10, R14). Současné trávení volného času mají všechny respondentky spojené také s kouřením, které pro ně ve volném čase představuje:

„...navození pohody...“ (R4, R5, R7, R9, R11, R12, R13, R14)

„...relax...“(R1, R2, R3)

„...když kouřím, nejím...“(R10, R6, R8)

„...úlevu od stresu a starostí...“(R18, R19)

„...pokud čas trávím s přáteli, mám to spojené s kouřením ...“(R15, R16, R17, R21)

Rovněž v dětství a dospívání respondentky trávily volný čas převážně pasivními aktivitami typu sledování televize, trávení času na počítači nebo mobilním telefonu. Starší respondentky často zmiňují zálibu v ručních pracích nebo vaření a pečení. Těmito aktivitami trávily v průměru 2-3 hodiny. Na otázku zda rodiče nějak podporovaly jejich aktivity nebo s nimi aktivně trávily volný čas například výlety, sportem, jízdou na kole apod. uvádějí, že takto volný čas s rodiči neprožívaly. Pouze jedna respondentka uvedla, že v dospívání hrála několik měsíců korfbal. Ostatní se sportovním aktivitám v dětství ani dospívání nevěnovaly.

V současné době všechny respondentky tráví čas na sociálních sítích, kde jsou mnohdy aktivní ve skupinách specializovaných na vaření (nejen zdravých jídel), hubnutí, aktivity pro děti. Čtyři respondentky uvedly, že sledují také příspěvky v podobě videí, kde se cvičí (R1, R8, R10, R21).

8.2.4. Sociální prostředí a komunita

Na otázku, jak je v kouření ovlivnilo, kde žily a komunita respondentky většinou odpověděly, že žily a žijí na venkově a v malých městech (v 75 %). Respondentky většinou zmiňují, že dokud se mohlo všude kouřit, byly více ovlivněné komunitou a místem bydliště než v současné době. Více ovlivněné prostředím se cítí respondentky (R15,R16,R17,R21).

8.3 Profily žen kuřaček

Na základě sledování a rozhovorů bylo možné vysledovat a následně popsat tři profily sledovaných respondentek, které měly podobné znaky a jevily obdobné vztahy. V případě, že se u některých respondentek vyskytly určité odlišnosti, jsou uvedené jako podskupiny. Autorka pro účely této práce označila jednotlivé typy žen kuřaček jako „pečovatelka“, „věčná dietářka“, „pařmenka“ a „samotářka“.

8.3.1 Typ „Pečovatelka“

Jedná se o nejvíce zastoupený typ žen kuřaček ve sledované skupině. Představuje ženu kuřačku, která upřednostňuje zájmy rodiny před svými vlastními. Od dětství pečovala o sourozence, následně o děti nebo rodiče. Vyrůstala na venkově nebo malém městě s rodiči

kuřáky s nadváhou nebo obezitou, často jako nejstarší dítě v rodině. „...u nás kouřili doma všichni, naši, teta, babička i děda...“ Na základní škole neměla příliš kamarádů, kroužky nenavštěvovala. „...ze základní školy nemám žádné kamarády...“ Začala kouřit krátce po nástupu na střední školu, kde si našla životního partnera nebo kamarádku často z řad kuřáků. „...všechny holky, co se mnou bydlely na intru kouřily a měly kluka, tak jsem si zapálila také...“ V mladém věku se vdala. V období těhotenství nekouřila, ale postupně se zvyšovala její hmotnost. „...během těhotenství jsem nekouřila, ale o to více jsem žrala, měla jsem stále hrozně chutě nejen na jídlo...“ Nemá na nic čas, stará se o manžela, děti, často o nemocné rodiče. „...volného času mám málo...“ Negativním vlivem pro kouření nebo růst hmotnosti byly pro ni tragické události spojené s nemocí nebo úmrtím někoho z rodiny nebo práce ve třisměnném provozu. „...když nejsem v práci, spím nebo se starám o rodinu...“ Mezi zájmy tohoto typu ženy patřily domácí práce, vaření a pečení. Hmotnost ani kouření během života neřešila. Příliš nevěří, že by jí něco mohlo pomoci, aby zhubla nebo nekouřila. Kouření pro tento typ respondentky představuje „...navození pohody...“

Tomuto profilu odpovídají respondentky: R4, R5, R7, R9, R11, R12, R13, R14, R19.

8.3.2 Typ „Věčná dietářka“

Tento typ ženy kuřačky je druhým nejčastěji se vyskytujícím typem ve skupině žen kuřaček s nadváhou a obezitou. Znázorňuje ženu kuřačku, která se celý život snažila o dosažení nižší hmotnosti. S nadváhou nebo obezitou bojovala od dětství, stejně jako její rodiče, z nichž jeden byl kuřák. „...máma začala hubnout asi rok po rozvodu.. Já byla v té době už také obézní, tak jsem k výživové poradkyni chodila s ní. Máma v tu dobu hodně kouřila a já začala s ní, obě jsme hodně zhubly ...“ V primární rodině se často setkávala s mýty ohledně kouření a hmotnosti. „...máma říkala, že kdyby nekouřila, měla by už metr...“ Byla vystavena nevhodným stravovacím návykům „...snídaně byla kafe a cigarety...“ V rodině nebo na základní škole zažila posměch nebo šikanu kvůli hmotnosti. „...táty nová přítelkyně byla hubená. Říkala mi špekoune, táta se tomu smál...“ Na střední škole začala kouřit s cílem hubnutí. Kouření považuje jako metodu udržení nebo snížení hmotnosti. „...když kouřím, nemusím jíst...“ Pokud nějakou část života abstinovala (nejčastěji v těhotenství), došlo k nárůstu hmotnosti. „...několikrát během těhotenství jsem přemýšlela, že si zapálím. Přišla jsem si jako velryba a stále jsem jen žrala. Cigaretu mi strašně chyběla, zapálila jsem si hned, když jsem přijela z porodnice domů...“ Ke kouření se po krátkém čase vrátila, aby nedošlo k dalšímu přibírání kilogramů. Od mládí žena kuřačka

zkoušela nejrůznější diety, ale její hmotnost v průběhu života rostla. Kouření pro tento typ respondentky představuje „...cestu k dosažení nižší hmotnosti...“

K tomuto typu ženy kuřačky byly přiřazeny následující respondentky: R1, R2, R3, R6, R8, R10).

8.3.3 Typ „Pařmenka“

Tento typ ženy kuřačky prezentuje ženu, která si ráda užívá života a je ráda středem pozornosti. Dětství tento typ žen kuřaček žil častěji ve městě, s rodiči, z nichž někdo kouřil a měl nadváhu. Od střední školy má kouření spojené s jistou atraktivitou. „...měla jsem pocit, že holky, co kouřili, jsou pro kluky více sexy...“ Ale také se zábavou jako byly večírky, návštěvy restaurací a barů nebo zahradními slavnostmi. „...chodily jsme na večírky, tancovat, ...“ Během těhotenství nekouřila, ale prožívala často craving. „...v prvních měsících těhotenství jsem měla na cígo strašnou chuť, často jsem přemýšlela, jak zvládnu devět měsíců nehulit...“ O abstinenci moc neuvažuje. Nerada se omezuje v jídle i kouření. Volný čas má spojený s kouřením, ale také dobrým jídlem, alkoholem a kamarády. „...když mám volno, něco podnikáme s rodinou nebo přáteli“ Kouření pro tento typ respondentky představuje součást jejího života „...bez cigarety bych to nebyla já...“

K tomuto profilu ženy kuřačky nejvíce odpovídají respondentky: R15, R16, R17, R21.

8.3.4 Typ „Samotářka“

Tento typ ženy kuřačky je spíše anti typem mezi sledovanými ženami. Představuje ženu kuřačku (R18), která vyrůstala na venkově jako jedináček. Rodiče byly kuřáci...*co si pamatuji, máma i táta kouřili....* Matka a babička měly nadváhu a s ní související onemocnění. Respondentka od dětství vyhledávala samotu. Důvodem takového chování byl zřejmě posměch až šikana na základní škole kvůli vyšší hmotnosti. *...na základku nevzpomínám ráda...* Na základní ani střední škole neměla příliš mnoho kamarádů. Začala kouřit až ve věku 18 let, kdy se seznámila s prvním partnerem...*partneři byli kuřáci...* Rozchod s partnerem byl poznamenán vysokým nárůstem hmotnosti. Následně vztahy nevyhledávala, žila sama, občas někam zašla s kolegyní z práce. Otěhotněla při dalším krátkém vztahu ve věku 44 let. Během těhotenství neprožívala bažení, ale začala kouřit krátce po porodu. *...během těhotenství jsem nekouřila. Vlastně jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná, byla jsem na dovolené a tam jsem najednou neměla vůbec na cigarety chuť, bylo mi*

to divné. Že čekám dceru, jsem se dozvěděla až týden po návratu domů...“ Její váha dosáhla maxima, chtěla hubnout, ale neměla na nic čas. Za krátký čas strávený na mateřské dovolené musela nastoupit znovu do práce. Dceru vychovává sama. Zájmy a koníčky neměla a nemá. Volný čas tráví s dcerou...*všechn volný čas trávím s dcerou...* Kouření pro tento typ respondentky představuje „...úlevu od stresu a starostí...“

Tomuto antitypu odpovídají respondentky R18 a R20, která se stará o syna a invalidního manžela.

9. Diskuse a závěry

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě srovnání série kazuistik zmapovat nejvýznamnější rizikové faktory, které vedou ženy, kuřačky tabáku, s nadváhou a obezitou k maladaptivnímu chování. Za rizikový faktor byla ve výzkumu míněná taková událost v životě jedince, která se jako potencionálně významný činitel mohla podílet na objevení a rozvoji jeho maladaptivního chování ve vztahu ke kouření a vzniku nadváhy či obezity. Parciálním cílem bylo zjistit, zda dodržování redukčního programu neovlivňuje počet vykouřených cigaret.

Z výsledků vyplývá, že sledované ženy kuřačky pocházejí z rodin, kde alespoň jeden z členů rodiny kouřil. Od dětství byly ženy kuřačky vystaveny pasivnímu kouření. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory tak kromě významných událostí lze jistě zařadit kouření u některého ze členů primární rodiny, které uvedly všechny respondentky. Kerr ve své studii potvrzuje mezigenerační přenos zvýšeného rizika vzniku závislosti včetně kouření a nižšího věku v době zahájení kouření u dětí kuřáků (Kerr 2020). Velký vliv na postoje sledovaných respondentek měly názory jejich matek a babiček související nejen s kouřením, ale stravovacími návyky obecně. Respondentky popisovaly, že jejich matky nebo babičky kouření považovaly za účinnou metodu, jak udržet či snížit hmotnost nebo nahradit jídlo. Tyto postoje a názory respondentky přijaly za své a sami se domnívají, že kouření jim pomáhá udržovat hmotnost. Každý pokus o ukončení kouření vedl dle jejich vyjádření ke zvýšení hmotnosti. Z tohoto důvodu by podle autorky, ale také studie publikované Darem, měly intervence pro odvykání kouření zahrnovat informace o vhodném stravování a postupech pro redukci hmotnosti (Dare, 2015). Vzhledem ke skutečnosti, že ženy abstinovaly převážně jen v době těhotenství, mohl nárůst hmotnosti být více v přímé souvislosti s probíhající graviditou, respektive s ní souvisejících hormonálních změnách. Nárůst hmotnosti mohl v době těhotenství způsobit také nadměrný příjem zkonsumované stravy nebo nedostatečná pohybová aktivita. Na rozdíl od studie Ortonové, která provedla rozhovory s devíti ženami, které během těhotenství abstinovaly od tabáku a po porodu už kouřily jen příležitostně nebo ve společnosti (Orton, 2016). Autorkou sledované ženy kuřačky s nadváhou a obezitou se po porodu často vrátily nejen ke kouření, ale také k původním kuřáckým zvyklostem. Některé ze sledovaných žen kuřaček konzumaci cigaret dokonce navýšily. Postoje otců byly respondentkami zmiňovány v souvislosti s negativním vnímáním hmotnost i jako determinanty body image, který je součástí sebepojetí člověka.

Významnými negativními rizikovými faktory v podobě událostí vedoucích ke kouření jako maladaptivnímu chování byly pro respondentky stresující až traumatizující situace, které se jim během života staly nebo se s nimi v rodině setkaly. Za takové situace sledované ženy kuřačky považovaly ve čtyřech případech rozvod rodičů v době jejich dětství. Jednalo se o ženy kuřačky, které uvedly nejnižší věk (13 nebo 14 let) při zapálení první cigarety. Za další stresující situaci, kdy ženy kuřačky uvádějí kouření jako metodu vyrovnání se se stresem, respondentky uváděly v sedmi případech rozchod s partnerem nebo rozvod s manželem. Dalšími už jednotlivě uváděnými, ale o to závažnějšími okolnostmi byla vážná onemocnění nebo úrazy někoho z rodiny, úmrtí člena rodiny (matky, dítěte, manžela), znásilnění a nástup otce do výkonu trestu. Respondentky popisují, že během těchto událostí došlo u nich vždy k navýšení počtu cigaret. Zároveň připouštějí, že se v těchto obdobích zároveň nepravidelně nebo špatně stravovaly, konzumovaly ve zvýšené míře alkoholické či energetické nápoje a kávu. Zjištěnou skutečnost, že posttraumatická stresová porucha bývá spojená s nevhodnými stravovacími návyky, sníženou pohybovou aktivitou a zvyšuje až o 31 % riziko vzniku obezity a o 22 % riziko kouření potvrzuje ve své studii rovněž autorka Carissa van den Berk-Clark (2018).

Mezi faktory vedoucí ke kouření jako maladaptivnímu chování nebo relapsu kouření po určité době abstinence patřilo u respondentek období studia a to jak v období dětství, dospívání nebo později. Celkem sedm respondentek uvedlo, že začali kouřit již v době docházky na základní školu, kde se necítili moc dobře. Setkali se s posměchem kvůli vyšší hmotnosti nebo dokonce šikanou z řad spolužáků. Začátek kouření v době zahájení studia na střední škole nebo v průběhu docházky na střední školu uvedlo celkem jedenáct respondentek. Ve skupině sledovaných žen kuřaček byly respondentky, které střední školu navštěvovaly před mnoha lety. Současná míra kouření mezi studenty středních škol hluboko poklesla pod hodnoty sledované v polovině 90. let minulého století. Přesto ESPAD 2019 uvádí, že 10,9 % studentek ve věku 15 až 16 let kouří 11 a více cigaret denně. Nejvíce denních a silných kuřáků bylo v této studii zjištěno mezi studenty středních odborných škol a odborných učilišť (Chomynová, 2020). Kouření cigaret v tomto období lze považovat u žen kuřaček za jistou formu iniciačního rituálu vedoucímu k dospělosti. Jak vyplývá z rozhovorů, kouření ženám kuřačkám významně pomohlo při socializaci v novém kolektivu na střední škole. Respondentky popisují, že díky kouření se v průběhu studia střední školy staly pro okolí viditelnými, možná z jejich pohledu pro okolí jistým směrem atraktivnějšími. Několik klientek popisuje, že cigareta jí v přeneseném významu do života přinesla nižší

hmotnost, partnera nebo kamarádka. U některých sledovaných žen kuřáček právě v tomto období došlo k propojení vztahu kouření a udržení nebo snížení hmotnosti. Respondentky uváděly, že se cítily hubenější, nemuseli tolik jíst a měly z jejich pohledu nižší hmotnost. Cigareta pro respondentky v tomto životním období byla propojením nejen se školou, ale také zábavou, návštěvou kulturní akce, restaurace, baru nebo zaháněním nudy. Kouření bylo a stále zůstává činností provázející ženy kuřáčky při trávení volného času od dob studia až do důchodového věku. Lze ho považovat dle respondentek za činnost k zahánění nudy, přestože respondentky uváděly, že volného času příliš nemají. Z rozhovorů i tříměsíčního sledování vyplývá, že zátěžovou až stresovou situací se pro sledované respondentky stala redukce hmotnosti, kterou absolvovaly v dětství nebo dospívání.

Dalším obdobím, které do života žen kuřáček s nadváhou a obezitou přineslo řadu událostí vedoucích ke kouření, relapsu nebo navýšení konzumace cigaret, bylo období, kdy začaly pracovat, měnily zaměstnání nebo práci po nějakou dobu neměly a absolvovaly přijímací pohovory. U některých respondentek zejména k recidivě kouření přispěla nepravidelná pracovní doba ve třisměnném provozu v průmyslové výrobě nebo ve zdravotnictví. Francouzská studie poukazuje na možnost využít lékaře pracovních lékařské služby k edukaci zaměstnanců k odvykání kouření, jako příklad dobré praxe stejně jako zákazy kouření v areálech firem nebo na samotných pracovištích (Le Denmat, 2019). Respondentky uváděly nejčastější okolnosti spojující kouření a práci opět stres, únavu, vyčerpání, nevyspání. Některé z respondentek považují kouření za stmelující prvek kolektivu nebo představu dobře strávené zasloužené přestávky.

Všechny sledované ženy kuřáčky byly podle výsledků z Fagerströмова dotazníku na začátku sledování středně či silně závislé na nikotinu. Pouze jedna projevila zájem kromě hubnutí řešit také závislost na tabáku. Zároveň všechny splňovaly parametry WHO pro nadváhu a obezitu. Respondentky se na začátku sledování dosahovaly BMI od 26,3-52,8 kg/m². Kouření a obezita jsou považovány za rizikové faktory spojované s celou řadou onemocnění, přesto celkem šestnáct respondentek na začátku sledování uvedlo, že se neléčí s žádným onemocněním a cítí se být zdravé. Dalších pět respondentek se v době sledování léčilo s onemocněními, které mohly mít přímou souvislost jak s kouřením tak obezitou nebo nadváhou. Jednalo se o hypertenzi, DM2, dyslipidémii a onemocnění pohybového aparátu. Během sledování a následných rozhovorů bylo zjištěno, že jedna z respondentek se v minulosti léčila na psychiatrickém onemocnění s úzkostnými a depresivními stavy, které

souvisely s následky trestné činnosti. Po celou dobu sledování nebyla v péči psychiatra, psychologa ani neužívala žádné léky související s výše popsányými stavy.

Během tříměsíčního sledování byly respondentky velmi úspěšné v redukci hmotnosti. Dosahovaly v průměru váhových úbytků 0,5 až 1 kg týdně, což je považováno odborníky za optimální rychlost redukce (Matoulek, 2019; Svačina, 2018). U všech respondentek došlo ke snížení hmotnosti, BMI i procenta tělesného tuku, ale zároveň u všech sledovaných žen kuřaček k navýšení počtu vykouřených cigaret. Po prvním měsíci sledované ženy v průměru snížily hmotnost o 3,1 %, po dvou měsících sledování o 6,1 %, po třech měsících 8,7 %. Přestože procentuální snížení hmotnosti se může zdát být nízké, u jednotlivých žen kuřaček představovalo velké hmotnostní úbytky. Příkladem může být nejnižší procentuální snížení o 3,4 %, které představovalo snížení o 3,2 kg, nejvyšší procentuální snížení o 16,3 % pak 16,9 kg.

Ženy kuřačky během tříměsíčního sledování navýšily konzumaci cigaret. Po prvním měsíci sledování byl průměrný nárůst 24,5 %, po dvou měsících 49,4 % a po třech dokonce 63,1 % v počtu vykouřených cigaret u všech respondentek. Během sledování bylo u dvou respondentek zaznamenáno dokonce 150 % navýšení. Kromě redukce hmotnosti mohly u těchto respondentek hrát roli další významné okolnosti, ke které se po dobu sledování odehrály. U jedné respondentky se jednalo o oznámení nutnosti reoperace páteře, u druhé informace o vážném zdravotním problému člena rodiny. Dle sdělení sledovaných žen kuřaček kouření v době redukce hmotnosti využívaly jako metodu k zahánění chutí, náhrady za alkoholický nebo sladký nápoj, sladkosti nebo dokonce jím nahrazovaly denní jídlo.

Vzhledem k negativním dopadům kouření na zdraví žen kuřaček, které je srovnatelné s negativními dopady nadváhy a obezity povede toto zjištění k zavedení nové intervence a doporučení pro dvě skupiny klientů pracoviště, kde byl výzkum prováděn. První skupinou budou, ženy, které při vstupu do programu snižování hmotnosti uvedou, že kouří. Tyto klientky budou informovány o možných zdravotních rizicích a dopadech spojených nejen s vlivem obezity na jejich zdraví, ale také s kouřením. Zároveň jim bude doporučeno se začátkem vstupu do programu redukce hmotnosti ukončit kouření respektive navržení vhodných postupů k odvykání a případné substituce nikotinem. Druhou skupinou, kde budou na pracovišti zavedeny intervence zejména preventivního charakteru týkající se kouření jako maladaptivního chování při stresových situacích, budou dětští klienti s rodiči, docházející do programů snižování nadváhy nebo obezity.

V odborné literatuře se objevují práce, které dokazují, že lze úspěšně zároveň snižovat hmotnost a zároveň přestat kouřit. Většinou se jedná o studie na malém počtu respondentů, při kterých jsou respondenti finančně ohodnocováni ať už za dodržování režimových opatření a abstinence nikotinu (Bloom, 2020). Toto bohužel nebude možné klientům pracovišť, kde probíhal výzkum poskytnout bez případného dotačního programu.

Bude však možné intervence týkající se kouření i redukce hmotnosti upravit podle v diplomové práci sestavených profilů žen kuřaček, kterými byly „pečovatelka“, „věčná dietářka“, „pařmenka“ a „samotářka“. U typu „pečovatelka“ se zaměřit více na samotnou motivaci k abstinenci a dosažení požadované hmotnosti společně se zvýšením sebevědomí těchto respondentek. U typu „věčná dietářka“ by intervence měly být více edukativního charakteru, vysvětlující nejen stravovací návyky a režimová opatření, ale také fyziologii a patofyziologii redukce hmotnosti a s tím spojených reakcí lidského organismu. Ženy typu „pařmenka“ zapojit do více skupinových terapií a společných víkendových výletů a týdenních edukačních pobytů, kde se budou moci realizovat případně i bez kouření. Tyto aktivity nebo alespoň propojení s jinými ženami z pracovišť, kde výzkum probíhal také nabídnout poslednímu typu žen kuřaček tedy „samotářkám“. Skupinové terapie doporučuje také Copeland při odvykání kouření postmenopauzálních žen, které mají obavy z nárůstu hmotnosti (Copeland, 2015).

Přestože odbornou veřejností stále není závislost na jídle uznávána, lze mezi závislostí na tabáku a závislostí na jídle respektive obezitou najít paralely. Společné rysy obou závislostí a možný přechod jedné závislosti na druhou budou asi do budoucna zajímat nejen autorku práce. Mohou totiž být vzájemně spojeny nejen s dopaminergními dráhami, ale také změnou střevní mikroflóry, poruchami attachmentu nebo jistou nepřízní osudu nejen v dětském věku, ale také v dospělosti (Zawertailo, 2020).

Výzkum mohl být ovlivněn hned několika faktory. První možnou hrozbu tohoto výzkumu představovala skutečnost, že autorka výzkumu je zároveň nutriční terapeutkou oslovovaných respondentů. Tento faktor byl do jisté míry eliminován. Jak již bylo zmíněno, respondentky nebyly za výzkum placeny, ani jinak v programu snižování hmotnosti zvýhodněny. Samotné rozhovory probíhaly mimo poradnu a běžné časy návštěv poradny. Respondentky byly o výzkumu předem informovány ústně i písemně, následně osloveny zda se chtějí být do výzkumu zařazeny. Účast všech respondentek byla zcela dobrovolná. Z tohoto důvodu je předpoklad, že žádná z respondentek neměla důvod žádným způsobem

ovlivňovat svoje odpovědi. Z pohledu autorky je na zamyšlení, zda během těhotenství, u některých klientek opakované gravidity, opravdu žádná respondentka nekouřila, tak jak uvedla. Vzhledem k situaci, že craving popisovalo několik respondentek.

Druhým negativním aspektem byla volba metody účelového výběru přes instituci, kde rovněž mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Osoby v jednom zařízení mohly vykazovat podobné znaky a výzkum mohl být ochuzen o informace od těch, kteří buď navštěvují jiné pracoviště, nebo jiný program snižování hmotnosti nebo vůbec žádné služby při snižování hmotnosti nevyužívají. Dalším negativním aspektem ovlivňujícím výzkum mohl být nízký počet sledovaných respondentek. Rovněž poměrně krátká doba sledování (jen tři měsíce). Přesto porovnávání respondentek z jiných pracovišť, kde mohou být programy vedeny jiným způsobem, s jinou frekvencí návštěv, s jiným kalorickým omezením, by zřejmě přinesla větší nepřesnosti ve výzkumu.

Ženy kuřáčky s obezitou nebo nadváhou by měly při rozhodnutí redukovat hmotnost být zároveň motivovány k odvykání kouření. Vzhledem ke skutečnosti, že řada rizikových faktorů vedoucích k maladaptivnímu chování žen kuřáček je neovlivnitelných.

10. Zdroje

- Adamcová, K. (2017). Kouření v těhotenství – vliv na matku a dítě, možnosti léčby závislosti na tabáku. *Čas. Lék. čes.* 2017; 156: 9-12
- Al-Bashaireh, A. M., Haddad, L. G., Weaver, M., Chengguo, X., Kelly, D. L., & Yoon, S. (2018). The Effect of Tobacco Smoking on Bone Mass: An Overview of Pathophysiologic Mechanisms. *Journal of osteoporosis*, 2018, 1206235. <https://doi.org/10.1155/2018/1206235>
- Alberg A. (2002). The influence of cigarette smoking on circulating concentrations of antioxidant micronutrients. *Toxicology*, 180(2), 121–137. [https://doi.org/10.1016/s0300-483x\(02\)00386-4](https://doi.org/10.1016/s0300-483x(02)00386-4)
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM 5 diagnostic and statistical manual of mental disorders*. In *DSM 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (pp. 947-p).
- Audrain-McGovern, J., & Benowitz, N. L. (2011). Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 90(1), 164–168. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.105>
- Becková, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie. Základy a něco navíc*. Praha: Triton
- Benowitz N. L. (2009). Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 49, 57–71. <https://doi.org/10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742>
- Benowitz, N. L., & Burbank, A. D. (2016). Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. *Trends in cardiovascular medicine*, 26(6), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2016.03.001>
- Berlin, I., Lin, S., Lima, J. A., & Bertoni, A. G. (2012). Smoking Status and Metabolic Syndrome in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. A cross-sectional study. *Tobacco induced diseases*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1617-9625-10-9>
- Biedermann, L., Brülisauer, K., Zeitz, J., Frei, P., Scharl, M., Vavricka, S. R., Fried, M., Loessner, M. J., Rogler, G., & Schuppler, M. (2014). Smoking cessation alters intestinal microbiota: insights from quantitative investigations on human fecal samples using

FISH. *Inflammatory bowel diseases*, 20(9), 1496–1501.
<https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000129>

Bloom, E. L., Hunt, L., Tidey, J., & Ramsey, S. E. (2020). Pilot feasibility trial of dual contingency management for cigarette smoking cessation and weight maintenance among weight-concerned female smokers. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 28(5), 609–615. <https://doi.org/10.1037/pha0000331>

Brody, A. L., Mandelkern, M. A., London, E. D., Olmstead, R. E., Farahi, J., Scheibal, D., Jou, J., Allen, V., Tionson, E., Chefer, S. I., Koren, A. O., & Mukhin, A. G. (2006). Cigarette smoking saturates brain alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptors. *Archives of general psychiatry*, 63(8), 907–915. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.907>

van den Berk-Clark, C., Secrest, S., Walls, J., Hallberg, E., Lustman, P. J., Schneider, F. D., & Scherrer, J. F. (2018). Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(5), 407–416. <https://doi.org/10.1037/hea0000593>

Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for Measuring Stress in Psychiatric and Physical Disorders. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), *Measuring Stress* (pp. 3-28). New York: Oxford University Press.

Copeland, A. L., McVay, M. A., Martin, P. D., Rash, C. J., Kendzor, D. E., Baillie, L. E., Spears, C. A., & Geiselman, P. J. (2015). Smoking relapse and weight gain prevention program for postmenopausal weight-concerned women: A pilot study. *Eating behaviors*, 18, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.006>

Cortes, M. L., Louzado, J. A., Oliveira, M. G., Bezerra, V. M., Mistro, S., Medeiros, D. S., Soares, D. A., Silva, K. O., Kochergin, C. N., Carvalho, V. C. H. S., Amorim, W. W., & Mengue, S. S. (2022). Association between perceived stress and health-risk behaviours in workers. *Psychology, health & medicine*, 27(4), 746–760. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1859567>

Criscitelli, K., & Avena, N. M. (2016). The neurobiological and behavioral overlaps of nicotine and food addiction. *Preventive medicine*, 92, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.009>

- Criscitelli, K., & Avena, N. M. (2016). The neurobiological and behavioral overlaps of nicotine and food addiction. *Preventive medicine, 92*, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.009>
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2021). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020. *Praha: Státní zdravotní ústav*
- Dallongeville, J., Marécaux, N., Fruchart, J. C., & Amouyel, P. (1998). Cigarette smoking is associated with unhealthy patterns of nutrient intake: a meta-analysis. *The Journal of nutrition, 128*(9), 1450–1457. <https://doi.org/10.1093/jn/128.9.1450>
- Dare, S., Mackay, D. F., & Pell, J. P. (2015). Relationship between smoking and obesity: a cross-sectional study of 499,504 middle-aged adults in the UK general population. *PloS one, 10*(4), e0123579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123579>
- Dawes, K., Sampson, L., Reimer, R., Miller, S., Philibert, R., & Andersen, A. (2021). Epigenetic Analyses of Alcohol Consumption in Combustible and Non-Combustible Nicotine Product Users. *Epigenomes, 5*(3), 18. <https://doi.org/10.3390/epigenomes5030018>
- Engel, J. A., & Jerlhag, E. (2014). Role of appetite-regulating peptides in the pathophysiology of addiction: implications for pharmacotherapy. *CNS drugs, 28*(10), 875–886. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0178-y>
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. *Praha: Portál*
- Filozof, C., Fernández Pinilla, M. C., & Fernández-Cruz, A. (2004). Smoking cessation and weight gain. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 5*(2), 95–103. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00131.x>
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). Jídlo v životě dítěte a adolescenta: Teorie, výzkum, praxe. *Praha: Karolinum*
- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C., & Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive medicine, 53*(3), 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.015>
- Froom, P., Melamed, S., & Benbassat, J. (1998). Smoking cessation and weight gain. *The Journal of family practice, 46*(6), 460–464.

- Gonseth, S., Jacot-Sadowski, I., Diethelm, P. A., Barras, V., & Cornuz, J. (2012). The tobacco industry's past role in weight control related to smoking. *European journal of public health*, 22(2), 234–237. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr023>
- Gui, X., Yang, Z., & Li, M. D. (2021). Effect of Cigarette Smoke on Gut Microbiota: State of Knowledge. *Frontiers in physiology*, 12, 673341. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.673341>
- Hajdusianek, W., Żórawik, A., Waliszewska-Prosół, M., Poręba, R., & Gać, P. (2021). Tobacco and Nervous System Development and Function-New Findings 2015-2020. *Brain sciences*, 11(6), 797. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060797>
- HAMPL, J. S., & BETTS, N. M. (1999). Cigarette use during adolescence: effects on nutritional status. *Nutrition reviews*, 57(7), 215–221. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1999.tb06945.x>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hendl, J. (2009). Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat. Třetí přepracované vydání. *Praha: Portál*
- Herraiz, T., & Chaparro, C. (2005). Human monoamine oxidase is inhibited by tobacco smoke: beta-carboline alkaloids act as potent and reversible inhibitors. *Biochemical and biophysical research communications*, 326(2), 378–386. <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2004.11.033>
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). Psychiatrie a pedopsychiatrie. *Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum*
- Hrubá, D. (2007). Proč nekouřit v těhotenství - nové poznatky o účincích nikotinu. *Prakt. Gyn. 2007; 11(3): 132-134*
- Chao, A. M., White, M. A., Grilo, C. M., & Sinha, R. (2017). Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *Eating behaviors*, 24, 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.009>

- Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F., & Cornuz, J. (2006). Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. *Preventive medicine*, 42(5), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.01.011>
- Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno 6 (5)*, 1–20
- Jenkins, M. (2014). Impact of Healthy Lifestyle Choices on Smoking Behavior Among College Students who Smoke Cigarettes. *Graduate Theses and Dissertations* Retrieved from <https://scholarworks.uark.edu/etd/1060>
- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (2022). Psychologie zdraví. Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty. *Praha: Grada*
- Juchacz, K., Kłos, P., Dziedziejko, V., & Wójciak, R. W. (2021). The Effectiveness of Supportive Psychotherapy in Weight Loss in a Group of Young Overweight and Obese Women. *Nutrients*, 13(2), 532. <https://doi.org/10.3390/nu13020532>
- Just-Sarobé M. (2008). Hábito de fumar y piel [Smoking and the skin]. *Actas dermo-sifiliográficas*, 99(3), 173–184.
- Kadota, K., Takeshima, F., Inoue, K., Takamori, K., Yoshioka, S., Nakayama, S., Abe, K., Mizuta, Y., Kohno, S., & Ozono, Y. (2010). Effects of smoking cessation on gastric emptying in smokers. *Journal of clinical gastroenterology*, 44(4), e71–e75. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e3181be9a0f>
- Kerr, D. C. R., Tiberio, S. S., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2020). Intergenerational congruence in adolescent onset of alcohol, tobacco, and marijuana use. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 34(8), 839–851. <https://doi.org/10.1037/adb0000546>
- Králíková, E. (2017). Adherence kuřáků k prevenci ICHS. *Med. praxi* 2020; 17(3): 197–199
- Králíková, E. (2020). Nikotin, kouření a kardiovaskulární rizika- základní pojmy, *Kardiol. Rev. Int. Med.* 2020, 22(1): 26-28
- Křivohlavý, J. (1994). Jak zvládat stres. *Praha: Grada avicenum*.
- Křivohlavý, J. (2009). Psychologie Zdraví. Praha: Portál, s. r. o.

- Kumar, R., Rizvi, M. R., & Saraswat, S. (2022). Obesity and Stress: A Contingent Paralysis. *International journal of preventive medicine*, 13, 95. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_427_20
- Kurzová, H. (2003). Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře. *Praha: Karolinum*
- Le Foll, B., Piper, M. E., Fowler, C. D., Tonstad, S., Bierut, L., Lu, L., ... & Hall, W. D. (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 19.
- Le Denmat, V., & Dewitte, J. D. (2019). Tabac et travail [Tobacco and work]. *Revue des maladies respiratoires*, 36(10), 1117–1128. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.01.010>
- Liu, M., Jiang, Y., Wedow, R., Li, Y., Brazel, D. M., Chen, F., ... & Vrieze, S. (2019). Association studies of up to 1.2 million individuals yield new insights into the genetic etiology of tobacco and alcohol use. *Nature genetics*, 51(2), 237-244.
- Malinovská, J., Urbanová, J., Vejtasová, V., Romanová, A., Pálová, S., Naeem, S. T., & Brož, J. (2022). Zanechání kouření a riziko diabetes mellitus 2. typu. *Vnitřní lékařství*, 68(1), E04-E08.
- Mandy van den Berge, M., van der Beek, A. J., Türkeli, R., van Kalken, M., & Hulsege, G. (2021). Work-related physical and psychosocial risk factors cluster with obesity, smoking and physical inactivity. *International archives of occupational and environmental health*, 94(4), 741–750. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01627-1>
- Mansouri, A., Kavi, E., Ahmadpoori, S. F., Amin, E., Bazrafshan, M. R., Piroozi, A., ... & Zare, F. (2019). Cigarette smoking and coping strategies with stress in young adults of Larestan. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 11(1).
- Mareš, J. (2012). Posttraumatický rozvoj člověka. *Praha: Grada Publishing a.s.*
- Matoulek, M. (2019). Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře. 2. rozšířené vydání. *Praha: Nakladatelství odborné literatury.*
- Matoulek, M. (2020). Manuál úspěšného hubnutí. *Praha: Nakladatelství odborné literatury.*
- Mcclernon, J. F. (2007). The effects of foods, beverages, and other factors on cigarette palatability. *Nicotine Tob. Res.* 2007, 9(4), p. 505-510.

Miovský, M. (2002). Možnosti a meze metod rychlého posuzování (rapid assesment) v adiktologickém výzkumu. *Olomouc, 2002. Dizertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychologie Filozofické fakulty. Školitel: Stanislav Kratochvíl.*

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd.3). *Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.*

Mlčochová, V., Papežová, K. (2012). Vztah alkoholu a kouření cigaret. *Prakt. Léč. 2012; 92(6): 339-341*

Mlčochová, V. (2022). Kouření a výživa v souvislostech. *Výživa a potraviny: 2/2022. Praha: Výživa servis, s. r. o*

Mucha, L., Stephenson, J., Morandi, N., & Dirani, R. (2006). Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender medicine, 3(4), 279–291. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(06\)80216-0](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(06)80216-0)*

Murphy, C. M., Rohsenow, D. J., Johnson, K. C., & Wing, R. R. (2018). Smoking and weight loss among smokers with overweight and obesity in Look AHEAD. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 37(5), 399–406. <https://doi.org/10.1037/hea0000607>*

Nešpor, K., & Herle P. (2019). Adiktologie pro praktické lékaře. *Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe s.r.o.*

Northrop-Clewes, C. A., & Thurnham, D. I. (2007). Monitoring micronutrients in cigarette smokers. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry, 377(1-2), 14–38. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2006.08.028>*

Opstelten, J. L., Plassais, J., van Mil, S. W., Achouri, E., Pichaud, M., Siersema, P. D., ... & Cervino, A. C. (2016). Gut microbial diversity is reduced in smokers with Crohn's disease. *Inflammatory bowel diseases, 22(9), 2070-2077.*

Oppert, J. M., Bellicha, A., van Baak, M. A., Battista, F., Beaulieu, K., Blundell, J. E., Carraça, E. V., Encantado, J., Ermolao, A., Pramono, A., Farpour-Lambert, N., Woodward, E., Dicker, D., & Busetto, L. (2021). Exercise training in the management of overweight and obesity in adults: Synthesis of the evidence and recommendations from the European

Association for the Study of Obesity Physical Activity Working Group. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22 Suppl 4(Suppl 4), e13273. <https://doi.org/10.1111/obr.13273>

Ortiz, A., & Grando, S. A. (2012). Smoking and the skin. *International journal of dermatology*, 51(3), 250–262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05205.x>

Orton, S., Coleman, T., Lewis, S., Cooper, S., & Jones, L. L. (2016). "I Was a Full Time Proper Smoker": A Qualitative Exploration of Smoking in the Home after Childbirth among Women Who Relapse Postpartum. *PloS one*, 11(6), e0157525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157525>

Pánková, A., Králíková, E., Štěpánková, L., Zvolská, K., Bortlíček, Z., Bláha, M., Clark, M. M., Schroeder, D. R., & Croghan, I. T. (2017). *Weight Concerns Associated With Delay in Quit Date But Not Treatment Outcomes: A Czech Republic Experience*. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 20(1), 89–94. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw276>

Pelcák, S. (2013). Osobnostní nezdolnost a zdraví.: *Gaudeamus: Hradec Králové*.

Perski, O., Theodoraki, M., Cox, S., Kock, L., Shahab, L., & Brown, J. (2022). Associations between smoking to relieve stress, motivation to stop and quit attempts across the social spectrum: A population survey in England. *PloS one*, 17(5), e0268447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268447>

Raboch, J. (2019). Duševní zdraví a životní styl. Psychiatrie životním stylem. *Praha: Mladá fronta*.

Rogers J. M. (2019). Smoking and pregnancy: Epigenetics and developmental origins of the metabolic syndrome. *Birth defects research*, 111(17), 1259–1269. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1550>

Salk, R. H., Germeroth, L. J., Emery, R. L., Conlon, R. P. K., Wang, Z., Cheng, Y., Marcus, M. D., Perkins, K. A., & Levine, M. D. (2019). Predictive utility of subtyping women smokers on depression, eating, and weight-related symptoms. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 38(3), 248–258. <https://doi.org/10.1037/hea0000702>

- Selby, P., & Zawertailo, L. (2022). Tobacco addiction. *New England Journal of Medicine*, 387(4), 345-354.
- Schuit, A. J., van Loon, A. J., Tijhuis, M., & Ocké, M. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive medicine*, 35(3), 219–224. <https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1064>
- Sucharda, P. (2010). Kouření a obezita. [cit. 2021-01-28]. Dostupný z www.prolekare.cz, *Vnitř. Lék*; 56(10):1053-1057.
- Svačina, Š., Fried, M., Býma, S., & Matoulek, M. (2018). Obezita: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*.
- Syed, I. U. (2020). Clearing the Smoke Screen: Smoking, Alcohol Consumption, and Stress Management Techniques among Canadian Long-Term Care Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6027. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176027>
- Tomiyaama, A. J. (2019). Stress and Obesity. *Annual review of psychology*, 70, 703–718. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>
- Tuka, V. (2019). *Preventivní kardiologie pro praxi*. Praha: Nakladatelství odborné literatury.
- Weekley, C. K., 3rd, Klesges, R. C., & Reylea, G. (1992). Smoking as a weight-control strategy and its relationship to smoking status. *Addictive behaviors*, 17(3), 259–271. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(92\)90031-p](https://doi.org/10.1016/0306-4603(92)90031-p).
- Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity facts*, 8(6), 402-424.
- van den Berk-Clark, C., Secrest, S., Walls, J., Hallberg, E., Lustman, P. J., Schneider, F. D., & Scherrer, J. F. (2018). Association between posttraumatic stress disorder and lack of exercise, poor diet, obesity, and co-occurring smoking: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(5), 407–416. <https://doi.org/10.1037/hea0000593>
- WHO. (2023) Tobacco. [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_2

- Wiss, D. A. (2019). Chapter 2- the role of nutrition in addiction recovery: what we know and what we don't. *Assess Treat Addict.* 21-42.
- Willi, C., Bodenmann, P., Ghali, W. A., Faris, P. D., & Cornuz, J. (2007). Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *298*(22), 2654–2664. <https://doi.org/10.1001/jama.298.22.2654>
- Yeh, H. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Wang, N. Y., & Brancati, F. L. (2010). Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Annals of internal medicine*, *152*(1), 10–17. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00005>
- Zlatohlávek, L. (2019). *Klinická dietologie a výživa. 2. rozšířené vydání. Praha: Current Media.*
- Zvolská, K. (2013) Kardiovaskulární onemocnění a kouření [Cardiovascular disease and smoking]. *Praha, 2013. 110 stran, 2 přílohy. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze, I. lékařská fakulta, III. Interní klinika. Školitel: Králíková, Eva.*
- Zawertailo, L., Attwells, S., deRuiter, W. K., Le, T. L., Dawson, D., & Selby, P. (2020). Food Addiction and Tobacco Use Disorder: Common Liability and Shared Mechanisms. *Nutrients*, *12*(12), 3834. <https://doi.org/10.3390/nu12123834>