

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Faktory odvykání kouření

Bakalářská práce

Autor: JUDr. Darja Donajová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák



Zadání bakalářské práce

Autor: JUDr. Darja Donajová
Studium: P19K0079
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce: **Faktory odvykání kouření**
Název bakalářské práce AJ: Smoking cessation factors

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou odvykání kouření. Teoretická část práce charakterizuje poruchy spojené s užíváním látek. Bližší pozornost je věnována tabakismu (příčiny, projevy, odvykací stav, léčba závislosti, prevence relapsu). Empirická část práce mapuje podpůrné a rizikové faktory odvykání kouření (abstinence) u kuřáků. Výzkumná metoda smíšeného výzkumu: dotazník vlastní konstrukce a kazuistika.

Klíčová slova: závislost, odvykání, kouření

CSÉMY, Ladislav a SOVINOVÁ, Hana. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. s. 96. ISBN 80-7071-230-9.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

JOPP, Andreas. Kouřím rád, ale přestanu do 30 dní. Brno: CPress, 2014. s. 268. ISBN 978-80-264-0591-7.

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. s. 388. ISBN 80-247-1411-6.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2011. s. 173. ISBN 978-80-7367-908-8.

RABOCH, Jiří, ed. et al. DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Stanislava Svoboda Hoferková, Ph.D., LL.M.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Faktory odvykání kouření vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Hradci Králové dne 19.4.2023

JUDr. Darja Donajová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především PhDr. Stanislavu Pelcákovi, za odborné vedení mé bakalářské práce a podněty a pomoc při tvorbě této práce, a dále všem, kteří mi ochotně poskytli informace pro výzkumné šetření.

Anotace

DONAJOVÁ, Darja. *Faktory odvykání kouření*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 53 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce se zabývá jednotlivými faktory působícími na závislého na nikotinu při snaze o odvykání kouření. Účelem této práce je zjistit, jaké jsou faktory úspěšného odvykání. Teoretická část charakterizuje závislosti obecně, specifika nikotinismu a kouření v České republice. Pozornost je též věnována prevenci, psychodiagnostice a léčbě nikotinismu. Práce se také zabývá projevem odvykání a prevencí relapsu a konečně jednotlivými faktory působícími na závislého v průběhu odvykání kouření. Praktická část práce popisuje smíšenou strategii a výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů v kombinaci s dotazníkovým šetřením.

Klíčová slova: kouření, odvykání, závislost

Annotation

DONAJOVÁ, Darja. *Smoking cessation factors*. Hradec Kralové: Faculty of Education: University of Hradec Kralové, 2023. 53 p. Bachelor thesis.

The bachelor's thesis deals with individual factors affecting a nicotine addict when trying to quit smoking. The purpose of this thesis is to find out what are the factors of successful withdrawal. The theoretical part characterizes addictions in general, specifics of nicotine addiction and smoking in the Czech Republic. Attention is also paid to the prevention, psychodiagnosis and treatment of nicotine addiction. The work also deals with symptoms of quitting and relapse prevention, and finally uniform factors affecting the addict during smoking cessation. The practical part of the thesis describes a mixed strategy and the results of a research investigation, which was conducted using semi-structured interviews in combination with a questionnaire survey.

Key words: smoking, cessation, addiction

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Obsah

Úvod.....	9
1 Závislost na nikotinu a faktory odvykání kouření.....	10
1.1 Závislost z pohledu aktuálních klasifikačních systémů	10
1.2 Nikotinismus a poruchy související s užíváním tabáku	12
1.3 Kouření v České republice	15
1.4 Prevence, diagnostika a léčba nikotinismu	17
1.5 Projevy odvykání kouření a prevence relapsu	21
1.6 Faktory odvykání kouření	22
2 Vybrané faktory odvykání kouření	25
2.1 Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky, výzkumné metody.....	25
2.2 Výzkumný soubor a procedura	30
2.3 Výsledky šetření.....	31
2.4 Diskuze.....	42
Závěr	45
Seznam použitých zdrojů.....	47
Příloha 1	51
Příloha 2.....	52
Příloha 3	53

Úvod

Námět bakalářské práce „*Faktory odvykání kouření*“ jsem zvolila, protože mi tato problematika připadá velmi důležitá a zajímavá. Ačkoliv jsem sama celoživotní nekuřák, ze svého blízkého okolí dobře vím, jak je těžké s touto závislostí bojovat a jak je náročné definitivně přestat. Účelem této práce je tedy zjistit, jaké jsou faktory úspěšného odvykání.

Kouření cigaret nepřináší nikomu žádná skutečná pozitiva, ale i přesto je společensky tolerováno. Tento kulturně-historický fenomén provází lidstvo od nepaměti. Poprvé se objevil u amerických indiánů.¹ Botanické jméno *nicotiana* získal tabák po francouzském velvyslanci v Lisabonu Jeanu Nicotu, který jej představil na francouzském dvoře jako zázračný všelék. Věřilo se, že tabák utěšuje pocit hladu, zmírňuje únavu a navozuje opojení.² Všeobecné rozšíření kouření bylo způsobeno přesvědčením, že má léčivou sílu.³ Údajně nosem a čichovými buňkami vzpomínáme na ztracený svět. Kouř tak uspokojuje lidskou touhu po příjemných vůních, ohřívá kůži, uklidňuje duši, léčí smutky a vrací vzpomínky na dětství.⁴ Dnes již ale také víme, že kouření způsobuje rakovinu plic, kardiovaskulární onemocnění a různé další zdravotní komplikace. Nejrozšířenější formou užívání tabáku jsou klasické cigarety. Sdílení, nabízení a přijímání cigarety je typickým společenským rituálem poloviny západního světa. Většina kuřáků začne kouřit pod vlivem svých přátel a vrstevníků.⁵

Tato práce je strukturována do dvou částí. V první části je teoretický výklad týkající se dané problematiky, zejména vysvětlení pojmů závislost, nikotinismus a odvykání kouření. V druhé praktické části se nalézá výzkumné šetření, které má za cíl zjistit, jaké faktory jsou rozhodující pro úspěšné zvládnutí odvykání kouření. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila smíšenou strategii – polostrukturovaný rozhovor a dotazníkové šetření.

¹ Králíková, str. 11

² Zhou, str. 282

³ Zhou, str. 12

⁴ Zhou, str. 11

⁵ Zhou, str. 140

1 Závislost na nikotinu a faktory odvykání kouření

Obor psychiatrie pracuje s tzv. symptomy (vnějšími projevy), které jsou po určitou dobu přítomny a narušují běžné fungování jedince. Pro stanovení přesné diagnózy je třeba tyto symptomy klasifikovat. V Evropě je nejběžněji používaná Mezinárodní klasifikace nemocí (revize MKN-10), která obsahuje kapitolu psychiatrie rozdělenou do deseti dílů. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek jsou zde vedeny pod kódem F10 - F19.⁶ Vedle toho ve Spojených státech amerických je nejpoužívanější klasifikační systém publikovaný v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (nyní DSM-V).⁷

1.1 Závislost z pohledu aktuálních klasifikačních systémů

Pojem závislost uvádí Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DSM) v souvislosti s abúzem látek a také s patologickým hráčstvím. Rozvoj závislosti je spojován s dopaminovým neurotransmitterovým systémem, konkrétně s aktivací dopaminového mezolimbického systému (tzv. systém odměny), který reaguje na odměnu generováním libých pocitů.⁸ U všech závislostí dochází k aktivaci tohoto systému. Tento systém je zapojen do posilování chování a produkci vzpomínek. Návykové látky způsobují tak silnou aktivaci tohoto systému, že ostatní činnosti uživatele jsou zanedbávány. Osoby s nízkou úrovní sebekontroly mají predispozice k tomu, aby u nich pak vznikla porucha v nadužívání látek.⁹ DSM používá termín **porucha užívání látek**, zatímco Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) pracuje s pojmem syndrom závislosti.

Syndrom závislosti specifikuje MKN jako *skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo látek má u daného jedince podstatně větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*. Ústřední charakteristikou syndromu je touha užívat psychoaktivní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence směřuje k rychlejšímu objevení jiných rysů syndromu než u jedinců,

⁶ V současnosti probíhá překlad aktuální revize MKN-11 publikované v 1.1.2022 do českého jazyka, kde je mj. nové kódovací schéma a řada dalších změn, viz. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>

⁷ Češková str. 82

⁸ Češková str. 161

⁹ DSM-5, str. 505

kteří nejsou závislí. Definitivní diagnóza závislosti se stanovuje tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná *touha nebo pocit puzení užívat látku*; tzv. *craving*;

b) *potíže v sebeovládání při užívání látky*, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;

c) *tělesný odvykací stav*: Látky je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro konkrétní látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;

d) průkaz *tolerance k účinku* látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (např. závislí na alkoholu, kteří ho mohou denně zkonsumovat tolik, že by to uživatele bez tolerance zneschopnilo, nebo i usmrtilo);

e) postupné *zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů* ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;

f) *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků*: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.¹⁰

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-19) jsou poruchy vzniklé užíváním látek vyvolávajících závislost. Tyto látky ovlivňují chování, vědomí a náladu. Narušené chování pak představuje problémy ve společnosti.¹¹ Psychoaktivní látky se běžně dělí na centrálně tlumivé látky (alkohol, benzodiazepiny), opiáty (kodein, heroin), stimulační látky (amfetamin, kokain, nikotin, kofein), halucinogeny (LSD), konopí (marihuana, hašiš).¹²

Etiopatogeneze představuje soubor příčin rozvoje nemoci.¹³ Na všech duševních poruchách se podílí různou měrou biologické, psychické a sociální faktory.¹⁴ V souvislosti se závislostmi je v současnosti nejčastěji uplatňován tzv. biopsychosociální

¹⁰ Nešpor, str. 9-10

¹¹ Češková, str. 159

¹² Češková, str. 161

¹³ Bělík, str. 23

¹⁴ Češková, str. 35

model vzniku závislosti, hovoří se o tzv. **multikauzální etiologii závislosti**. Příčiny vzniku poruchy jsou podle této teorie komplexní a vedle výše zmíněných faktorů jsou nezdědka přítomny i faktory spirituální.¹⁵ Mezi biologické faktory patří např. průběh těhotenství matky, okolnosti porodu, genetické predispozice, neurochemické faktory. Psychosociální faktory spočívají ve vývoji jedince v rodině a v jeho okolním prostředí. Často může být přítomna fixace v tzv. orálním stadiu vývoje, nebo silný traumatický prožitek z dětství, který má zasažený jedinec potřebu potlačit a zejména v období dospívání jsou návykové látky dostupným prostředkem pro znecitlivění nesnesitelných emocí. Významnou roli hrají i faktory sociální – jako např. postoj společnosti ke drogám, jejich dostupnost, či nátlak vrstevníků. Spirituální faktory jsou spojeny zejména s určitými kulturními fenomény jako jsou různé přechodové rituály.¹⁶

Millerová dělí faktory na kulturní (vliv soc, skupiny, postoje, dostupnost drogy), environmentální (učení a životní události), interpersonální (sociální vlivy a rodina) a intrapersonální (osobní vývoj, osobnost, afektivita, kognitivní stránka, pohlaví).¹⁷

Češková u závislostí uvádí, že klíčové jsou tyto faktory v následujícím pořadí: 1. osobnost uživatele 2. vliv prostředí 3. konkrétní droga 4. životní situace.¹⁸

1.2 Nikotinismus a poruchy související s užíváním tabáku

DSM uvádí čtyři kategorie poruch spojených s užíváním tabáku: poruchu užívání tabáku, odvykací stav po tabáku, jiné poruchy vyvolané užíváním tabáku a nespecifikované poruchy spojené s užíváním tabáku. Porucha užívání tabáku je diagnostikována, pokud se u daného jedince vyskytují alespoň dva z následujících znaků v průběhu 12 měsíců:

- 1) *Tabák je často užíván ve větších dávkách nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno;*
- 2) *Objevuje se přetrvávající touha a neúspěšné pokusy omezit nebo kontrolovat užívání tabáku;*
- 3) *K získávání tabáku a jeho užívání je věnováno podstatné množství času;*
- 4) *Bažení, silná touha nebo nutkání k užití tabáku;*

¹⁵ Kuklová, str. 19

¹⁶ Kuklová, str. 21-23

¹⁷ Miller, str. 30

¹⁸ Češková, str. 161

- 5) *Opakované užívání tabáku vede k selhávání v plnění důležitých závazků v práci, ve škole nebo doma (např. narušení pracovních aktivit);*
- 6) *Pokračování v užívání tabáku navzdory přetrvávajícím nebo opakovaným společenským nebo mezilidským problémům zapříčiněným nebo zhoršeným účinkem tabáku (např. hádky s ostatními kvůli užívání tabáku);*
- 7) *Opuštění důležitých společenských, pracovních nebo rekreačních aktivit nebo jejich redukce v důsledku užívání tabáku;*
- 8) *Opakované užívání tabáku v situacích, v nichž je to fyzicky nebezpečné (např. kouření v posteli);*
- 9) *Pokračování v užívání tabáku navzdory vědomí o přítomnosti přetrvávajícího nebo opakovaného tělesného nebo psychického problému, který je pravděpodobně zapříčiněn nebo zhoršován užíváním tabáku;*
- 10) *Tolerance definována některým z následujících bodů:*
 - a) *Potřeba výrazně vyšších dávek tabáku k dosažení žádoucího účinku;*
 - b) *Výrazně snížený účinek při pokračujícím užívání stejných dávek tabáku;*
- 11) *Odvykací stav, který se projevuje některým z následujících bodů:*
 - a) *Charakteristický odvykací syndrom po tabáku;*
 - b) *Tabák (nebo úzce související látka jako nikotin) je užíván, aby se jedinec vyhnul odvykacím symptomům nebo je zmírnil.* ¹⁹

V případě 2-3 příznaků se jedná o mírnou závažnost, při přítomnosti 4-5 znaků jde o střední závažnost a výskyt 6 a více znaků charakterizuje těžkou závažnost poruchy.²⁰

Pod kódem F17 podle klasifikace MKN jsou zařazeny poruchy vyvolané užíváním tabáku. Nikotin obsažený v tabáku je psychoaktivní látkou, která díky svému stimulačnímu účinku, způsobuje u uživatele zlepšení pozornosti, učení i reakčního času a schopnost řešit problémy. Kuřákům zlepšuje náladu a snižuje vnitřní napětí. Nikotin je ve vysoké dávce toxický.²¹ Vdechování kouře do plic zaručuje, že návyková látka působí na rozsáhlou vnitřní plochu plic a je rychleji vstřebána do krve.²² Nikotin se váže na specifické receptory v centrální nervové soustavě.²³ V případě každé první cigarety vyvolává nikotin u kuřáků pozitivní účinky – mírnou euforii, zvýšenou energii,

¹⁹ DSM-5, str. 601

²⁰ DSM-5, str. 602

²¹ Češková, str. 168-169

²² Zhou, str. 362

²³ Kalina, str. 365

povzbuzení, snížení stresu a úzkosti a potlačení chuti k jídlu. To, že je nikotin silně návykový, tabákový průmysl popírá. V rámci šetření z 90. let 20. století se však ukázalo, že tabákový průmysl dokonce systematicky manipuluje s obsahem nikotinu v cigaretách např. tím, že využívá geneticky upravované druhy tabáku s obzvláště vysokým obsahem nikotinu.²⁴ Udává se, že heroin a kokain nezpůsobují závislost v takové míře jako nikotin.²⁵

Tabákový kouř navíc obsahuje další vysoce škodlivé látky jako je například oxid uhelnatý, který vzniká při nedokonalém spalování, ten po vstřebání do těla narušuje schopnost krve přenášet kyslík. Následky pro lidský organismus jsou pozastavení růstu nenarozeného dítěte, nízká porodní hmotnost, zvýšené riziko předčasného úmrtí zejména kvůli vzniku rakoviny plic.²⁶ Vyskytuje se zde přes 4000 dalších chemikálií (např. arzen, olovo, pesticidy, močovina, dioxiny, formaldehyd atd.), z nichž mnohé jsou karcinogenní.²⁷

Akutní intoxikace nikotinem vyvolává bizarní sny, nespavost, kolísání nálady, derealizaci, působí rušivě na výkon denních činností, provází ji také nevolnost, zvracení, pocení, či srdeční arytmie.²⁸ K smrtelnému předávkování dochází pouze výjimečně po vypití tabákového odvaru.²⁹

Závislost na nikotinu může existovat i v jiných formách než na cigaretách, i když jde o nejčastější způsob užívání nikotinu u nás. Tabákový kouř lze tedy vdechovat skrze doutníky, klasické či vodní dýmky. Všechny tyto způsoby užívání jsou víceméně podobně zdraví škodlivé, neboť při nich dochází ke spalování tabáku.³⁰

Samostatnou a velmi významnou kategorií představují elektronické cigarety a tzv. vapování nikotinu (ačkoliv některé výrobky z toho spektra cigarety ani nepřipomínají a ani nejsou elektronické). Králíková navrhuje označení **inhalační systémy nikotinu bez hoření**. Jedná se sice o jednu z forem náhradní terapie nikotinem, ale nikoliv zcela bezpečnou. Může totiž přilákat k užívání nekuřáky, děti, nebo dokonce zvýšit závislost stávajících kuřáků. V některých výrobcích byly detekovány toxické látky, ačkoliv v menší míře než v cigaretovém kouři. Výhodou na rozdíl od běžné cigarety je, že

²⁴ Zhou, str. 366

²⁵ Zhou, str. 368, Malá, str. 6

²⁶ Zhou, str. 364

²⁷ Králíková, str. 24-25

²⁸ Češková, str. 169

²⁹ Kalina, str. 366

³⁰ Králíková, str. 23-24

nedochází k hoření, nevznikají nedopalky, odpadá riziko pasivního kouření a vzniku požárů.³¹ Nicméně se patrně nejedná o bezpečnou variantu kouření, k dnešnímu dni byly dokonce zachyceny určité případy ruptury plic končící smrtí (*Vaping-associated pulmonary injury - VAPI*).³²

Bezdymný tabák je rozšířeným trendem např. ve Švédsku, kde je užíván jako tabák žvýkací (smotek) nebo porcovaný (drť v papírovém pytlíku). I tento způsob je ovšem škodlivý, i když trochu méně než kouření.³³ Další variantou užití je tzv. šňupání, kdy je nadrcený tabák vdechován nosem. I tento způsob je škodlivý a návykový.³⁴

Nejnovejším trendem zejména ve věkové skupině od 15 do 24 let jsou tzv. **nikotinové sáčky bez obsahu tabáku**. Jedná se o „moderní orální nikotinové výrobky“, obsahující nikotin bez tabáku. Vkládají se mezi horní ret a dásně a přes ústní sliznici dodávají nikotin až po dobu jedné hodiny. Na rozdíl od švédského snusu sáčky neobsahují tabák, a proto ani tabákově specifické nitrosaminy, což může dále snižovat zdravotní riziko pro spotřebitele. Užívání nikotinových výrobků je tedy méně nebezpečné než kouření, rizikem však může být udržování duálního nebo situačního užívání či užívání osobami, které na nikotinu nejsou závislé a děti.³⁵

1.3 Kouření v České republice

Na tomto místě je vhodné uvést několik statistik. Závislost na nikotinu zkracuje život polovině kuřáků průměrně o 15 let. Je příčinou každého pátého úmrtí – především v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním. Způsobuje také rakovinu a chronické plicní onemocnění.³⁶

Podle statistických údajů Státního zdravotnického ústavu publikovaných v roce 2003 v letech 1985 - 1997 klesla prevalence kuřáctví u mužů z 49 % na 37 %. Muži kouřili častěji než ženy a také vykouřili průměrně více cigaret. V České republice byla jedna pětina občanů pravidelnými kuřáky a necelá čtyři procenta byli kuřáci nepravidelní. Kouřil tedy zhruba každý čtvrtý Čech. 11 % respondentů byli bývalí kuřáci. 64 % osob

³¹ Králíková, str. 28-29

³² Více viz.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560656/>

³³ Králíková, str. 23

³⁴ Viz. článek: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/snupani-tabaku-je-stejne-nebezpecne-jako-jeho-koureni/500938>

³⁵ Zvolská, str. 137-139

³⁶ Češková, str. 169

byli nekuřáci, z toho 20 % cigaretu někdy vyzkoušelo a zbytek uvedl, že nikdy nekouřili. Pravidelní kuřáci byli nejvíce zastoupení ve skupině 45–54 let. Z hlediska rodinného stavu byl největší podíl kuřáků mezi rozvedenými a největší podíl bývalých kuřáků bychom našli mezi osobami žijícími v manželství či ovdovělými. V případě vzdělání bylo nejvíce kuřáků mezi vyučenými a nejméně u vysokoškolsky vzdělaných osob. Alarmující byla četnost kuřáků mezi dospívajícími, když ve věku mezi 13 a 15 lety kouřilo cca 35 % žáků.³⁷

Z poslední zprávy Státního zdravotnického ústavu z roku 2021 vyplývá, že kuřáci tvoří 24,4 % naší populace (od 15 let věku). Z toho 17,6 % jsou denní kuřáci a necelých 7 % jsou příležitostní kuřáci. Celoživotní nekuřáci jsou zastoupeni mezi 58,2 % populace. Bývalých kuřáků je tedy něco přes 17 %. Opět platí, že kouření více holdují muži – téměř 30 % a u žen je to 19,1 %.³⁸ Z porovnání těchto statistik vyplývá, že trend v oblíbenosti kouření v naší společnosti mírně klesá. Z průzkumu dále vyplynulo, kdy současní i bývalí kuřáci začali pravidelně kouřit. 68,9 % kuřáků začalo kouřit ve věku 15 až 19 let. Téměř 6,5 % začalo kouřit před dosažením 14 let.³⁹

Necelá třetina současných kuřáků se pokouší přestat kouřit, a to především ve skupině mladých lidí ve věku od 15 do 24 let. Nejvyšší snahu zanechat kouření mají lidé s vysokoškolským vzděláním. S doporučením od lékaře zanechat kouření (eventuelně s nabídkou odborné pomoci) se setkala cca 38 % dotázaných.⁴⁰

Jak už několikrát zaznělo, kouření je společenskou drogou, jejíž sdílení je sociální záležitostí. I proto jsou pro tabákový průmysl nejdůležitější cílovou skupinou děti a mladiství. Právě mladí lidé jsou nejvíce ovlivnitelní a náchylní pro vznik závislosti,⁴¹ což lze vyčíst i z výše uvedených statistik.

V rámci analýzy vlivu kouření rodičů na rizikové chování dětí byly zjištěny souvislosti mezi kuřáctvím rodičů a kouřením jejich potomka. U obou rodičů se projevuje významná souvislost mezi kouřením rodičů a kouřením dětí, přičemž nezáleží na pohlaví rodiče. Lze vyzorovat vliv toho, zda alespoň jeden z rodičů kouří. Zde se projevuje největší rozdíl v tom, zda je některý z rodičů kuřák, nebo jsou oba nekuřáci. Rozdíl mezi tím, zda kouří jeden či oba rodiče, je pak již nevýrazný. Největší podíl dětí, které kouří,

³⁷ Csémy (2003), str. 4-9

³⁸ Csémy (2020), str. 7

³⁹ Csémy (2020), str. 9

⁴⁰ Csémy (2020), str. 29

⁴¹ Jopp, str. 24

se objevuje u rodičů, kteří vykouří 10 až 19 cigaret denně. V případě, kdy rodič vykouří více jak 20 cigaret denně, se procento dětí, které kouří, snižuje, což je patrné především v souvislostech s kuřáctvím matky. Na ostatní projevy rizikového chování nemá kouření rodičů signifikantní vliv.⁴²

Významnou skupinu osob závislých na nikotinu najdeme mezi psychiatrickými pacienty. Statisticky kouří 2x častěji než běžná populace a jsou více závislí.⁴³ Kouření navíc zvyšuje metabolismus kofeinu. Někdy je proto dokonce nutné upravit dávky léků, protože kouření a kofein působí na metabolismus některých psychofarmak.⁴⁴

Rizikovým faktorem pro vznik závislosti na tabáku je i nízký socioekonomický status, neboť lidé s nízkým vzděláním a příjmy statisticky významně častěji kouří než lidé s vyšším stupněm vzdělání. Kouření je také hojně rozšířeno mezi bezdomovci a osobami ve výkonu trestu.⁴⁵

1.4 Prevence, diagnostika a léčba nikotinismu

Protože cílem této práce je zmapovat především fázi odvykání kouření, nebude se věnovat prevenci kouření podrobně a omezí se na prostý výčet nejúčinnějších strategií. Fakticky je ale právě efektivní **prevence** to nejdůležitější, co může společnost proti kouření učinit. Legislativní opatření by měla spočívat zejména v účinné daňové politice, zákazu reklamy na tabákové výrobky, omezování prodejných míst, povinnosti uvádět varovné nápisy a obrázky na obalech, účinné ochraně nekuřáků (př. zákaz kouření v uzavřených prostorech), omezení přístupu k cigaretám (př. zákaz prodeje mladším 18 let), podpoře vzdělávacích kampaní, školních preventivních programů, zákazu či omezení kouření ve filmu a v televizi. Zásadní je prevence přímo v rodině, vzhledem k tomu že s kouřením začínají především mladiství a děti. Je proto důležité, aby rodiče sami nekouřili, zvyšovali sebevědomí dětí, starali o jejich spokojenost, zajímali se o jejich volný čas a kamarády, opatrně upozorňovali na negativní dopady kouření a dali jim jasně najevo, že kouření není symbolem dospělosti.⁴⁶

⁴² Novotný, str. 13

⁴³ Králíková, str. 82

⁴⁴ Češková, str. 168

⁴⁵ Králíková, str. 86

⁴⁶ Králíková, str. 39-45

Diagnostika je komplexní proces, jehož výsledkem je stanovení diagnózy. V psychologii jde zejména o určení typických znaků a schopností jedince.⁴⁷ Psychologické vyšetření uživatelů návykových látek se zpravidla zabývá jejich kognitivními deficity, to se pak zaměřuje na délku a průběh drogové anamnézy, typ užívané látky, způsob užívání, výskyt psychiatrických poruch v minulosti, současnou přítomnost jiné psychiatrické poruchy, životosprávu a životní styl. Vyšetření osobnosti má potom za cíl zjistit eventuální komorbiditu s jinou psychickou poruchou nebo zvládnutými osobnostními rysy pacienta.⁴⁸

Pro stanovení míry závislosti na nikotinu se běžně používá **Fagerströmův dotazník** závislosti na nikotinu (viz. Příloha 1). Jeho vyhodnocení nemá vypovídací hodnotu pro stanovení schopnosti konkrétního jedince s odvykáním. Podle počtu získaných bodů, lze ale určit, zda se jedná o kuřáka s lehkou, střední, silnou nebo velmi silnou závislostí. I v případě lehké závislosti však může být velmi těžké s kouřením přestat.⁴⁹ Tzv. **Minnesotská škála abstinenčních příznaků** (viz. Příloha 2) mapuje intenzitu jednotlivých příznaků spojených s vynecháním cigaret již po několika hodinách.⁵⁰

Léčba závislosti na tabáku spočívá v odvykání kouření a prevenci relapsu.

Každý kuřák má na výběr z širokého spektra metod odvykání kouření, ale ani jedna z nich nezaručuje stoprocentní úspěšnost. V rámci psychiatrické terapie se při léčbě všech závislostí uplatňují tři přístupy: biologická léčba, která zahrnuje psychofarmakoterapii, tedy léčbu léky, které ovlivňují psychické funkce (dále je sem řazena např. elektrokonvulzní léčba), a dále psychoterapeutická léčba a sociální terapie.⁵¹

Podle Duška má závislost na kouření dva aspekty – psychosociální a fyzický. Psychosociální složky závislosti se může zbavit každý kuřák pouze sám, a to především díky využití technik vyplývajících z **kognitivně-behaviorální terapie** (změnou svých každodenních návyků, rituálů a automatismů). U fyzicky závislých (většinou těch, kteří vykouří alespoň 20 cigaret denně, viz. Fagerströmův dotazník) je vhodná substituční léčba nikotinem, která pomáhá zmírňovat abstinenční příznaky.⁵² Nikotinové náhražky jsou volně prodejné v lékárně a nejsou na předpis.⁵³

⁴⁷ Bělík, str. 17

⁴⁸ Češková str. 172

⁴⁹ Jopp, str. 62-63

⁵⁰ Králíková, str. 51

⁵¹ Češková, str. 57-79

⁵² Dušek, str. 2184-2186

⁵³ Češková, str. 176

Podle teorie učení je závislost naučené chování, které je umocňováno pozitivními účinky návykové látky. Každé naučené chování lze změnit či zcela vyloučit, a právě s tímto principem pracuje kognitivně-behaviorální terapie. Pomocí této terapie je klient veden k osvojení si nových vzorců chování a motivaci ke změně.⁵⁴ Jedním z přístupů KBT je tzv. racionálně emotivní (emoční) behaviorální terapie, kdy terapeut vede klienta aktivním a direktivním způsobem. Pracuje se zde s klientovým přesvědčením, které je třeba změnit a klient dostává domácí úkoly, vede si záznamy o myšlenkách a svém chování, hraje role. Další podobnou technikou je kognitivní terapie, která zdůrazňuje koncept automatických myšlenek.⁵⁵

Vstupní vyšetření u terapeuta spočívá v shromáždění základních informací o klientovi – kdy problémy začaly, jak dlouho trvají, jak často a za jakých okolností se objevují, jaké myšlenky, emoce a tělesné pocity v dané situaci klient prožíval a prožívá. Následuje podrobné vyšetření, kde je řešena rodinná anamnéza, jak klientova rodina fungovala, jaké výchovné metody byly uplatňovány a anamnéza osobní (okolnosti těhotenství, porodu a raného vývoje; adaptace na školní prostředí; koníčky; vzdělání; zaměstnání; vztahy a sexuální život; sociální zázemí). Po ukončení vyšetření je třeba formulovat problém – vytvořit jeho podrobný popis a sestavit tzv. bludný kruh, ve kterém se klient pohybuje. Jsou zde uvedeny spouštěče (rizikové situace), jejich důsledky a udržovací chování.⁵⁶ Poté lze přistoupit ke stanovení konkrétních terapeutických kroků a technik (př. kognitivní restrukturalizace, progresivní svalové relaxace, emoční reskripce, expozice).⁵⁷

Odvykáním kouření především vlastními silami se velice podrobně věnuje Andreas Jopp ve své knize *Kouřím rád, ale přestanu do 30 dní*. Vysvětluje zde, proč podle něj nefunguje strategie postupného snižování cigaret, a proč je lepší zvolit cestu radikálního rozhodnutí, kdy kuřák přestane úplně ze dne na den. Na rozdíl od Allana Carra⁵⁸, Jopp doporučuje i využití určitých forem podpůrné pomoci.⁵⁹

Hypnoterapie má za cíl otevřít přístup do nevědomí a zmobilizovat jeho sílu, Jopp uvádí, že se jedná o nejúspěšnější podpůrnou metodu k odvykání kouření, což dokazují i

⁵⁴ Kuklová, str. 37

⁵⁵ Miller, str. 57

⁵⁶ Kuklová, str. 38-43

⁵⁷ Kuklová, str. 49-61

⁵⁸ Autor bestselleru *Snadná cesta, jak přestat kouřit* z roku 1985

⁵⁹ Jopp, str. 211

nejrůznější vědecké studie. Téměř každý druhý, který se nechal sledovat a tuto metodu vyzkoušel, byl i po roce od zanechání kouření stále nekuřákem.⁶⁰

Terapie náhražkami nikotinu tedy ve formě nikotinových náplastí, žvýkaček, pastilek apod. bývá nejčastější volbou pro ty, kteří chtějí s kouřením opravdu definitivně přestat. Ne vždy je tím ovšem zaručen úspěch. Jopp uvádí, že je totiž zapotřebí vyvážená kombinace užívání náhražkových preparátů (delší užívání a vyšší dávky), což činí většině neúspěšným snaživcům potíže.⁶¹

Akupunktura naopak není příliš žádoucí metodou, ačkoliv je často prezentována jako úspěšná. Neexistují vědecké studie, které by prokázali, že tomu tak opravdu je.⁶²

Z psychofarmak vydávaných na lékařský předpis je u nás registrovaný lék Champix s účinnou látkou zvanou **vareniklin**. Tento lék statisticky třikrát více zvyšuje šanci na úspěšné odvykání. Má ovšem i vedlejší účinky, kterými mohou být bolesti hlavy, poruchy spánku, noční děsy a nevolnost.⁶³ Jeho vlivem se při zapálení cigarety nevyplaví dopamin a pocit odměny se nedostaví. Kouření pak doslova přestává chutnat.⁶⁴

Antidepressivum **buprobion** zvyšuje dvojnásobně úspěšnost při odvykání. Jeho pozitivní účinky při odvykání byly objeveny náhodou. U nás je k dostání jako lék Wellburtin a Elontril.⁶⁵ Buprobion předepisuje lékař pro léčbu závislosti na tabáku i u pacientů bez deprese.⁶⁶

Ve výčtu metod pro odvykání kouření nemůže chybět ani již zmiňovaná **elektronická cigareta**, resp. vapování nikotinu, ačkoliv zařazení do této kapitoly může být sporné vzhledem k nedostatku relevantních studií a významným negativům spojených s jejich užíváním. Nicméně se udává, že elektronické cigarety mohou pomoci s odvykáním a lze je tedy zařadit do kategorie náhradní terapie nikotinem.⁶⁷

V posledních letech se léčba závislosti na nikotinu objevuje i v souvislosti s využitím **virtuální reality**. Jejím smyslem je naučit osoby se syndromem závislosti zvládat *craving* (bažení) pomocí metody *cue-exposure therapy* (terapie pobídkami).⁶⁸

⁶⁰ Jopp, str. 213

⁶¹ Jopp, str. 234

⁶² Jopp, str. 235

⁶³ Jopp, str. 236-240

⁶⁴ Králíková, str. 69

⁶⁵ Králíková, str. 71

⁶⁶ Králíková (2015), str. 332

⁶⁷ Králíková, str. 28

⁶⁸ Levorová

Zajímavou metodou je **biorezonance**, která podle některých studií nepřináší žádné negativní vedlejší účinky a je velmi účinná. Terapie spočívá na principu, kdy se nízké elektromagnetické vlnění člověka (endogenní biorezonance) a exogenní vlnění bioaktivních látek (cigarety) shromažďuje za pomoci plochých elektrod. Vlny jsou elektronicky zesíleny a navrstveny na lidské elektromagnetické oscilační pole pro terapeutické účely.⁶⁹

V závěru této kapitoly je třeba zmínit ještě *Centra pro závislé na tabáku*, která disponují speciálně školeným personálem. V centrech je prováděna diagnostika, vyšetření a poradenství. Provádí se zde individuální i skupinové psychoterapie.⁷⁰

1.5 Projevy odvykání kouření a prevence relapsu

Odvykací stav se projevuje do 24 hodin od posledního užití tabáku a některé symptomy mohou přetrvávat týdny i měsíce.⁷¹ Odvykání od nikotinu provází spíše mírnější fyzické projevy, za to jsou velmi silné ty **psychické** – deprese, popudlivost, zoufalství, úzkost, frustrace a neschopnost koncentrace.⁷² Nejsilnějším symptomem je touha po nikotinu. Mezi **tělesné příznaky** abstinence se řadí malátnost, slabost, insomnie, silný kašel a zvýšená chuť k jídlu.⁷³ Pětina všech kuřáků a více než třetina kuřaček se proto také obává, že když přestanou kouřit, přiberou na váze.⁷⁴ Uvádí se, že většina abstinčních příznaků zmizí do jednoho měsíce vyjma touhy kouřit a zvýšené chuti k jídlu, které přetrvávají déle.⁷⁵

Relaps je běžným doprovodným jevem odvykání. Na rozdíl od recidivy (plný návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky) relaps je vnímán spíše jako uklouznutí, tedy jakékoliv porušení pravidel cílového chování (nekouření). Prevence relapsu vychází z toho, že závislý je schopen svoje závislé chování změnit. Jde o posilování sebekontroly a zvládnání rizikových situací. Relaps může sloužit jako příležitost pro zmapování konkrétních kritických situací.⁷⁶

⁶⁹ Pihtili

⁷⁰ Králíková, str. 1S11

⁷¹ Kalina, str. 366

⁷² Zhou, str. 366-367

⁷³ Češková, str. 169

⁷⁴ Jopp, str. 173

⁷⁵ Králíková, str. 51

⁷⁶ Kalina, str. 225-227

Pro prevenci relapsu je klíčové naučit se dodržovat denní režim a řád a udržovat si motivaci. Pravidelné sebe-odměňování, práce na kvalitě vztahů s blízkými, schopnost rozpoznat známky krize, to vše je třeba trénovat.⁷⁷

Nikotin prostřednictvím neuronových přenašečů podmiňuje různé běžné situace ze života a mění je ve spouštěče touhy po cigaretě. Tyto situace jsou pak pro kuřáka velmi rizikové. Mezi tři nejvýznamnější spouštěče jsou řazeny přítomnost dalších kuřáků, zlost/negativní stres/špatná nálada a alkohol. Velmi silnou asociaci mají kuřáci také spojenou s pitím kávy. Jopp uvádí pravidlo tří P, které představuje strategii pro překonání touhy po cigaretě: přemístit se, přijít na jiné myšlenky a počkat. Náhle sklouznutí se přihodí cca 70 % kuřáků, neznamená to ovšem, že musí dojít k úplné recidivě. Situaci je třeba akceptovat a začít znovu.⁷⁸

1.6 Faktory odvykání kouření

Nikotinismus je závislost, která má svá specifika. Zjištění, které faktory jsou z hlediska odvykání relevantní, je předmětem výzkumného šetření této práce. Kalina uvádí výčet významných faktorů pro léčbu závislostí obecně. Bylo vyzorováno, že většina klientů terapeutických komunit na podporu léčby závislostí má společné to, že pochází z rozpadlé rodiny, má rozvrácené rodinné zázemí a chybí sociální podpora. Cca dva ze tří klientů mají problémy se zákonem a více než dvě třetiny nemají žádné zaměstnání. Typická je komorbidita závislostí nebo dalšího psychického onemocnění. Tyto charakteristiky ovšem nemusí mít dopad na úspěšnost léčby.⁷⁹ Jako klíčové z hlediska úspěšnosti léčby se však ukazují tyto následující faktory:

- a) věk na začátku závislosti (rizikový je věk do 16 let, resp. 20 let)
- b) délka drogové kariéry (čím delší je doba užívání, tím je vyléčení obtížnější)
- c) psychopatologické komplikace (deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti jsou pro úspěšné odvykání významnou překážkou)
- d) kriminální anamnéza (trestná činnost je předpokladem neúspěšné léčby)
- e) motivace k léčbě (jedná se o jeden z nejdůležitějších faktorů)⁸⁰

⁷⁷ Kuklová, str. 129

⁷⁸ Jopp, str. 243-249

⁷⁹ Kalina, str. 293

⁸⁰ Kalina, str. 294

Lze předpokládat, že v případě nikotinu budou některé klíčové faktory podobné. Na základě výše uvedeného lze pro účely této práce faktory odvykání kouření rozdělit do větších kategorií: v prvním okruhu budou zkoumány faktory **osobnostní**, zejména typologie osobnosti, věk na začátku závislosti na tabáku, délka doby užívání tabáku, komorbidita s psychiatrickým případně somatickým onemocněním, vnitřní motivace kuřáka. Druhou oblastí je **vliv prostředí** na úspěšnost odvykání kuřáka, zejména jeho rodinné zázemí, profesní a sociální podpora. V poslední kategorii bude pozornost věnována konkrétním **životním situacím**⁸¹ kuřáka, kdy zde půjde zejména o jeho vnější motivaci k zanechání kouření a vliv významných či náročných událostí v jeho životě.

Osobností se zde myslí psychická individualita jedince, jeho odlišnost od ostatních jedinců. Osobnost je podle Cattella to, co působí individuální rozdíly mezi lidmi.⁸² Osobnost člověka lze zkoumat různými způsoby. Psychologové k tomu využívají techniky jako je systematické pozorování, posuzovací škály, analýza spontánních výtvorů, dotazníky a testy. Nejzákladnější metodou je rozhovor, kdy se probouzí přirozená lidská touha svěřit se druhému.⁸³ V této práci se pokusím formou rozhovoru zjistit základní osobnostní rysy respondentů tak, že jim budu klást otázky, které vychází z teorie pětifaktorového modelu osobnosti. Tento model popisuje strukturu osobnosti pomocí pěti následujících charakteristik: otevřenost vůči zkušenosti (*openness to experience*), svědomitost (*conscientiousness*), extravertze (*extraversion*), přívětivost (*agreeableness*) a neuroticismus (*neuroticism*).⁸⁴

Kraus definuje **prostředí** jako prostor, objektivní realitu, tedy vše, co existuje kolem nás, nezávisle na našem vědomí.⁸⁵ Prostředí lze dále kategorizovat podle různých kritérií. Pro účely této práce bych se zaměřila zejména na tyto typy prostředí: rodinné, profesní a společenské.

V roce 1967 američtí psychologové Holmes a Rahe sestavili tabulku **životních událostí** a ke každé z nich přiřadili určitý počet bodů od 11 po 100. Tabulka (viz. Příloha 3) je uplatňována při hodnocení míry stresu, resp. zátěže na zdravotní stav jedince. Pokud člověk během posledních dvaceti měsíců nasbírá zkušenosti přesahující 350 bodů, existuje vysoký předpoklad, že se u něj objeví psychické či fyzické onemocnění.⁸⁶

⁸¹ Bělík, str. 53

⁸² Říčan, str. 13-14

⁸³ Říčan, str. 33

⁸⁴ Hřebíčková, str. 9-11

⁸⁵ Kraus, str. 66

⁸⁶ Honzák, str. 44

Protože se jedná o inventář typických životních situací, domnívám se, že je vhodné jej využít i při vyhodnocování výzkumného šetření v této práci.

Motivace je hybná síla chování jedince.⁸⁷ Jednu z nejznámějších teorií motivace představil Abraham Maslow ve své knize *Motivace a osobnost* z roku 1954. V této knize Maslow hierarchizoval základní lidské potřeby od nejnižších po nejvyšší a tyto potřeby uznává jako motivační síly každého jedince.⁸⁸ Na spodní úrovni se nachází čtyři „nedostatkové“ nejzákladnější potřeby: 1. fyziologické (např. potrava, spánek), 2. bezpečí (zdraví, přístřeší), 3. lásky (přijetí, přátelství) a 4. sebehodnocení (úspěch, uznání); na vyšší úrovni se pak vyskytují potřeby růstové: 5. kognitivní (poznání, chápání), 6. estetické (krása, řád), 7. sebeaktualizace (naplnění vlastního potenciálu) 8. sebe-transcendence (pomoc druhým, duchovní přesah).⁸⁹ Kuklová definuje motivaci jako připravenost ke změně a touhu po ní. Uvádí, že nekonfrontační přístup v terapii zvyšuje u většiny klientů ochotu ke změně, naopak přímá konfrontace mnohdy vytváří silný odpor. Klienta je tedy třeba podporovat v jeho snaze o změny, oceňovat a pracovat s odměnami. V případě relapsu je třeba jej motivovat k dalšímu pokusu. Nemělo by docházet k přílišnému sebeobviňování, pak by totiž mohl klient svoji motivaci ztratit.⁹⁰ Millerová zase uvádí, že lidé mají tendenci se změnit kvůli tomu, co mají rádi.⁹¹

⁸⁷ Říčan, str. 95

⁸⁸ Říčan, str. 111-112

⁸⁹ Collin, str. 138

⁹⁰ Kuklová, str. 64-66

⁹¹ Miller, str. 285

2 Vybrané faktory odvykání kouření

Druhá praktická část této bakalářské práce se věnuje výsledkům empirického výzkumného šetření, které bylo provedeno v průběhu měsíce března roku 2023. Jedná se o smíšený výzkum tedy o kombinaci kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru a kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

V úvodu je predestřen cíl výzkumného šetření, dále hlavní výzkumná otázka a dvě dílčí výzkumné otázky. Následně jsou výzkumné otázky převedeny do dílčích tazatelských otázek. Poté je podrobně popsána metoda sběru dat a vybraného výzkumného vzorku. V další kapitole je souhrn výsledků provedeného smíšeného výzkumu. V závěru se nachází diskuse, která analyzuje a syntetizuje zjištěná data a pokouší se o vyvození určitých obecně platných tvrzení, a to v návaznosti na poznatky uvedené v teoretické části této práce.

2.1 Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky, výzkumné metody

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, které faktory jsou rozhodující pro úspěšné zvládnutí odvykání kouření. Následující tabulka ukazuje hlavní výzkumnou otázku (HVO) a dále dvě dílčí výzkumné otázky (DVO):

HVO	Jaké jsou nejdůležitější faktory pro úspěšné odvykání kouření a které faktory nejvíce předurčují k neúspěchu ve snaze trvale přestat kouřit?
DVO1	Jaké faktory mají největší vliv pro úspěšné odvykání kouření?
DVO2	Které faktory nejvíce předurčují neúspěch při pokusu o odvykání kouření?

Výzkumné otázky byly přeměněny do následujících 16-ti tazatelských otázek (TO):

Indikátor	TO1. Kolik Vám bylo let, když jste začal/a kouřit?
Osobnost	Otázka zkoumající věk na začátku závislosti. Více viz. str. 16 a 22 této práce.

Indikátor	TO2. Co vás vedlo k tomu, že jste začal/a kouřit?
Osobnost, životní situace, prostředí	Otázka směřující k širším okolnostem začátku závislosti.

Indikátor	TO3. A Jak dlouho už kouříte?
	TO3. B Jak dlouho jste kouřil/a než jste úplně přestal/a?
Životní situace	Otázka směřující k délce doby užívání tabáku. Více viz. str. 22.

Indikátor	TO4. Léčíte se s nějakými zdravotními či psychiatrickými problémy?
Osobnost	Otázka směřující na komorbiditu. Více viz. str. 16.

Indikátor	TO5. Jak byste sám/a sebe popsal/a?
Osobnost	Otázka směřující na osobnost. Více viz. str. 22, 23

Indikátor	TO6. Jak a v jaké míře se vyrovnáváte s psychickou zátěží?
Osobnost	Otázka směřující na neuroticismus. Více viz. str. 23

Indikátor	TO7. Do jaké míry jste společenský/á, aktivní a energický/á?
Osobnost	Otázka směřující na extroverzi. Více viz. str. 23

Indikátor	TO8. Do jaké míry jste otevřený/á vůči novým zkušenostem?
Osobnost	Otázka směřující na otevřenost vůči zkušenosti. Více viz. str. 23

Indikátor	TO9. Do jaké míry jste přívětivý/á vůči druhým lidem?
Osobnost	Otázka směřující na přívětivost. Více viz. str. 23

Indikátor	TO10. Do jaké míry plníte svoje povinnosti?
------------------	--

Osobnost	Otázka směřující na svědomitost. Více viz. str. 23
----------	--

Indikátor	TO11. Jak byste popsal/a Vaše rodinné zázemí a jeho vliv na vaši snahu přestat kouřit?
Prostředí	Otázka směřující na vliv rodiny na kouření. Více viz. str. 22, 23

Indikátor	TO12. Jak byste popsal/a prostředí Vašeho zaměstnání a jeho vliv na vaši snahu přestat kouřit?
Prostředí	Otázka směřující na vliv prostředí práce nebo zaměstnání na kouření. Více viz. str. 22,23

Indikátor	TO13. Jaký vliv mají Vaši přátelé na Vaši snahu přestat kouřit?
Prostředí	Otázka směřující na vliv přátel na kouření. Více viz. str. 22, 23

Indikátor	TO14. A Proč chcete přestat kouřit? Co Vás motivuje?
	TO14. B Proč jste chtěl/a přestat kouřit? Co Vás motivovalo?
Životní situace	Otázka směřující k motivaci. Více viz. str. 22-24

Indikátor	TO15. Vedla vás k rozhodnutí přestat kouřit nějaká významná životní událost nebo výrazná změna?
Životní situace	Otázka směřující k životní situaci ovlivňující rozhodnutí přestat kouřit. Více viz. str. 23

Indikátor	TO16. A Co je podle vás hlavní důvod, proč s kouřením nemůžete přestat?
	TO16. B Jak se vám podařilo přestat kouřit? Zvolil/a jste nějakou podpůrnou metodu?

Osobnost, prostředí, životní situace	Otevřená otázka. Více viz. str. 18-20
--	---------------------------------------

Zároveň každý respondent, který v současnosti stále aktivně kouří a zatím se mu nepodařilo úplně přestat, byl vyzván k vyplnění Fagerströмова dotazníku (viz. příloha 1) a Minnesotské škály abstinenčních příznaků (viz. příloha 2). Smyslem dotazníkového šetření bylo zjistit míru závislosti respondenta na tabáku (indikátor míra závislosti) a intenzitu konkrétních abstinenčních příznaků ve fázi, kdy realizuje své rozhodnutí nekouřit v souvislosti k úspěšností s odvykáním na tabáku (indikátor abstinenční příznaky).

Jednotlivé otázky vycházející z Fagerströмова dotazníku:

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
Otázka směřuje k tomu, do kolika minut po probuzení si musí respondent zapálit svou první cigaretu. Třemi body je hodnocena odpověď za a) do 5 minut, dvěma body odpověď za b) za 6-30 minut, jedním bodem odpověď za c) za 31-60 minut, nula body odpověď za d) po 60 minutách.

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
Otázka zjišťuje, zda je pro respondenta obtížné nekouřit v místech, kde není kouření povoleno. Kladná odpověď je hodnocena jedním bodem. Záporná nula body.

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?
Otázka směřuje k potřebě první cigarety. Jedním bodem je hodnocena odpověď za a) první ráno, nula body odpověď za b) kteroukoliv jinou.

4. Kolik cigaret denně kouříte?
Otázka se zabývá kvantitativní stránkou kouření tj, k průměrnému množství vykouřených cigaret za den. Odpověď za a) 0-10 je hodnocena 0 body, odpověď za b)

11-20 je hodnocena 1 bodem, odpověď za c) 21-30 je hodnocena 2 body a za d) 31 a více je hodnocena 3 body.

5. Kouříte častěji během dopoledne?

Otázka směřuje na potřebu kouřit během dne. Kladná odpověď je hodnocena jedním bodem. Záporná nula body.

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

Otázka se zabývá nutností kouřit i v případě, kdy je respondent fyzicky indisponovaný. Kladná odpověď je hodnocena jedním bodem. Záporná nula body.

Minnesotská škála abstinenčních příznaků obsahuje následující symptomy, které se objevují do 24 hodin, když závislý na tabáku přestane kouřit. Respondenti mají za úkol vyplnit míru intenzity (hodnocení od 0 do 4) projevů, které se u nich objeví, když se pokusí nekouřit:

1.	Zlost, podrážděnost	0 1 2 3 4
2.	Úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
3.	Špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
4.	Touha kouřit	0 1 2 3 4
5.	Obtížné soustředění	0 1 2 3 4
6.	Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
7.	Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
8.	Neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
9.	Netrpělivost	0 1 2 3 4
10.	Zácpa	0 1 2 3 4
11.	Závratě	0 1 2 3 4
12.	Kašel	0 1 2 3 4
13.	Neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4

- | | | |
|-----|---------------|-----------|
| 14. | Nevolnost | 0 1 2 3 4 |
| 15. | Bolení v krku | 0 1 2 3 4 |

2.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumný soubor tvořili kuřáci bojující se závislostí na tabáku nebo bývalí kuřáci, kteří nad ní úspěšně vyhráli. Výzkumného šetření se zúčastnili celkem 4 respondenti, všichni byli záměrně vybráni z okruhu osob v mém blízkém okolí, o kterých bezpečně vím, že intenzivně a dlouhodobě kouří a přejí si přestat, nebo těch, kteří v minulosti kouřili a přestat se jim úspěšně podařilo. Všichni sledovaní jedinci souhlasili s účastí ve výzkumu, všichni byli srozuměni s tím, že jejich data budou anonymizována. Nejstaršímu respondentovi bylo v době šetření 60 let a nejmladšímu 36 let. Průměrný věk dotazovaných je 44 let. Pro přehlednost uvádím konkrétní data v následující tabulce:

Tabulka č. 1 – přehled respondentů

kód	pohlaví	věk	vzdělání	Kouří/přestal	Výsledek F. dotazníku
R1	muž	42	ZŠ	kouří	5 b. – střední závislost
R2	muž	60	VŠ	přestal	N/A
R3	muž	38	VŠ	kouří	7 b.– vysoká závislost
R4	žena	36	SŠ	kouří	0 b. – velmi nízká závislost

Instrumenty – jako výzkumná metoda byl zvolen strukturovaný rozhovor o 16 otázkách, z nichž tři otázky jsou alternativní v závislosti na tom, zda respondent aktivně kouří nebo již úspěšně přestal (otázka č. 3, 14 a 16). Respondenti, kteří doposud kouřit nepřestali nebo kouří elektronickou cigaretu byli navíc požádáni o vyplnění Fagerströмова dotazníku a Minnesotské škály abstinence příznaků.

Procedura – data byla získávána v průběhu měsíce března 2023 rozhovorem tváří v tvář, což se obešlo bez jakýchkoliv významných komplikací. Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Následně byla data přepsána do digitální podoby. Před samotným zahájením bylo nutné participanty ujistit, že souhlasí s využitím jejich informací do výzkumného šetření. Z každého rozhovoru byl pořízen digitální záznam, zde byl rovněž nutný souhlas účastníka. Všichni respondenti byli vyzváni, aby odpovídali, pokud možno

široce, nikoliv pouze jednou větou. Fagerströmův dotazník a Minnesotská škála abstinčních příznaků byly vyplněny vždy ručně na místě v papírové podobě a přiřazeny k příslušnému záznamu rozhovoru, a jak již bylo řečeno dotazník a škálu vyplňovali pouze stávající kuřáci.

V průběhu dotazování byl zásadní přístup k osobě, které byly kladeny otázky a také přístup k obsahu jejího sdělení. Bylo nutné dotazovaného motivovat, a zároveň jej neodradit například tím, že by jakýmkoliv způsobem byly hodnoceny jeho odpovědi. Je třeba zůstat neutrální po celou dobu rozhovoru, a zároveň podněcovat k sdělení dalších relevantních poznatků.⁹²

Analýza dat – doslovně přepsané údaje byly pomocí axiálního kódování začleněny podle indikátorů. Tři indikátory – *osobnost, prostředí a životní situace*, vyplývají z výše uvedeného rozdělení v kapitole Faktory odvykání kouření. Další dva indikátory vychází z Fagerströмова dotazníku a Minnesotské škály – *míra závislosti a abstinční příznaky*. V získaných datech byly vyhledávány společné a odlišující prvky.⁹³ Pro ilustraci jsou zde uvedeny doslovné citace rozhovorů. S cílem zachovat systém a přehlednost jsou v textu konkrétní odpovědi označeny zkratkami R1 až R4, tak aby hledání souvisejících informací bylo jednodušší.

2.3 Výsledky šetření

TO1: Na první otázku **Kolik Vám bylo let, když jste začal/a kouřit?** týkající se věku respondenta na začátku jeho závislosti odpověděli všichni dotazovaní velmi podobně. Všichni začali kouřit už před 18. rokem.

„První zkušenost jsem nabyl v 16 letech a pravidelně jsem začal kouřit tak v 18 letech.“ R1,

„Poprvé asi tak ve 14 a pravidelně v 17.“ R2

Poslední dva dokonce ještě před 15. rokem:

„Bylo to někdy ve třinácti.“ R3

„Bylo mi třináct.“ R4

⁹² Hendl, str. 167

⁹³ Hendl, str. 248

TO2: Na druhou otázku, **Co vás vedlo k tomu, že jste začal/a kouřit?** směřující k okolnostem začátku závislosti odpovídali dotazovaní také v podobném duchu. Všichni dotazovaní začali kouřit pod vlivem či tlakem svých vrstevníků:

„Přišlo mi to zajímavé, tajné, myslel jsem si, že jsem něco víc. Poznání neznámého. Pozoroval jsem na dospělých, jak kouří. V mém bydlišti si soused schovával cigarety před manželkou a s kamarádem jsme si asi tři cigarety tajně vzali. Voněly mi i jako ještě nezapálené.“ R1,

„Připadalo mi to zajímavý. Poprvé jsem si zapálil s kámošema. Protože to byla součást mladé kultury. Byl to symbol vzdoru. Byl to symbol hustých týpků.“ R2

„Asi jako většinu ostatních, v té době jsme s tím experimentovali a nechtěl jsem v rámci party zůstat pozadu, tak jsem taky začal kouřit...no a postupně se z frajerství stala závislost.“ R3

Nejinak tomu bylo i u poslední respondentky, ta ovšem uvedla jako další relevantní okolnost skutečnost, že se také kouřilo v její rodině. *„Vliv společnosti, spolužáci, doma kouřili všichni, takže ten rodinný faktor tam byl taky, a hlavně ten přístup k tomu. V rámci začlenění do kolektivu se mi to líbilo.“* R4

Lze shrnout, že cigareta byla pro respondenty v počátcích jejich kouření na jedné straně symbolem vzdoru, na druhé straně symbolem začlenění do kolektivu – subkultury kuřáků.

TO3: Třetí otázka **Jak dlouho už kouříte nebo jak dlouho jste kouřil/a než jste úplně přestal/a?** směřující k délce doby užívání tabáku. Nejdéle závislý je podle výsledků rozhovorů respondent R3, který uvedl, že kouří 25 let: *„Od třinácti let, to znamená, že dnes je to nějakých 25 let, co kouřím. Poprvé se mi podařilo přestat kouřit asi na rok, to bylo někdy, když mi bylo asi 20, čili po sedmi letech kouření. Před třemi lety jsem přešel na nahříváný tabák (Iqos) a od té doby používám pouze toto, klasické cigarety jsem tímto úplně nahradil.“* R3

Hned poté je R1, který kouří 23 let, *„Měl jsem rok pauzu, ale kouřím už 23 let.“* R1.

Následuje R2: *„Přestal jsem ve 36, takže jsem kouřil asi 19 let.“* R2

Nejkratší kuřáckou kariéru uvedla R4, která celkově kouří 10 let: *„Přestala jsem, jenom když jsem byla těhotná, po 7 letech, paradoxně na pět let. A pak po nástupu do*

práce jsem začala kouřit znova. A pak už ani jednou. Klasický cigarety jsem kouřila 8 let a teď jedu druhým rokem elektronický.“ R4

TO4: Čtvrtá otázka **Léčíte se s nějakými zdravotními či psychiatrickými problémy?** směřující na komorbiditu závislosti s nějakými dalšími obtížemi. Vyjma R4, která vyloučila jakékoliv zdravotní i psychické problémy, dotazovaní uvedli, že řeší problémy především zdravotní – obezitu, laryngitidu, krevní tlak a alergii. R1 přiznal i problémy psychického rázu, když uvedl, že trpí úzkostí.

„Obezita. Nově mám chronickou laryngitidu. Trpím i úzkostí.“ R1

„Léčím se s vysokým krevním tlakem“. R2

„Léčím se pouze se sezónní alergií, žádné psychiatrické problémy nemám.“ R3

„Ne“ R4

TO5: Pátá otázka **Jak byste sám/a sebe popsal/a?** je otázka směřující k tomu, aby respondent poskytl pohled na svoji osobnost z vlastní perspektivy. Krom prvního dotazovaného R1 to byl pro respondenty velmi náročný úkol. Většina dotazovaných považovala tuto otázku za obtížnou. Sdělené povahové rysy a vlastnosti se shodovaly s tím, co bylo následně uvedeno v odpovědích na rozšiřující otázky směřující k osobnosti.

„Snažím se být důvěřivý, chápající, ale vím, že někdy druhým zbytečně radím. Jsem přemýšlivý. Rád druhým pomáhám. Nesnáším lež a rád to podkládám fakty i zpětně.“ R1

„Nevím. Jsem bývalý básník. Nevím, jaká jsem povaha. Nejsem moc společenský, ale společnost mi nevadí.“ R2

„Těžká otázka, takovým se vždy snažím vyhybat, ale zkusím...jsem člověk, co má rád klid a pořádek a když věci fungují. Když nefungují, snažím se nějak rozumně a klidně najít řešení, aby fungovaly. Pokud něco nejde napravit, jdu od toho, nemám v sobě tu urputnost a vytrvalost, abych vynakládal energii na něco, co nemusí vyjít. Jsem hodně nekonfliktní, raději ustoupím. Jsem ale dost pedant a když už něco dělám, chci to udělat pořádně, a hlavně totéž vyžadují po ostatních (zejména podřízených, ale i partnerce), ale často narážím. Velký problém mám s empatií, někdy si říkám, že jsem hodně cynický a indifferenční, neumím moc dávat najevo některé emoce a taky je těžko rozeznávám u ostatních. Nemám rád domněnky, nejraději potřebuji vše narovinu a jasně, ale málokdy se mi toho dostává. Jsem poměrně introvertní a samotář, nemám rád velkou společnost.

Jsem poměrně líný člověk a dost těžko hledám motivaci k tomu, abych se pustil do něčeho nového.“ R3

„Sama sebe, to je složitý. Jsem tvrdohlavá, cílevědomá, když si něco umanu, tak jdu těžce zatím. Mám ráda pořádek. Ať už v práci nebo doma. Dodržuji pravidla, držím se jich a řídím se jimi. Dokážu být cholerik a neurotik. Když se mi něco nelíbí nebo někdo ty pravidla poruší, tak dokážu být až neurotická.“ R4

TO6: Šestá otázka **Jak se vyrovnáváte s psychickou zátěží?** je otázka směřující na neuroticismus. Neuroticismus je charakterová vlastnost, která rozlišuje osoby náchylné k psychickému vyčerpání a obtížně zvládající zátěž od těch, kteří jsou vyrovnaní a odolní vůči psychickému vyčerpání.⁹⁴ Podle uvedených odpovědí je právě neuroticismus typickou vlastností participantů tohoto výzkumného šetření. Pouze respondent R2 vykazoval spíše klidnou povahu.

„Potřebuji se stáhnout, separovat se od lidí, odpočívat, spát, někdy pomáhá jídlo, cigarety, samota a je mi nepříjemné, když mám cokoli řešit. Pasivní odpočinek“. R1

„Třeba si zahraju počítačovou hru. Ve volných chvílích si čtu knížky nebo sleduju filmy, nebo si pustím hudbu. Nebo rád zajedu k moři.“ R2

„Psychickou zátěž obecně dost těžko snáším a vždy se snažím se jí nějak zbavit. Pokud je to zátěž dlouhodobá, tak se asi dokážu do určité míry adaptovat a otupět. Někdy toto otupění právě může působit tak, jak jsem říkal u předchozí otázky – můžu působit cynicky...“ R3

„Záleží na tom jakou. V zaměstnání umím hodit práci za hlavu a užít si volno. Ale co se týká stresu v rodině, tak mi to trvá dlouho, než se s tím popasuju. Co se týká dětí tak je to nejtěžší. Záleží na tom, jaká to je psychická zátěž. Třeba v rodině. Jedině s tím se hodně špatně smírju. Manžel mi brzy pracovně odjede a já zůstanu na tři roky sama. Mám až záchvaty paniky, že to nezvládnou. Ale na druhou stranu věřím, že to zvládnou. Rodinná zátěž je to nejtěžší.“ R4

TO7: Sedmá otázka **Do jaké míry jste společenský/á, aktivní a energický/á?** směřuje na extroverzi, což je vlastnost, kterou charakterizuje kvantita interpersonálních

⁹⁴ Hřebíčková, str. 11

interakcí, úroveň aktivace a stimulace.⁹⁵ Respondenti R1 a R4 vykazovali spíše rysy extravertní povahy, R2 a R3 spíše introvertní.

„Záleží na situaci, ale jsem společenský velmi, optimistický. Často vyhledávám společnost druhých lidí. Rád žasnu.“ R1

„Viz. výše. Moc aktivní a energický nejsem. Musí mě něco zaujmout, pak jsem energický. Ale to není zas tak moc často.“ R2

„Umím být společenský, ale nevyhledávám společenské příležitosti, protože moc nemám rád běžné společenské interakce. Aktivní a energický dokážu být ve věcech, pro které se nadchnu a vidím v nich smysl, ale opět obecně moc aktivní člověk nejsem.“ R3

„Já si myslím, že do velké míry. Ve společnosti jsem ráda, a obklopuji se lidmi, kterým věřím a znám je osobně, v žádném případě sociální sítě a takhle. To je pro mě důležitý a snažím se to naučit i děti. Pracuju s lidmi, setkávám se s lidmi v různých postaveních. Ráda jsem v jejich společnosti. Ráda jezdím na konference i na srazy, pokud mi to čas i děti dovolí. Společnost si vybírám. Musím.“ R4

TO8: Osmá otázka je Do jaké míry jste otevřený/á vůči novým zkušenostem? Otázka směřující na otevřenost vůči zkušenosti, zjišťuje aktivní vyhledávání nových zkušeností, prožitků, toleranci neznámého.⁹⁶ Na jedné straně se jedná o osobnosti konvenční a pragmatické, na opačném pólu jsou jedinci zvědaví, kreativní a originální. Respondenty R1 a R4 lze považovat za tzv. otevřené hlavy a R2 a R3 spíše za konzervativní jedince.

„Jak v které situaci. Pokud je to bezpečné, tak jsem zvědavý.“ R1

„Jsem spíš konzervativní.“ R2

„Opět je to podobné. Pokud mám pocit, že ta nová zkušenost mi bude prospěšná, tak jsem poměrně otevřený. Ale že bych za každou cenu musel vše vyzkoušet, to rozhodně ne.“ R3

„Určitě hodně. Ráda vstřebávám nové informace. Učím se novým věcem. Zdokonaluji se v práci. Když mě někdo poradí, tak se tím řídím.“ R4

⁹⁵ Hřebíčková, str. 11

⁹⁶ Hřebíčková, str. 11

TO9: Devátá otázka **Do jaké míry jste přívětivý/á vůči druhým lidem?** se týká přívětivosti. Jedná se o charakteristiku, která určuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech a v chování.⁹⁷ Není úplným překvapením, že téměř všichni dotazovaní se považují za přívětivé osoby, krom některých výjimek v určitém typu situací.

„Řekl bych, že jsem hodně přívětivý. Raději laskavě, pokud mi ten druhý nechce nějakým způsobem sám něco nutit, tak jsem laskavý. Když tomu tak není, tak se snažím asertivně odmítnout a pokud to nefunguje, tak odcházím nebo se rozpálím do běla.“ R1

„Snažím se být přívětivý, ale někdy mi to nejde. Třeba v přeplněném vlaku mi to nejde, tam jsem vystresovaný.“ R2

„Myslím, že jsem poměrně přívětivý člověk, ale jakmile mi někdo nasedne, tak nemám tendenci mu pomáhat nebo být vstřícný jen proto, že se to třeba společensky hodí. Samozřejmě jsou případy, kdy to musím překonat, například v rodině nebo u kolegů v práci, ale nedělá mi to dobře, musím se přetvařovat.“ R3

„Já jsem tak přívětivá, jak jsou lidé přívětiví ke mně. Pokud někdo zaujme negativní postoj, tak nemůže čekat, že budu přívětivá. V práci být musím. jsem zdravotní sestra a dělám na jednotce intenzivní péče. V soukromí, když se někdo chová slušně, tak se taky chovám slušně.“ R4

TO10: Desátá otázka **Do jaké míry plníte svoje povinnosti?** směřuje na míru svědomitosti nebo také míru motivace a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování. Odlišuje spolehlivé na sebe náročné lidi od těch, kteří jsou lhostejní a nedbalí.⁹⁸ I zde výsledky rozhovoru ukázaly, že respondenti sami sebe považují za spíše spolehlivé a pečlivé osobnosti.

„Myslím, že jsem spíše zodpovědný.“ R1

„Snažím se plnit své povinnosti, přinejmenším do nezbytné míry.“ R2

„Někdy mám problém s time-managementem a stanovením priorit, když se sejde více povinností najednou, ale pracovní i osobní povinnosti si plním řekl bych velmi dobře.“ R3

⁹⁷ Hřebíčková, str. 11

⁹⁸ Hřebíčková, str. 11

„Do maximální míry. Byt si to každý třeba nemyslí, ale dělám pro to maximum“. R4

TO11: Jedenáctá otázka **Jak byste popsal/a Vaše rodinné zázemí a jeho vliv na vaši snahu přestat kouřit?** se zaměřuje na vliv rodiny na odvykání kouření. Ze všech typů prostředí bylo rodinné prostředí vyhodnoceno, jako nejdůležitější ve vztahu k abstinenci kouření.

„Cítím velký vliv. A je to zásadní problém, protože nemám adekvátní podporu. Každý mi jen říká, ať přestanu, doma nikdo nekouří. Ve chvíli, když zkusím nekouřit a začnu být nervózní, mé okolí neumí zklidnit situaci, naopak ji vyostřuje a já většinou podlehnu a koupím si cigarety.“ R1

„Inspirativní. Rodina mě inspirovala k tomu přestat kouřit. Nechtělo se mi totiž chodit na balkon kouřit, když byla zima. Dříve se kouřilo všude normálně, ale dneska kouří už jen zoufalci. Je to těžký, všude je to zakázaný, takže se dá kouřit jen venku, a navíc je to hrozně drahý.“ R2

„Žiju sám a nejbližší rodinu vidám několikrát do roka, takže jejich vliv na moje kouření je minimální. Matka je sama kuřačka, a proto mou závislost víceméně chápe a otec je nekuřák, ale v podstatě mi nekecá do toho, jak žiju a co dělám...“ R3

„Rodinné zázemí. Jsem podruhé vdaná. S manželem máme dohromady čtyři děti. Mámě oba děti v pubertálním věku, tam přestat kouřit se prostě nedá. Nejstarší dcera dělá příjímačky na SŠ. Taky řeším problém s tím, že má poruchu příjmu potravy se sklony k sebepoškozování.“ R4

Zde mne velmi zaujala skutečnost, že kromě pozitivní motivace u dotazovaného R2, který svoji rodinu považoval za inspiraci pro nekouření, uvedli dva respondenti, že rodina je pro ně spíše stresující faktor, který jejich závislost na cigaretách více zhoršuje.

TO12: Dvanáctá otázka **Jak byste popsal/a prostředí Vašeho zaměstnání a jeho vliv na vaši snahu přestat kouřit?** se týká vlivu pracovního prostředí na odvykání kouření. R1 považuje tento vliv za neutrální: *„Myslím, že je to neutrální. Myslím, že se tím nikdo moc nezabývá. I když všichni vědí, že přestat by bylo dobré a správné. V zaměstnání se kouří málo, většina zaměstnanců nekouří.“*

R2 zdůrazňuje pozitivní vliv rodiny a negativní vliv právě pracovního prostředí. *„Já, když jsem přestal kouřit, tak jsem přestal v kuřáckém prostředí, takže to spíš kouření“*

podporovalo, bylo to intelektuální prostředí, díky této droze jsme spřádali vize. K tomu přestat mě inspirovala rodina.“ R2

„V práci máme několik kuřáků a oficiálně zřízená místa pro kouření, takže mě to v kouření nijak zvlášť neomezuje. Máme na nástěnce nějaké programy pro odvykání kouření, ale moc to nesleduju.“ R3

„To je asi to samý. Je to stresový, psychicky zatěžující, fyzický náročný. A někdy jít na tu cigaretu je únik z toho všeho. Nemám rituální kafe a cigáro.“ R4

Vliv pracovního prostředí tedy patrně podle uvedených odpovědí není natolik relevantní pro stávající kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit.

TO13: Třináctá otázka Jaký vliv mají či měli Vaši přátelé na Vaši snahu přestat kouřit? směřující na vliv přátel na odvykání kouření. Na rozdíl od pracovního prostředí je prostředí přátel a vrstevníku podstatně silnější, o čemž vypovídá už jen skutečnost, že většina dotazovaných původně začala kouřit pod vlivem party. Obdobně je to pak s vlivem na abstinenci.

„Pozitivní. Něktěrym se to samo podařilo přestat kouřit. Někteří z mých přátel kouří, ale stýkám se i s nekuřáky.“ R1

„Neutrální. Oni spíš kouřili, než nekouřili.“ R2

„Mezi přáteli mám kuřáků čím dál méně (obecně jich v mé společenské bublině ubývá) a často se setkávám spíše s poznámkami a komentáři k mému kouření, takže z této strany cítím docela tlak na to, abych kouřit přestal.“ R3

„Pokud to jsou nekuřáci, tak v jejich přítomnosti nekouřím, ale když sedím ve společnosti, kde se kouří, tak si taky dám.“ R4

TO14: Čtrnáctá otázka Proč chcete (nebo jste chtěl/a) přestat kouřit? Co Vás motivuje či motivovalo? směřující k motivaci. Jak již bylo řečeno motivace je klíčová, v souvislosti s kuřáctvím je vždy na mysli negativní vliv na zdraví a zdravý vývoj dětí.

„Zdraví, peníze, malý syn, zápach.“ R1

„Strach o moje zdraví. Děti a rodina“ R2

„Momentálně nemám snahu přestat kouřit, protože mě to neomezuje ani finančně, ani zdravotně a vzhledem k tomu, že žiju sám, tak tím ani já nikoho neomezuju. Nicméně

pokud někdy ta snaha bude, tak nejspíš kvůli zdravotním aspektům. Dovedu si představit, že bych výrazně kouření omezil kvůli partnerce. Přestože mám lékařské vzdělání a dobře si uvědomuju škodlivost kouření, tak toto pro mě rozhodně není důvod pro to, abych s tím přestal. Tak nějak si i vnitřně odůvodňuju, že přechodem na Iqos jsem riziko spojené s kouřením hodně snížil a že toto užívání nahřívaného tabáku už není zdaleka tak škodlivé, jako klasické cigarety.“ R3

„Poprvé kvůli těhotenství, to jsem přestala hned. Když jsem se pokoušela přestat, asi proto kvůli dětem, kvůli tomu, jak člověk působí na okolí a jak působí na společnost. Chtěla jsem být lepší, když všichni kouří, ale nepovedlo se. Stresové záležitosti byly silnější.“ R4

TO15: Patnáctá otázka Vedla vás k rozhodnutí přestat kouřit nějaká významná životní událost nebo výrazná změna? směřující k životní situaci ovlivňující rozhodnutí přestat kouřit. Rozhodnutí přestat kouřit je často podmíněno zásadní životní situací – narozením dítěte nebo naopak smrtí člena rodiny. R3 přechodem na elektronickou cigaretu žádnou vnitřní motivaci nepociťoval, jak dále vyplývá i z jeho odpovědi na otázku č. 16.

„Narození syna, zhoršující se zdraví, větší potřeba financí pro rodinu a bral bych to jako prostředek k uplatnění svých cílů.“ R1

„Tenkrát měl otec zdravotní problémy – rakovinu. To mě k tomu taky vedlo.“ R2

„Když jsem kdysi ve 20 letech přestal kouřit, tak to byla vlastně sázka, nebyla tam žádná jiná vnitřní ani vnější motivace nebo spouštěcí událost.“ R3

„Těhotenství a vliv na děti.“ R4

TO16: Šestnáctá otázka Jak se vám podařilo přestat kouřit? Zvolil/a jste nějakou podpůrnou metodu? Nebo Co je podle vás hlavní důvod, proč s kouřením nemůžete přestat? je otevřená (bez indikátoru). Ukazuje se, že hlavní problém z hlediska neúspěchu je silná nervozita a nedostatek vůle.

„Nervozita, prokrastinace – odkládání poslední cigarety. Pociťuji silnou závislost a nevím si sám rady, co dělat. Mám pocit, že nemám podporu, potřeboval bych, aby okolí mělo větší pochopení pro situace, když nemám cigaretu a jsem nervózní. Napadají mě myšlenky, jak si cigarety koupit, jsem podrážděný, potím se a je to vyčerpávající. Mám

potřebu se stáhnout do sebe. Mimo dosah lidí. Jsem paralyzovaný a nejsem schopen nic dělat.“ R1

„Přestal jsem ze dne na den, a pak už jsem prostě nepokračoval. Jedl jsem místo toho buráky.“ R2

„Hlavní důvod je ten, že nechci přestat kouřit. Mám v okolí několik bývalých kuřáků a většina z nich skončila najednou ze dne na den, sama od sebe, nebo to alespoň tak popisují. Prostě se jednoho dne probudili a už si nezapálili. Takže si tak nějak naivně představuju, že se jednoho dne probudím a nebudu chtít kouřit. Pokud ne, tak asi budu kouřit nadále, dokud nepřijde nějaký zásadní důvod, jako třeba zdravotní. Zkrátka teď nemám důvod ani motivaci s kouřením přestat.“ R3

„Já nemám vůli. V tomhle směru nemám vůli. Vždy mě to tak psychicky rozloží, že to nezvládnou. Nikdy jsem nepřekonal tu hranici 3 týdnů. Ty první tři týdny jsou nejtěžší a nikdy jsem nezkusila ty přípravky. Existují různé přípravky, ale já je nechci. Jsem dárcce krve. V den odběru kouřit nemůžu, ale já to vždy dodržím.

Nervozita a pocit, jak zaměstnat ruce, člověk musí pořád něco dělat, něco držet. Jsem pak hrozně protivná, když nekouřím. Když nemám chuť kouřit, tak mi to nevádí, ale když nemůžu, tak mi to vadí. Když doma cigaretu nemám, tak už je to opravdu velký problém. Musím mít jistotu, že si můžu zapálit.“ R4

Výsledky **Fagerströмова dotazníku** u respondentů, kteří zatím nedokázali přestat kouřit (R1, R3 a R4): Nejvíce bodů získal respondent s kódem R3, nejméně respondent s kódem R4.

Tabulka č. 2 – výsledky dotazníku u R1 R3 a R4

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
R1: c); R3: b); R4: d)
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
R1: b); R3: a); R4: b)
3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?
R1: a); R3: b); R4: b)
4. Kolik cigaret denně kouříte?

R1: b); R3: c); R4: a)
5. Kouříte častěji během dopoledne?
R1: a); R3: a); R4: b)
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?
R1: a); R3: a); R4: b)

Výsledky **Minnesotské škály abstinenčních příznaků** u respondentů, kteří zatím nedokázali úplně přestat kouřit: Nejvyšší hodnocení získal bod č. 4 *touha kouřit*, všichni tři dotazovaní R1, R3, R4 uvedli míru na stupni, následovala *zlost, podrážděnost a úzkost, nerozvíta*. Naopak závratě, noční můry ani nevolnost nikdo z dotazovaných v během snahy o abstinenci nezažil.

Tabulka č. 3 – výsledky škály abstinenčních příznaků u R1, R3 a R4

	Příznak	R1	R3	R4
1.	Zlost, podrážděnost	4	3	3
2.	Úzkost, nervozita	4	3	3
3.	Špatná nálada, smutek	4	1	0
4.	Touha kouřit	4	4	4
5.	Obtížné soustředění	2	2	1
6.	Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	2	1	3
7.	Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	2	0	0
8.	Neschopnost odpočívat	2	1	0
9.	Netrpělivost	2	3	3
10.	Zácpa	0	2	0
11.	Závratě	0	0	0
12.	Kašel	1	2	0
13.	Neobvyklé sny, noční můry	0	0	0

14.	Nevolnost	0	0	0
15.	Bolení v krku	1	1	0

2.4 Diskuze

Výsledky provedeného smíšeného výzkumného šetření ukázaly, že úspěšnost přestat s kouřením významně ovlivňuje kombinace několika relevantních faktorů najednou. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku (HVO) *Jaké jsou nejdůležitější faktory pro úspěšné odvykání kouření a které faktory nejvíce předurčují k neúspěchu ve snaze trvale přestat kouřit?* jsem rozdělila na dvě dílčí výzkumné otázky. Domnívám se, že cíl výzkumného šetření byl naplněn, hlavní výzkumná otázka i obě dílčí výzkumné otázky byly zodpovězeny.

K dílčí otázce DVO1: *Jaké faktory mají největší vliv pro úspěšné odvykání kouření?* bych určitě zařadila především pozitivní vliv **rodinného prostředí** – především nejbližší rodiny a zároveň existence významné **životní události**, jako je těhotenství u ženy R4 či v případě R2 vážné nemoci v rodině (vlastního otce). Takto zásadní životní události ovlivňují vnitřní motivaci jedince a stávají se příslušnou hybnou silou ke změně. Vliv náročných životních situací může být ale také za určitých okolností kontraproduktivní – jak lze demonstrovat na příkladu dotazované R4, která uvádí, že stres v rodině ji v podstatě nedovoluje přestat kouřit.

Za spíše pozitivní faktor v tomto smyslu vyhodnocuji i **introvertní osobnostní** povahu závislého. Všimla jsem si, že i přesto, že dotazovaný R2 otevřeně připouští, že začal kouřit kvůli partě vrstevníků, pak ale sám přestal kouřit, aniž by k tomu potřeboval stejné podmínky – tedy souhlas svého okolí. Sám se rozhodl nekouřit a sám toto rozhodnutí uskutečnil. Pouze dodává, že inspirací byla rodina a strach o vlastní zdraví. Uvedl také, že přestal kouřit ze dne na den a jako náhražku zvolil obyčejné burské oříšky, nikoliv náhradní terapii nikotinem. Zcela zásadní význam má jeho vnitřní motivace. Zdá se, že ochrana vlastního zdraví a rodiny – především zdraví vlastních dětí je tedy klíčovým faktorem.

U respondenta R2 si lze také na rozdíl od R1 a R3 všimnout, že kouřil souvisle „pouze“ 19 let, a pravidelně kouřit začal „až“ v 17 letech. Zde se potvrzuje skutečnost vyplývající z kapitoly 1.6, která se týká obecných faktorů pro úspěšnost léčby závislosti,

když je zdůrazněn faktor a) nízký **věk na začátku závislosti** (do 16 let) a b) **délka drogové kariéry** (čím delší kariéra, tím hůře léčitelná závislost).

Respondent R2 byl jediným dotazovaným ze zkoumaného vzorku, který úspěšně přestal kouřit, a to definitivně. Podobnou zkušenost, uvádí respondentka R4, která ovšem při nástupu do zaměstnání znovu kouřit začala, a po čase přešla na vapování.

Ohledně dílčí otázky DVO2: *Které faktory nejvíce předurčují neúspěch při pokusu o odvykání kouření?* lze konstatovat, že z osobnostních faktorů bude mít negativní vliv na schopnost přestat kouřit jednoznačně vysoká míra **neuroticismu**. Charakteristiky jako svědomitost a přívětivost naopak budou mít menší dopad na případný neúspěch léčby. Dokonce bych řekla, že tyto vlastnosti budou zcela nepodstatné. Zejména u svědomitosti mě tento závěr velmi překvapil. U zkoumaného vzorku osob byla tato povahová charakteristika hodnocena vždy vysoko, takže téměř všichni respondenti vykazovali vysokou míru svědomitosti. Paradoxně nejnižší míru svědomitosti přiznával respondent R2, který uvedl, že své povinnosti plní pouze do nezbytné míry, při tom je to právě jediný dotazovaný, který s kouřením přestal definitivně. Jak již bylo řečeno je spíše introvertní povahy a považuje se za konzervativního člověka (nízká míra otevřenosti vůči novým podnětům).

Ohledně charakteristiky **míra otevřenosti vůči novým podnětům** nelze učinit jednoznačný závěr. Z hlediska úspěšnosti s odvykáním je pomyslným vítězem určitě R2, který přiznává konzervativní povahu, ale podobně je na tom ve skóre otevřenosti i R3, který naopak trpí vysokou mírou závislosti na nikotinu a dále vyniká nejdelší kuřáckou kariérou ze zkoumaného vzorku. K vysoké otevřenosti k novým podnětům se hlásí respondenti R1 a R4, jejich závislost sice vychází jako menší, ale oba spojuje silný neuroticismus, který má na ně zjevně větší vliv a kouření u nich i přes mnohé pokusy zatím vyléčit nelze.

Znovu se potvrzuje, že velmi významný faktor hraje věk, kdy závislý na nikotinu začal pravidelně kouřit, stejně tak jako délka jeho závislosti – patrně 20 let a více je už překročení kritické hranice.

Nelze si nevšimnout, že tzv. náhradní terapie nikotinem formou **elektronické cigarety** se nijak zvlášť neosvědčila. Bývalí kuřáci klasických cigaret přešli na vapování, které ovšem obnáší stále značná zdravotní rizika, i když ve srovnání s cigaretou o něco menší. Dotazovaní R3 a R4 přestoupili z klasických cigaret na vapování a každý z nich vykazuje jinou míru závislosti na nikotinu, respondent R3 uvádí vysokou míru závislosti

a respondentka R4 dokonce žádnou. Je však patrné, že tento způsob náhradní terapie nikotinem nemá s odvykáním příliš mnoho společného. Oba dotazovaní mají problémy s nervozitou, oba začali kouřit už ve velmi nízkém věku – ve třinácti letech a oba uvádí, že nemají dostatečnou vůli či motivaci úplně přestat. Zde jistě hraje roli dojem, že vapování není tolik zatěžující pro zdraví či pro bezprostřední okolí.

Na tomto místě je jistě vhodné zhodnotit vykazované **abstinenční příznaky**. Není překvapením, že všichni dotazovaní nejvíce hodnotili jako nejvýznamnější příznak touhu kouřit, a to bez ohledu na uvedenou míru závislosti (stejně vykazovala touhu kouřit respondentka R4 s nulovou mírou závislosti, respondent R3 s vysokou mírou závislosti a R1 se střední mírou závislosti). Všechny také trápila zlost, podrážděnost, úzkost a nervozita, což také koreluje s vykazovanou charakteristikou vysoká míra neuroticismu, ale i přívětivosti.

Domnívám se, že mimo jmenovitě zkoumané faktory ještě stojí za zmínku, že určitý pozorovatelný problém představuje poměrně **nízká sebedůvěra** jednotlivce ve vlastní schopnosti. Jednak se to projevuje u respondenta R1, který uvádí, že velký podíl jeho neúspěchu spočívá v nedostatečné podpoře jeho nejbližšího okolí, jednak z výpovědi dotazované R4, která předjímá, že v tom stresu, ve kterém se v rodině či zaměstnání nachází, se přestat kouřit prostě nedá. U respondenta R3 jsem si zase všimla, že ve své osobní charakteristice uvedl, že nemá rád konflikty a raději ustoupí.

Díky proběhlému výzkumnému šetření, a tedy s ohledem na výše uvedené výsledky, jsem dospěla k názoru, že nejvhodnější způsob a metoda, kterou je vhodné použít pro léčbu závislosti na nikotinu, je **kognitivně-behaviorální terapie**. Žádný z účastníků sice přímo neuvedl, že by tuto techniku, resp. terapii, kdy zkusil použít, ale implicitně ji lze chápat u respondenta R2, který přestal kouřit ze dne na den a místo toho začal jíst burské oříšky. Potvrzuje se tím, že závislost je klasické podmiňování, operantní podmiňování a sociální učení.

Terapie pracuje se zpevnováním proabstinenčního chování odměnami, jako je ocenění, udělení výhod nebo pochvala.⁹⁹ Tuto hypotézu by následně mohlo případně potvrdit hlubší a rozsáhlejší výzkumné šetření, na které ovšem nebyl v rámci této bakalářské práce dostatečný prostor.

⁹⁹ Kuklová, str. 37

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s nejdůležitějšími faktory úspěšného odvykání kouření a také nastínit možnosti metod a přístupů, které jsou v současné době k dispozici pro léčbu nikotinismu.

V první teoretické části této práce jsem popsala, co je závislost obecně, dále jaká specifika má závislost na nikotinu a uvedla jsem i dostupné statistiky kuřáctví u nás. Poté jsem se stručně věnovala také prevenci, psychodiagnostice a léčbě nikotinismu, když jsem shrnula relevantní dostupné metody aplikované pro odvykání kouření. Další kapitola této práce se zaměřila na projevy odvykacího stavu a prevenci relapsu, který se odlišuje od recidivy tím, že je běžně vyskytujícím se problémem a stádiem téměř každého odvykání. V poslední kapitole jsem shrnula faktory, o kterých lze uvažovat, že budou relevantní při odvykací léčbě nikotinismu.

V druhé empirické části jsem popsala průběh a výsledky výzkumného smíšeného šetření, které se sestávalo z polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi participanty, kteří se v minulosti nebo v současnosti pokusili o abstinenci na nikotinu. Rozhovory byly kombinovány ještě s dotazníkovým šetřením obsahujícím Fagerströmův test závislosti na nikotinu a Minnesotskou škálou abstinčních příznaků. Smyslem těchto rozhovorů bylo identifikovat relevantní faktory pro úspěšné odvykání kouření a zároveň identifikovat ty faktory, které předurčují neúspěch léčby. Byly zvažovány faktory osobnostní, faktory spočívající v prostředí kuřáka a faktory významných životních událostí. V této souvislosti byla dále zkoumána míra závislosti a abstinční příznaky.

V rámci vyhodnocení výsledků lze shrnout, že zásadní pozitivní faktor představuje podporující rodina a současně výskyt významné životní události v rodině. Z osobnostních faktorů lze jako pozitivní vyzdvihnout spíše introvertní povahu a dostatečnou míru sebevědomí.

Jako negativní faktor lze nepochybně vyhodnotit vysokou míru neuroticismu v osobnosti kuřáka, výskyt psychického onemocnění, existenci stresové situace v rodině a nevhodně zvolenou léčbu – náhradní terapii nikotinem – kdy je užívána elektronická cigareta, kterou nelze považovat za neškodnou variantu kouření.

Bylo vyzdvihnuto, že mimo zkoumané faktory je také významný vztah jedince k sobě samému, tedy sebedůvěra.

Jako nejvhodnější metodu pro odvykání osobně považuji kognitivně-behaviorální terapii.

Seznam použitých zdrojů

BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. Slovník sociální patologie. Praha: Grada, 2017, 120 s. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1.

COLLIN, Catherine a kol. Kniha psychologie. Vydání druhé. Praha: Euromedia Group, 2019. 352 stran. Universum. ISBN 978-80-7617-356-9.

CSÉMY, Ladislav a SOVINOVÁ, Hana. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. s. 96. ISBN 80-7071-230-9.

CSÉMY, Ladislav a kol. Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021. Praha: Státní zdravotní ústav, 2022. s. 63. ISBN 978-80-7071-419-5.

ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmír a KUČEROVÁ, Hana. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.

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, 1119-1127.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

HONZÁK, Radkin. Psychosomatická prvouka. Vydání první. V Praze: Vyšehrad, 2017. 335 stran. ISBN 978-80-7429-912-4.

HŘEBÍČKOVÁ, Martina. Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 251 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3380-7.

JOPP, Andreas. Kouřím rád, ale přestanu do 30 dní. Brno: CPress, 2014. s. 268. ISBN 978-80-264-0591-7.

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. s. 388. ISBN 80-247-1411-6.

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Diagnóza F17: závislost na tabáku. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 102 stran. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.

KUKLOVÁ, Marie. Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. Vydání první. Praha: Portál, 2016. 150 stran. ISBN 978-80-262-1101-3.

MALÁ, K., FELBROVÁ V., KULOVANÁ S., NOHAVOVÁ I. Užívání tabáku informace a pracovní postup pro intervenci sestry. SLZT, Praha, 2015, 22 s., ke stažení na: www.slzt.cz

MILLER, Geraldine A. Adiktologické poradenství. 1. české vyd. Praha: Galén, ©2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

NOVOTNÝ, J.S., OKRAJEK, P. (2012). Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15letých adolescentů. E-psychologie [online], 6 (2), 9-21

[17.9.2022]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/novotny-okrajek.pdf>>. ISSN 1802-8853.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2011. s. 173. ISBN 978-80-7367-908-8.

RABOCH, Jiří, ed. et al. DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

ŘÍČAN, Pavel. Psychologie osobnosti: obor v pohybu. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. 208 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3133-9.

ZHOU, Xun a GILMAN, Sander L.. Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost. Praha: Dybbuk, 2006. ISBN 80-86862-23-2.

Internetové zdroje:

HUGHES, J., Minnesota tobacco withdrawal scale, 2003, Dostupné z: <http://www.med.uvm.edu/behaviorandhealth/research/minnesota-tobacco-withdrawal-scale>)

KRÁLÍKOVÁ E., ČEŠKA R.; PÁNKOVÁ A.; ŠTĚPÁNKOVÁ L.; ZVOLSKÁ K.; FELBROVÁ V.; KULOVANÁ S.; ZVOLSKÝ M., Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, 2015, Vnitřní lékařství 1/2015, Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-suppl-1/doporuceni-pro-lecbu-zavislosti-na-tabaku-52291>

LEVOROVÁ S., PODLIPNÝ J., VEVERA J.: Využití virtuální reality v léčbě závislosti na nikotinu, 2019, Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1340>

PIHTILI A, GALLE M, CUHADAROGLU C, KILICASLAN Z, ISSEVER H, ERKAN F, CAGATAY T, GULBARAN Z: Evidence for the Efficacy of a Bioresonance Method in Smoking Cessation: A Pilot Study. *Forsch Komplementmed* 2014;21:239-245. doi: 10.1159/000365742

SZÚ – Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/>

ZVOLSKÁ, Kamila. Nikotinové sáčky – lék z trafiky?, 2021, *Hygiena* 66(4), Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2021/04/05.pdf>

Zulfiqar H, Sankari A, Rahman O. Vaping Associated Pulmonary Injury. [Updated 2022 Dec 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560656/>

Příloha 1

Fagerströmův test závislosti na cigaretách

Odpovězte na otázky a spočítejte si body uvedené v závorce za odpověďmi.

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a) Do 5 minut (3 body) b) Za 6-30 minut (2 body) c) Za 31-60 minut (1 bod)
d) Po 60 minutách (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano (1 bod) b) Ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno (1 bod) b) Kteroukoli jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0-10 (0 bodů) b) 11-20 (1 bod) c) 21-30 (2 body) d) 31 a více (3 body)

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano (1 bod) b) Ne (0 bodů)

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano (1 bod) b) Ne (0 bodů)

Vyhodnocení testu:

Velmi nízká nebo žádná závislost (0-2 body),

Nízká závislost (3-4 body),

Střední závislost (5 bodů),

Vysoká závislost (6-7 bodů),

Velmi vysoká závislost (8-10 bodů)

Zdroj: 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, 1119-1127.

Příloha 2

Minnesotská škála abstinenčních příznaků

Prosíme, ohodnoťte, co jste pociťovali během posledních 24 hodin

0 = vůbec ne, 1 = nepatrně, 2 = středně, 3 = celkem dost, 4 = velmi

1.	Zlost, podrážděnost	0 1 2 3 4
2.	Úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
3.	Špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
4.	Touha kouřit	0 1 2 3 4
5.	Obtížné soustředění	0 1 2 3 4
6.	Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
7.	Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
8.	Neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
9.	Netrpělivost	0 1 2 3 4
10.	Zácpa	0 1 2 3 4
11.	Závratě	0 1 2 3 4
12.	Kašel	0 1 2 3 4
13.	Neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4
14.	Nevolnost	0 1 2 3 4
15.	Bolení v krku	0 1 2 3 4

Zdroj: <http://www.med.uvm.edu/behaviorandhealth/research/minnesota-tobacco-withdrawal-scale>

Příloha 3

Tabulka životních událostí

1. Smrt manžela či manželky	100	23. Odchod dítěte z domova	29
2. Rozvod	73	24. Problémy s příbuznými	28
3. Oddělené manželství	65	25. Vynikající osobní úspěch	26
4. Výkon trestu odnětí svobody	63	26. Partner začal nebo přestal chodit do zaměstnání	26
5. Úmrtí blízkého příbuzného	63	27. Zahájení či ukončení školy	26
6. Úraz, zranění nebo nemoc	53	28. Změna životních podmínek	25
7. Sňatek	50	29. Revize osobních návyků	24
8. Propuštění ze zaměstnání	47	30. Potíže s šéfem	23
9. Manželský smír	45	31. Změna pracovní doby, podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	33. Změna školy	20
12. Těhotenství	40	34. Změna trávení volného času	19
13. Sexuální potíže	39	35. Změna církevních rituálů	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Změna společenských povinností	18
15. Změna rekvalifikace v zaměstnání	39	37. Menší hypotéka nebo půjčka	17
16. Změna finanční situace	38	38. Změna spánkových návyků	16
17. Úmrtí blízkého přítele	37	39. Změna rodinných sešlostí	15
18. Změna ve způsobu práce	36	40. Změna stravovacích návyků	15
19. Změna počtu manželských hádek	35	41. Dovolená	13
20. Větší hypotéka (půjčka)	31	42. Prázdniny	12
21. Vymáhání hypotéky (půjčky)	30	43. Méně závažné porušení zákona	11
22. Změna pracovních povinností	29		

Zdroj: <https://www.leteckypsycholog.cz/mira-stresu/>