

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**TABÁKOVÁ EPIDEMIE A MOTIVACE K ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ**

Tobacco epidemic and motivation to smoking cessation

Alena Bendová

Praha 2010

Vedoucí: Mgr. Eva Richterová

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 19. 2. 2010

.....

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí práce Mgr. Evě Richterové za trpělivé a konstruktivní vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Evě Králíkové, CSc. za ochotu konzultovat se mnou problematiku závislosti na tabáku a možnost nahlédnutí do lékařské praxe Centra léčby závislosti na tabáku. Můj dík patří též PhDr. Janu Soukupovi a MUDr. Janu Zajakovi.

## Tabáková epidemie a motivace k odvykání kouření

### Obsah:

1. Úvod.....	3
2. Motivace.....	4
2.1. Definice motivace.....	4
2.1.1. Vnější a vnitřní motivace.....	6
2.1.2. Primární a sekundární motivace.....	6
2.2. Motivy.....	7
2.3. Teorie Motivace.....	9
2.3.1. Komplexní teorie motivace.....	11
2.3.2. Obecné teorie motivace.....	12
3. Závislost.....	13
3.1. Definice závislosti.....	13
3.2. Vznik závislosti.....	15
4. Tabák a závislost na nikotinu.....	15
4.1. Historie tabáku.....	15
4.2. Formy aplikace.....	16
4.3. Kouření.....	16
4.4. Pasivní kouření.....	17
4.5. Definice kuřáctví.....	17
4.6. Kouř.....	18
4.7. Nikotin.....	18
4.8. Nemoci způsobené kouřením tabáku a úmrtnost.....	19
4.9. Závislost na tabáku.....	20
4.10. ( Sebe-) Kontrola.....	21

5. Léčba a intervence.....	22
5.1. Léčba.....	22
5.2. Odvykání kouření.....	23
5.3. Abstinenční příznaky.....	25
5.4. Krátká intervence.....	26
5.5. Intenzivní léčba.....	27
5.6. Motivace k odvykání kouření.....	29
5.7. Motivační rozhovory.....	31
5.8. Kuřácká situace v České republice.....	33
5.9. Kontrola tabáku.....	34
5.10. Kontrola tabáku v České republice.....	35
6. Praktická část (kazuistiky).....	37
7. Diskuse.....	43
8. Závěr.....	45
9. Přílohy.....	47
10. Použité zdroje.....	48

## 1. Úvod

Pohled společnosti na kouření tabáku se v historii pohyboval od naprostého odmítání, zejména z náboženských důvodů, přes obecné přijetí jako rozšířeného a neškodného zvyku až po dnešní stav, kdy je toto chování považováno za problematické, a to zejména vzhledem ke značně nepříznivému vlivu látek doprovázejících nikotin v cigaretovém kouři na zdraví člověka. (Trnka, 2000)

Světová zdravotnická organizace (WHO) varuje před nebezpečím kouření a mluví o pandemii (celosvětovém nebezpečí). V minulém století zemřelo na následky kouření 100 milionů lidí. V Evropě každoročně umírají 4 miliony kuřáků, v České republice 18 000. (Pradáčová, 2004)

„Zdraví a kvalitní život jsou nejvýše ceněné hodnoty. Odborníci se shodují v tom, že způsob života, naše chování a návyky významně ovlivňují zdravotní stav a obecně kvalitu našeho života. Kouření tabáku ... patří mezi ty faktory z oblasti chování, které se zřetelně podílejí na nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva. Jde přitom o rizika, jejichž výskyt lze ovlivňovat různými formami intervence.“ (Sovinová, Csémy, Sadílek, 1999) Kouření tabáku představuje nejčastější příčinu úmrtí, které lze předejít.

Kouření je nebezpečný celospolečenský problém s prokázanými negativními dopady na lidské zdraví. V této práci bych chtěla shrnout obecné poznatky o závislosti na tabáku a zdůraznit nutnost motivovat stávající kuřáky k zanechání kouření. Jistě, motiv pro započetí léčby musí být hlavně vnitřní- kuřák musí opravdu chtít, ale rozvoj vnitřní motivace se odvíjí také zcela zásadně od motivů vnějších. Tyto vnější motivy mohou vycházet od lékařů, přátel a rodiny, nebo také od státu ve formě legislativních zásahů omezujících kouření.

Téma závislosti na tabáku, potažmo motivace k odvykání kouření, jsem si zvolila proto, že jsem zvažovala zpracovat téma z oblasti návykového chování. Ovšem dalším návykovým látkám a alkoholu se věnuje dostatečně velká pozornost, zatímco závislost na tabáku je v jistém směru jaksí v pozadí. Domnívám se, že je to z toho důvodu, že tento druh závislosti neohrožuje společnost bezprostředně a zjevně, ale pouze jaksí skrytě. Pravá závažnost problému není ihned patrná a až po důkladnějším zaměření se na informace týkající se negativ kouření je toto zřejmé. Zajímalo mne tedy, jaký je stav v boji proti závislosti na tabáku, a bohužel prognózy zatím nejsou příznivé. Závislost řídí životy lidí a není snadné se z ní vymanit. Mnoho kuřáků ani nechce.

Cílem práce je formulovat význam motivace pro odvykání kouření a nutnost tuto motivaci rozvíjet. Chci pojednat o v současné době uplatňovaných způsobech podpory

motivace kuřáků k odvykání kouření. Závěr by měl odhalit současnou situaci a nastínit možná vylepšení pro zvýšení efektivity v boji proti závislosti na tabáku.

## **2. Motivace**

Nejprve vyložím problematiku motivace, abych mohla již nadále s tímto pojmem pracovat v souvislosti se závislostí, potažmo odvykáním závislosti. Pokusím se stručně podat obecný obraz toho, co vlastně motivace je. Všichni tento termín běžně používáme a laicky víme, co znamená. V následující kapitole o motivaci shrnu teoretický a odborný náhled na tento fenomén, tedy alespoň z části nepřehledného množství literatury, která se problematiky motivace týká. Uvědomuji si, že obraz nebude naprosto komplexní, ale pokusím se vymezit alespoň základní principy a teorie.

### **2. 1. Definice motivace**

Psychologové si kladou otázku, co nás motivuje. Pokud chceme porozumět člověku, musíme vyjít od pohnutek jeho chování či jednání. Chováním člověka rozumíme všechny způsoby a formy, jimiž se projevuje v nejrůznějších činnostech a situacích. Užším pojmem je jednání, jímž označujeme lidskou činnost, která má vědomě cílový ráz. Je jisté, že pro všechno, co děláme, máme nějaké pohnutky. Naše chování je jistým způsobem determinováno.

Pojem motivace je velmi široký a mezi psychology ještě neexistuje shoda o přesném stanovení rozsahu tohoto pojmu. Ze všech psychologických pojmů je pojem motivace nejméně uspokojivě vysvětlen, protože se vztahuje na nejkompexnější a nejtíže izolovatelné psychické procesy. Motivaci nelze přímo pozorovat, ve skutečnosti je pouze odvozeným pojmem, hypotetickou konstrukcí. (Homola, 1972)

Slovo motivace je odvozeno z latinského slova *movere*, tj. hýbati, pohybovati.

Madsen vymezuje motivaci dosti široce. Zahrnuje sem všechny dynamogenní funkce, tj. funkce, které determinují energetické charakteristiky chování. (Švancara, 1973; Madsen, 1979)

Saul Kassin obecně definuje motivaci jako „vnitřní stav, který podněcuje jedince k aktivitě směřující k určitému cíli.“ (Kassin, 2007, s. 407)

Podle Psychologického slovníku je motivace obecně „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, který vychází z biologických zdrojů“. Pojem motivace je v psychologii doposud značně nejednotný. Nejčastěji je chápán jako „intrapyschický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energizace organismu.“ V zaměření motivace

se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti. (Hartl, Hartlová, 2000; s. 328)

Podle Plhákové lze motivaci definovat jako „souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.“ (Plháková, 2004; s. 319)

Motivace má biologický základ, zajišťuje biologicky účelný behaviorální akt. Vychází ze systému biologických potřeb a zajišťuje jejich redukci, neboť tyto potřeby vyjadřují určité deficity organismu, které jsou motivovaným chováním odstraňovány.

Motivace má ovšem i kulturní a sociální základy. Člověk žije jako příslušník určité kultury, v určité historické epoše a v určité sociální mikrostruktuře. Jeho psychika (včetně motivace) podléhá vlivům kulturního a sociálního prostředí, především pak vlivům výchovy. (Nakonečný, 1998)

Proces motivace má tři podstatné znaky: 1) zaměření motivovaného chování na nějaký cíl, které může být vědomé nebo nevědomé; 2) intenzita motivovaného chování a 3) persistence, tzn. setrvání motivovaného chování až do dosažení cíle. Nebo se od dosažení cíle ustoupí pro nepřekonatelnou překážku, případně v důsledku vzniku jiné, silnější motivace.

Východiskem je vznik potřeby z porušení fyziologické nebo psychické rovnováhy jedince (stav motivačního napětí /Nakonečný 1998, s. 110/). Potřeba aktivuje pud, který je asociován s určitým motivem a postojem. Motiv určuje směr, postoj a obsah chování, které následuje. (Nakonečný, 1973; s. 110) Toto tvrzení vychází prapůvodně z Hullovy teorie motivace, ovšem ta je omezena pouze na biologický princip chování. (Homola, 1972)

Motivace má nezanedbatelnou subjektivní stránku. Pojem motivace vyjadřuje objektivně probíhající proces, který vzniká a rozvíjí se uvnitř organismu. Kromě stránky fyziologické má také stránku psychologickou, nebo v užším smyslu mentální, tzn. je prožíván. „Prožívání motivace se obecně vyjadřuje v pojmech chtění, nebo snahy.“ (Nakonečný, 1973; s. 109)

Nakonečný uvádí jako nejčastější synonyma pojmu motivace následující: pud, pohnutka, pobídka, emoce, cíl, incentiva, zájem, potřeba, záměr, chtění, snaha, atd. (Nakonečný, 1973; s. 107)

Motivace je u každého člověka neobyčejně složitou záležitostí. Nikdy nejsme motivováni pouze jedním motivem, ale vždy komplexem motivů, které jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se. Určení působnosti jednotlivých motivů v lidském chování je ovšem



obtížné. Navíc na chování nepůsobí jen motivy, ale i osobnostní a vnější podmínky (zejména sociální), v nichž motivy působí. (Homola, 1972)

Důležitou otázkou je, zda je veškeré lidské chování motivováno. Dle širokého pojetí motivace je chování formou pohybu, a tudíž musí být kauzálně determinováno ve smyslu závislosti na vnějších podmínkách. Užší pojetí motivace vychází z předpokladu, že motivy mají řídit chování k určitému cíli. Homola, Švancara i Nakonečný se přiklání k širšímu pojetí motivace, které považuje lidské chování za motivované (pojem motivace vyjadřuje psychologicky viděnou příčinnost chování; motivace jako proces energetizace a řízení chování). (Homola, 1972; Švancara, 1973; Nakonečný, 1973)

Jinou otázkou je, zda jsou všechny motivy vědomé. Většina lidských projevů je v rámci činností zaměřených k cíli, tzn. že víme jak a proč jednáme. Na druhou stranu není lidské chování vždy motivováno vědomě formulovanými cíli. Ani u uvědomované motivace nemůžeme mít přehled o všech působících motivech, uvědomujeme si pouze motivy dominantní. Vědomá a nevědomá motivace se nemohou stavět proti sobě, neboť jde o plynulé přechody. (Homola, 1972)

### **2. 1. 1. Vnitřní a vnější motivace**

Psychologové vymezují dva druhy motivace: vnitřní a vnější (takto začali motivaci rozlišovat behavioristé a kognitivní psychologové). Vnitřní motivace (angl. extrinsic motivation) vychází z faktorů uvnitř organismu a ovlivňuje lidské chování a prožívání bez jakékoliv vnější odměny. Její podstatou je přirozená lidská tendence vyhledávat novost, překonávat překážky a řídit vlastní život. Naopak vnější motivaci (angl. intrinsic motivation) vyvolávají faktory v prostředí, zejména nějaká konkrétní odměna.

Dle behavioristů lidé usilují vždy o odměnu. Ale odměna dokáže zničit vnitřní motivaci. Obzvláště peníze za oblíbenou činnost z ní činí práci a z dlouhodobého hlediska může mít odměna dokonce záporný vliv na tvořivost a výkon. Chceme-li dosáhnout maximální produktivity, musíme spoléhat na vnitřní zdroje, nikoliv se opírat o vnější síly. Odměny se skrytou tendencí ovládat snižují motivaci. Naopak odměny informačního rázu mají výrazně pozitivní účinky na motivaci i tvořivost. (Kassin, 2007; Plháková, 2004)

### **2. 1. 2. Primární a sekundární motivace**

Další možné dělení motivace může být na motivaci primární a sekundární. Motivace primární (angl. primary motivation) zahrnuje vrozené biologické potřeby, které fungují jako instinkty a vyvíjejí se podmiňováním, ale i základní psychologické potřeby.

Sekundární motivace (angl. secondary motivation) vychází z motivace primární a zahrnuje naučené tendence chování (jeho směr, sílu i způsob). V jejich rozvoji se nejvíce uplatňuje sociální učení, jsou formovány v konkrétních společensko-historických podmínkách. (Hartl, Hartlová, 2000; Švancara, 1973; Madsen, 1979)

## 2. 2. Motivvy

Hartlovi definují motiv (angl. motive) jako pohnutku, příčinu činnosti či jednání člověka zaměřené na uspokojení určité potřeby. Motiv má směr a cíl, intenzitu a trvalost. Pramení z podnětů vnitřních, vědomých, bezděčných, podvědomých a vnějších. Klasifikace motivů bývají různé, nejčastěji v souvislosti s dělením potřeb. (Hartl, Hartlová, 2000; s. 327)

Dle Švancary je motiv „pohnutkou k činnosti, činitel usměřující chování jedince k určitému konci, resp. cíli, ať vědomému nebo nevědomému.“ (Švancara, 1973; s. 129)

M. Prokešová charakterizuje motiv jako vnitřní příčinu chování a zdůrazňuje, že se jedná o určité dispozice (oproti motivaci, která je procesem). Motivvy dělí na genomotivy (vrozené) a fenomotivy (získané v průběhu individuálního vývoje). Dále též na motivvy nižší (např. odstranění hladu) a vyšší (např. potřeba uznání). (Prokešová, 1997)

Smékal píše, že „obsah činnosti člověka je determinován a regulován systémem rysů, stavů, potřeb a procesů, které bývají zařazovány pod kategorii zaměřenosti a souhrnně označovány jako motivvy. Proto je možno systém zaměřenosti nazývat též motivačním systémem.“ (Smékal, 2002; s. 232) Motiv je pojmenování hnacích sil lidské činnosti, které se nacházejí v individu (na rozdíl od incentiv, které představují pobídky k jednání přicházející zvenčí). V současné psychologii se motivvy nejčastěji označují termínem „potřeba“, dále v historii se často hovořilo o „pudech“. Mezi motivvy se v současnosti řadí i názory, zásady, ideály a hodnotové orientace, resp. hodnoty, které přisuzujeme vnějšímu objektu, jenž se tak stává předmětem touhy a snažení, stává se cílem. (Smékal, 2002)

Klasifikace motivů je neobyčejně obtížná. V zásadě lze motivvy dělit podle vzniku (primární a sekundární), podle orientace (na prostředky a cíle), podle znaménka (positivní a negativní), podle stupně vědomí (vědomé a nevědomé), podle intenzity, apod. Žádná klasifikace motivů není zatím uspokojivá. (Homola, 1972)

Plháková rozděluje motivvy do čtyř velkých okruhů.

První z nich tvoří sebezáchovné motivvy, které mají jasný biologický základ. Základní tendence všech živých bytostí se ve starší psychologické literatuře označuje jako pud sebezáchovy. Většina současných autorů chápe úsilí o zachování života jako rozsáhlou oblast

motivace, která zahrnuje řadu dílčích pohnutek. Tyto primární (biologické) pohnutky směřující k uchování individuální existence jsou též v zájmu přežití celého živočišného druhu. Sebezáchovné motivy jsou vrozené, ale způsobům jejich uspokojování se lidé učí v rodině a v kultuře, v níž žijí.

Druhou oblast představují stimulační motivy, např. potřeba optimální úrovně aktivace a variabilních vnějších podnětů. I tyto jsou pravděpodobně vrozené, protože jejich uspokojování je podmínkou optimálního psychického fungování a duševní pohody.

Třetí okruh představují sociální motivy, které regulují a ovlivňují mezilidské vztahy i jejich subjektivní prožívání. Většina psychologů se domnívá, že tyto pohnutky jsou zakódovány v mozku jako vrozené dispozice, které se aktivují a rozvíjejí především v raném dětství v průběhu interakce s druhými lidmi. Zkoumání lidských sociálních motivů navazuje především na Murrayho teorii.

Čtvrtou oblast tvoří individuální psychické motivy, které směřují především k uchování vnitřního řádu. Ne všechny mentální pohnutky jsou tedy orientovány na dosahování cílů ve vnějším světě. (Madsen, 1979) K těmto vnitřním pohnutkám patří např. potřeba sebeurčení, potřeba stabilní a soudržné osobní identity, snaha najít smysl života, apod.

Sociální a individuální psychické pohnutky se formují v rámci mentálního vývoje pod vlivem společenských tlaků. (Plháková, 2004)

Smékal uvádí jako populární klasifikaci motivů rozlišující biogenní, psychogenní, sociogenní a ideové motivy. (Smékal, 2002; s. 233)

Pro každého jedince je charakteristický určitý relativně stálý soubor motivů, který se označuje jako motivační systém osobnosti. Je uspořádán hierarchicky, jednotlivé motivy v něm nemají stejnou váhu v závislosti na vztahu k osobnosti. Vytváří se během života jedince a není zcela konzistentní, jsou v něm i rozpory. Motivační systém není stálý, mění se a ovlivňuje psychické procesy osobnosti. V utváření a formování motivů hraje značnou roli sociální prostředí. To ovlivňuje soubory motivů a relativní sílu jednotlivých motivů či jejich komplexů. (Homola, 1972)

Naléhavost mnoha motivů roste, nejsou-li delší dobu uspokojeny. Síla motivu ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování, určuje též prioritu činností. Intenzivní pohnutky někdy zcela ovládnou i lidské prožívání.

Motivované chování často provázejí silné emoce, ovšem toto propojení je poměrně komplikované. Emoce a motivy jsou těsně propojeny (vzájemně se ovlivňují a podmiňují) a

společně tvoří motivačně-emocionální systém, který významně ovlivňuje lidské chování i prožívání. (Plháková, 2004)

### 2. 3. Teorie motivace

Všechny současné psychologické teorie zdůrazňují důležitost motivace, ovšem zatím není shoda o základních pojmech, principech a metodách. Jednotliví psychologové předkládají své motivační teorie v závislosti na svých širších filosofických koncepcích nebo vycházejí z omezeného pohledu. Existují četné pokusy souhrnně odpovědět na otázku motivace lidského chování, ale jsou převážně staršího data. V současnosti si žádný psycholog netroufá předložit vyčerpávající a všeobsáhlou teorii motivace. Pokud jde o celkové tendence chápání motivace, v poslední době lze sledovat posun od biologické motivace ke studiu tzv. lidských proměnných. Obecně se ustupuje od vypracovávání obecných motivačních koncepcí a zdůrazňují se experimentální práce. (Homola, 1972)

„Motivační struktura člověka zahrnuje mnohé- od implicitních, našemu vědomí skrytých motivů po explicitní rovinu osobních cílů, o něž daný člověk usiluje.“ (Stuchlíková, Man, 2009; s. 158) V psychologii motivace se v průběhu jejího vývoje vytvořila řada různých přístupů, které zdůrazňují různé aspekty motivačních procesů.

Zhruba v 70. letech minulého století převažoval strukturální přístup, v němž šlo především o strukturovaný výčet všech motivačních sil, ať už byl relativní význam těch či oněch nahlížen z různých perspektiv. Pro příklad mohu jmenovat pojetí motivace podle Maslowa či Freuda.

Od 70. let 20. století začal převažovat procesní přístup k motivaci. V tomto pojetí je motivační struktura chápána jako dynamický komplex provázaných procesů interakce, který zahrnuje jak porozumění vnějším situačním vlivům, které na jedince působí, tak i stabilní, habituální či rysové charakteristiky, které motivaci jedince ovlivňují z osobnostní perspektivy. V evropské motivační psychologii byl tento přístup nejvíce spojen s Heckhausenovou školou a jeho modelem 4 fází na cestě od přání k jednání (model Rubikonu). V americké psychologii pak mohu uvést pro příklad dynamický model jednání se zaměřením na osobní cíle a jim odpovídající latentní psychické procesy a stavy (teorie E. Klingera „current concerns“- překládáno jako aktuální zájmy). Celý tento přístup se točí kolem usilování o cíle (tzn. pozitivně ceněné koncové stavy nebo výsledky nějaké sekvence chování). (Stuchlíková, Man, 2009)

Existují dvě krajní rámcová hlediska pojetí motivace. Jedno zabsolutňuje motivaci, považuje motivy za skutečné příčiny našeho jednání a chování a chápe je jako síly působící v organismu a seskupující kolem sebe veškerou jeho aktivitu (např. psychoanalýza). Druhé krajní hledisko popírá motivaci vůbec, nepovažuje ji za nutnou pro vysvětlení lidského chování.

Pojetí motivace ovšem skýtá větší pestrost názorů. Lze je shrnout do tří okruhů:

První zdůrazňuje energizující funkci motivace. Vychází z názoru, že účelem motivace je uvést organismus do stavu aktivity, v němž je schopen činnosti. Kam se tato činnost zaměří je pak již záležitostí jiných, nemotivačních činitelů (např. kognitivní procesy). Motiv je pak definován jako vnitřní faktor s tendencí vyvolat či udržet aktivitu.

Druhý okruh zdůrazňuje její funkci řídicí (regulující). Opírá se o názor, že jeden a týž činitel nemůže být současně zdrojem vyvolávajícím aktivitu a zároveň ji zaměřovat určitým směrem. Motiv je pak definován jako činitel umožňující člověku učinit rozhodnutí začít určitou činností.

Třetí okruh připisuje motivaci funkce obě. Toto stanovisko zastává nejvíce psychologů, včetně Homoly. Považují motivaci za jeden z klíčových faktorů, které určují, jak se osoba bude chovat. Motivы pak za činitele energizující i regulující, přičemž u jednotlivých motivů může vystupovat do popředí jeden nebo druhý aspekt. Dle Homoly ovšem mít motiv neznamená být nutně operativní. Někoho nemusí existence motivu bezprostředně energizovat a řídit. (Homola, 1972)

Plháková předkládá dvě hlediska přístupu ke studiu motivace. První z nich chápe motivy jako vnitřní mentální pohnutky, druhý (převážně behavioristický) přístup zkoumá, jak ovlivňují lidské chování vnější podněty, tzv. incentive, nebo pobídky. Autorka se kloní k prvnímu hledisku, protože se domnívá, že incentive ovlivňují chování na základě kladných nebo záporných vnitřních zkušeností, které člověk určil původně neutrálním podnětům. (Plháková, 2004)

Psychologové dále přistupují k motivaci ještě z jiných dvou pohledů. Někteří na základě obecných teorií vysvětlují to, co je společné všem lidem, jiní se zaměřují na konkrétní motivy. (Homola, 1972)

„Vedle pokusů vysvětlovat druhy činností osobnosti z jednoho či dvou motivů (tzv. monistické či dualistické teorie motivace), jak to činí např. psychoanalýza, se častěji setkáváme s více či méně bohatými seznamy motivů (pluralistické teorie motivace).“ (Smékal, 2002; s. 234)

### 2. 3. 1. Komplexní teorie motivace

Autoři těchto teorií se pokusili uspořádat různé pohnutky lidského chování do všezahrnujících schémat. Komplexní teorie motivace se od sebe liší počtem základních pohnutek, které podle mínění jejich tvůrců ovlivňují lidské chování a prožívání.

S. Freud uvažoval o existenci jednoho či dvou základních pudů, H. Murray naopak popsal několik desítek základních lidských potřeb. V neposlední řadě do kategorie spadá i A. Maslow. (Plháková, 2004)

#### Teorie pudů

Švancara definuje pud (drive) jako hypotetický konstrukt vymezující zdroj všeobecné, nespecifické energie, která se uplatňuje v motivačních procesech. (Švancara 1973; s. 130) Psychoanalytici včetně S. Freuda vycházejí z předpokladu, že lidské bytosti reagují nejen na vnější podmínky a tlaky, ale též na podněty a požadavky z vnitřního prostředí, které tvoří tělo a mysl. Předpoklad existence pudových hnutí je základem psychoanalytické teorie i praxe. Pudové napětí je mentální povahy, ale má biologické kořeny. Tenze, která vzniká na základě stálých vnitřních podnětů, má hnací motivační vliv na kognitivní a afektivní stavy, které dále determinují chování. (Ritvo, Solnit, 1995<sup>1</sup> čerpáno z Plháková, 2004; s. 362)

#### Teorie potřeb

A. Murray považuje potřeby za nejdůležitější osobnostní faktory. Definuje potřebu jako sílu v mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující neuspokojivou situaci. (Madsen 1972)

#### Maslowova hierarchie potřeb

Na otázky ohledně konkrétních motivů, které udávají našemu chování směr a sílu, odpověděl v roce 1954 Abraham Maslow teorií hierarchie potřeb, která vychází ze základních potřeb nutných pro přežití a pokračuje až k osobnímu růstu a seberealizaci. Maslow hierarchizoval potřeby do podoby pyramidy, aby bylo patrné, že nejdřív musí být uspokojena nižší úroveň, abychom mohli postoupit na vyšší. Na nejnižším stupni (základna) jsou fyziologické potřeby. Po jejich uspokojení usilujeme dále o bezpečí, stabilní práci, klidný domov a předvídatelné životní prostředí. Na dalším stupni jsou pak sociální potřeby sounáležitosti a lásky. Následuje potřeba uznání a touha zastávat určitý společenský status, mít vliv či moc. Po naplnění těchto můžeme přejít ke specificky lidské potřebě seberealizace (sebeaktualizace), která je spojena s naplňováním vlastního potenciálu. Ne všichni ale

---

<sup>1</sup> Ritvo, S., Solnit, A. J.: Instinct theory. In Moore, B. E., Bernard, D. F. (eds.). Psychoanalysis: The major concepts. New Haven: Yale University Press. 1995. (s. 327)

postupují po jednotlivých úrovních. Lidské motivační priority jsou subjektivní a jsou významně ovlivňovány kulturou, v níž člověk žije. (Kassin, 2007)

K. B. Madsen provedl systematologickou analýzu několika desítek motivačních seznamů publikovaných v odborné literatuře a dospěl k seznamu 12 primárních a 4 sekundárních motivů<sup>2</sup>. (Smékal, 2002)

### 2. 3. 2. Obecné teorie motivace

Na začátku 20. století, kdy zažívala rozkvět Darwinova teorie evoluce, byly velice rozšířené teorie motivace založené na instinktech (hluboce zakořeněný vzorec chování, které není naučené, je stejné po všechny příslušníky rodu a vyvolává jej specifický podnět). Ovšem tyto teorie byly velice brzy zavrženy z důvodů vysvětlování chování jaksi v kruhu a třibení tak zvaného instinktivního chování zkušeností a vlivem kultury.

Po zavržení teorie instinktů se pozornost psychologů obrátila k teorii popudu. Ta je založena na předpokladu, že fyziologické potřeby organismu navozují nepříjemný stav napětí, který motivuje či pudí jedince k tomu, aby vzniklou tenzi snížil a vrátil tělo do vyrovnaného stavu. Pudovou teorií lze vysvětlit některé druhy chování s biologickým základem, ale podle psychologů nevysvětluje dostatečně například poruchy příjmu potravy nebo situace, kdy se lidé pouštějí do činností, které naopak napětí v organismu zvyšují (např. adrenalinové sporty).

Pro vysvětlení záměrného zvyšování tenze v organismu namísto její redukce vyvinuli psychologové aktivační teorii motivace. Podle ní jsou lidé motivováni k tomu, aby dosahovali a poté si udrželi optimální úroveň aktivace organismu. Ze studií vyplývá, že se lidé ve stavu omezeného příjmu smyslových informací nebo za monotónních podmínek začnou rychle nudit a pátrají po nějakém podnětu. Na druhou stranu jsou lidé více motivováni a spokojeni, pouštějí-li se do činností, které představují výzvu pro jejich schopnosti, což znamená, že nejsou ani příliš obtížné ani příliš snadné. (teorie „Flow“ od M. Csikszentmihalyiho).

Oproti předpokladu, že jsou lidé motivováni vnitřními silami se řada psychologů domnívá, že jsou lidé motivováni i vnějšími podněty, tzv. incentivami. Incentivní teorie vychází z předpokladu, že jakýkoliv stimulující objekt, který si jedinec spojí na základě zkušenosti s pozitivními, nebo negativními následky, slouží jako incentiva. Lidé jsou motivováni k určitému druhu chování, pokud čekají, že vlastním úsilím získají incentivu, která pro ně ovšem musí mít pozitivní hodnotu (hodnotnou vnější odměnu).

---

<sup>2</sup> Viz. příloha č. 1

Teoretici motivace na základě vědomí toho, že lidé plánují, vytyčují si cíle a zvažují následky svého chování, věří, že se procesu motivace účastní vlivná kognitivní složka (např. Atkinson, McClelland, aj.) (Kassin, 2007)

### **3. Závislost**

V této kapitole bych chtěla definovat fenomén závislosti. Pro boj se závislostí je zapotřebí znát všechny dostupné detaily a z nich vyvozovat intervenci i samotnou léčbu.

#### **3. 1. Definice závislosti**

Většinová společnost nahlíží na závislé jako na viníky svého stavu. Lidé si neuvědomují si, že jde o nemoc. Závislost není zlovyk, ale nemoc.

Pojem závislosti je nejasně definovatelný, což umožňuje, aby do jeho definic zasahovaly různé mimovědecké faktory (zejména ideologické, kulturní, politické, ekonomické či eticko-filosofické. Čistě vědecký (biologický) základ pro definici závislosti se zatím najít nepodařilo. Psychiatrie význam slova závislost zúžila a popsala jím chování člověka ve vztahu k určité látce, které se vyznačuje nedostatečnou kontrolou jejího příjmu a jejím upřednostněním před jinými, „zdravými“ aktivitami. (Trnka, 2000)

Podle Psychologického slovníku je drogová či látková závislost charakterizována „patologickým vztahem mezi organismem a látkou (drogou), vznikající opakovaným užitím látky, které posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat. Bývá snižená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívání látky, dávky je třeba zpravidla zvyšovat, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Vynechání užívání může vést k abstinčním příznakům.“ (Hartl, Hartlová, 2000)

Jednou z prvních ucelených definic závislosti byla definice WHO z roku 1964, podle níž je závislostí „stav periodické nebo chronické intoxikace způsobené opakovaným příjmem drogy.“ V roce 1988 vydala stejná instituce další zprávu týkající se závislosti. (Trnka, 2000) Aktuálně je u nás využívána definice závislosti dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), s účinností od 1. 1. 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994. Vypracování MKN-10, druhé aktualizované verze (2004), pro Českou republiku a její redakci provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky v Praze.

Současná klasifikace zařazuje závislosti do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F 10- F 19). Jednotlivé poruchy jsou nejprve rozlišovány dle druhu látky vyvolávající poruchu (první dvě číslice v kódu), na



dalších místech kódu je specifikován klinický obraz poruchy. Poruchy vyvolané užíváním tabáku mají statistický kód F- 17.

Syndrom závislosti ( statistický kód závislosti na tabáku F- 17. 2) je „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. ...

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže při sebeovládání při užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení, nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav- látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- e) postupné zanedbávání jiných 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.“ (Nešpor, 2000)

Odvykací stav (statistický kód F- 17. 3) „je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla opakovaně, zpravidla dlouhodobě užívána. Pramení z narušení závislé homeostázy, na kterém se podílí vysazení pravidelných dávek drogy, předchozí předávkování a vyčerpání rezerv organismu. Stejně jako závislost má odvykací stav fyzickou a psychickou složku. Fyzická složka se objevuje bezprostředně po odnětí drogy, kdežto psychická složka se může projevit až v období abstinence, do 3- 6 měsíců, v podobě nutkavé touhy...“ (Heller, Pecinová, 1996)

Pro úplnost bych ještě chtěla uvést definici závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM- IV). V České republice se sice nevyužívá, ale problém závislosti je globální a je vhodné ilustrovat i „zaoceánské“ pojetí, které se ovšem, jak uvidíme, zásadně neliší. „Diagnóza závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace se stanovuje následovně: Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. růst tolerance;
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním nebo obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví, a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky. „

Uvedená kritéria mají zjevně velice blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace v MNK- 10. Překvapivě se ale mezi známkami závislosti v DSM- IV neobjevuje bažení (angl. craving). (Nešpor, 2003)

### **3. 2. Vznik závislosti**

Základní faktory podílející se na vzniku závislosti mohou být následující: genetická transmise, biochemické zvláštnosti organismu, osobnostní struktury postiženého, prostředí a tolerantní postoje společnosti, droga a její dostupnost, podnět a startér. Za přítomnosti těchto faktorů působí následující průběhové mechanismy:

- vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky;
  - nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojivým výsledkem.
- (Heller, Pecinová, 1996)

## **4. Tabák a závislost na nikotinu**

V této kapitole předložím fakta o specifikách závislosti na tabáku a jejích úskalích (co kuřákům škodí, jak jim to škodí a proč i nadále kouří). Pojednám o látce vyvolávající závislost, způsobu přijímání této látky a jejích účincích na lidský organismus. Chci poukázat na zjevné nebezpečí závislosti na tabáku pro jednotlivce i pro společnost.

### **4. 1. Stručná historie tabáku**

Tabák začali pěstovat američtí Indiáni. Jeho kouření provozovali kněží v rámci obřadů, nebylo tedy součástí každodenního života, jak je tomu dnes. Také kouř nešlukovali do

plic. Do Evropy přivezla rostlinu tabáku Kolumbova loď v roce 1492. Jméno návykové látky v tabáku dal Jean de Villemain Nicot, francouzský vyslanec v Portugalsku a nadšený propagátor rostliny. Tehdy jí ještě byly přisuzovány léčivé schopnosti. Několik dalších století se kouření tabáku šířilo pomalu. Ve středověku byly za kouření udělovány různé tresty. Zlomem se stal vynález stroje na výrobu cigaret v době války Severu proti Jihu v šedesátých letech 19. století. Následovalo rychlé rozšíření tabáku jakožto obchodního artiklu a obchod s tabákem vzkvétal. (Králíková, Kozák, 1997) Dnes je tabák rozšířen po celém světě. S tímto masivním rozšířením tabáku začala tabáková epidemie. (Kalina, 2003)

Až do začátku 1. světové války kouřili cigarety pouze muži vyšší sociální vrstvy. U žen byla cigareta společensky nepřijatelná. Katastrofy (ať už přírodní či společenské) vždy vedly ke zvýšené spotřebě tabáku a bylo tomu tak i v případě 1. světové války, která značí jistý přelom. Dochází k emancipaci žen a kouření u nich se stává společensky přijatelné, ba dokonce žádoucí. 2. světová válka tento trend ještě zvýšila. Bohužel se do procesu postupně přidaly i děti a věková hranice dětí, které se stávaly pravidelnými kuřáky, se stále snižovala. (Pradáčová, 2004)

#### **4. 2. Formy aplikace**

Sušené listy tabáku jsou užívány několika způsoby. Tabák je možné užívat jako bezdýmý (šňupací, orální), nebo ve formě, kdy hoří. V průmyslově rozvinutých zemích je nejrozšířenější inhalace kouře z hořících, různě upravených nadzemních částí rostliny. Kouření tabáku je u nás nejčastěji ve formě doutníku, dýmky a naprosto převažuje kouření cigaret. (Králíková in Kalina, 2003; Trnka, 2000)

#### **4. 3. Kouření**

Kouření není pro člověka přirozené! Kouření je naučené chování, které je často spojeno s nějakou situací, činností či společností. U většiny kuřáků (70%) na toto chování později navazuje závislost na nikotinu.

Více než 80% dnes dospělých kuřáků začalo kouřit v dětství nebo v raném dospívání. Mladí lidé začínají kouřit z různých důvodů. Chtějí vypadat nezávisle, protože kouří jejich přátelé, jako vzdor zákazům rodičů, kvůli kuřáctví dle vzoru populárních osob či rodinných příslušníků, pod vlivem reklamy na tabákové výrobky. Obvykle neexistuje jenom jedna hlavní příčina, jedná se zpravidla o souhrn několika rizikových činitelů. (Pešek, Nečesaná, 2008)

Kladné účinky kouření jsou pro kuřáky ty psychosociální vlivy, pro něž s kouřením začínají: zařazení do určité společnosti, sdílení rituálu zapalování cigarety, atd.

„ Kuřák kouří pro kuřácký rituál, pro dojem, proto, aby si hrál s cigaretou, vychutnával její chuť a vůni, pro uspokojení ze vdechování dýmu, proto, aby měl co dělat, s čím si hrát, aby měl společníka... (psychosociální závislost).“ (Králíková, Kozák, 1997; s. 27) Ovšem druhá strana mince je poněkud temná. Negativní vliv kouření na zdraví je rozsáhle zdokumentován.

#### **4. 4. Pasivní kouření**

Pasivním kouřením nazýváme vdechování cigaretového kouře v zakouřeném prostředí. Je stejně nebezpečné jako aktivní kouření. Kuřák vdechne jen asi 15% cigaretového kouře a zbytek jde do okolního prostředí.

Jsou známy negativní dopady pasivního kouření na zdraví organismu (okamžité i dlouhodobé). Počet úmrtí následkem pasivního kouření se v ČR odhaduje přibližně na 2 000 osob ročně.

Faktorem, který ovlivňuje složení tabákového kouře, je také teplota hoření konce cigarety. Pokud kuřák vtahuje kouř, teplota konce cigarety je mezi 900- 1100 °C a část látek se spálí a část kuřák inhaluje (tzv. hlavní proud). Mezi jednotlivými šluky se teplota žhavého konce cigarety pohybuje mezi 80- 300 °C, a tím se zvyšuje procento jednotlivých složek, které se dostanou do okolí (tzv. sekundární/ vedlejší proud kouře).

Na expozici tabákovému kouři jsou citlivé zejména děti. Mezi akutní příznaky expozice cigaretovému kouři patří dráždění očních spojivek, dráždění nosní sliznice, kašel, dušnost, respirační infekce, aj. Pasivní kouření negativně ovlivňuje fyzickou zdatnost, může způsobovat ekzémy či astma, nebo zhoršovat jejich příznaky. Též přispívá k rozvoji rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a nádorových onemocnění.

Pasivní kouření ovlivňuje také organismus domácích zvířat. (Pradáčová 2004; Kernová, Kebza: Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření.- viz. Sovinová, Csémy, Sadílek, a kol. 2003)

#### **4. 5. Definice kuřáctví (WHO, 1996):**

Pravidelný (denní) kuřák: kouří v době šetření alespoň 1 cigaretu denně

Příležitostný kuřák: v době šetření kouří, ale méně než 1 cigaretu denně

Bývalý kuřák: kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří

Nekuřák: nikdy nevykouřil 100 a více cigaret (Králíková, 2008)

Přehled je podstatný pro to, abychom si přesně definovali „kuřáka“. V mé práci se kuřákem míní pravidelný denní kuřák. Ten představuje největší riziko pro sebe i své okolí, a tudíž je žádoucí podnítit a zvyšovat u něho motivaci k odvykání kouření.

#### 4. 6. Kouř

Prostřednictvím tabákového kouře se dostává do těla požadovaná návyková látka, ale také mnoho nežádoucích škodlivých příměsí.

Složení tabákového kouře závisí na řadě faktorů, např. na fermentaci tabáku, na jeho druhu, na půdě, na způsobu hnojení, apod. (Pradáčová, 2004)

Vdechovaný cigaretový kouř obsahuje velké množství různých chemických sloučenin v podobě plynů a tuhých částic (asi 4000 chemických látek). Plynné sloučeniny obsahují např. oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd, tuhé částice obsahují např. nikotin, benzen a dehet. (Pešek, Nečesaná, 2008)

Vedle látek dráždivé a toxické povahy jsou v tabákovém kouři také složky karcinogenní a kokarcinogenní (podmiňují nebo potencují účinek karcinogenů), přítomné převážně v dehtu cigaret. Tyto chemické sloučeniny se podílejí na vzniku karcinomů. Další nebezpečí představuje i to, že účinek karcinogenů z cigaretového kouře se sčítá s ostatními škodlivými faktory ze zevního prostředí. (Pradáčová, 2004) Čistý nikotin nemá žádné karcinogenní účinky. (Pilařová, 2003)

Je ovšem nutné říct, že citlivost na škodlivé látky v cigaretovém kouři je individuální. U karcinogenů je účinek látky bezprahový, tzn. že nemůžeme stanovit bezpečnou dávku. I jediná molekula může teoreticky vyvolat nádor. Existují lidé, kteří nejsou citliví na žádnou z těchto látek. Pak se hovoří o tzv. Churchillově syndromu (i přes nezdravý životní styl se tento britský politik dožil vysokého věku). Na opačné straně spektra jsou lidé, kteří jsou maximálně citliví na jednu nebo více látek, které obsahuje cigaretový kouř. Ti umírají už i po prvních stovkách či desítkách cigaret, nebo následkem pasivního kouření. (Králíková, Kozák, 1997)

#### 4. 7. Nikotin

Tabák obsahuje nikotin, který mezinárodní lékařské organizace řadí mezi látky vyvolávající závislost. Nikotin se rychle vstřebává z dutiny ústní nebo plic. Během několika vteřin se váže na receptory buněk v mozku a odtud ovlivňuje metabolismus organismu a vyvolává neurochemické reakce. (Pradáčová, 2004; Králíková, Kozák, 1997)

Nikotin je tedy onou látkou, kterou kuřák vyhledává, pokud se potřebuje povzbudit či uvolnit. Nikotin stimuluje jeho činnost, snižuje stres, zlepšuje pozornost a koncentraci, snižuje chuť k jídlu a ovlivňuje náladu. To vše podporuje motivaci k dalšímu kouření.

Nikotin se při každém šluku dostává na příslušná místa v mozku prakticky okamžitě a jeho působení se v těle projeví během několika málo minut. Důležitým faktorem resorpce nikotinu je rychlost a rytmus kouření. (Pilařová, 2003) Trvalý přísun drogy, rychlé působení, ovlivnění nálady, koncentrace a výkonnosti podmiňuje vznik závislosti. Odměnou pro kuřáka ovšem není jen dávka nikotinu, ale též vše, co vytváří kuřácké chování (rituál, prostředí, aj.). (Králíková, Kozák, 1997)

Pokud jde o vliv nikotinu, mezi kladné účinky lze uvést urychlení peristaltiky střev, podporu sekrece endorfinů, které naše tělo vnímá jako příjemné, zvýšení prahu bolestivosti, zlepšení pozornosti, zvyšování pracovní paměti a vizuální pozornosti. (Králíková, Kozák 1997; Pilařová 2003) Kladné účinky zahrnují i kuřácké rituály, kterými jsou kuřáci fascinováni (psychická závislost).

Ovšem celkový dopad kouření na zdraví není srovnatelný s těmi nepatrnými kladnými účinky. (Králíková, Kozák, 1997)

Krátkodobé negativní účinky na lidský organismus jsou následující: pokles kožní teploty, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tepové frekvence, hypovitaminóza C, poruchy obranyschopnosti organismu, zhoršení rovnováhy, koordinace a výkonnosti. (Králíková, osobní sdělení)

Dlouhodobé účinky na lidský organismus popíše dále.

#### **4. 8. Nemoci způsobené kouřením tabáku a úmrtnost**

Při hodnocení úrovně zdravotního rizika vyplývajícího z kouření je třeba uvažovat i faktory jako věk na počátku kouření, doba kouření, počet cigaret vykouřených za den, stupeň inhalování a charakteristika tabákových výrobků. (Hrkal, 2004)

Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga. Možná právě tato absence psychologických asociálních rizik nám brání, abychom si uvědomili o to větší rizika somatická. (Kalina, 2003)

První dvě dostatečně velké epidemiologické práce, prokazující souvislost rakoviny plic a kouření, byly publikovány až v roce 1950. Od té doby bylo publikováno velké množství prací, které popisují podíl kouření na 24 nemocích ve třech skupinách: kardiovaskulární onemocnění, nádory a chronická plicní onemocnění. (Kalina, 2003)

Kouření se podílí z 20% na vzniku srdečně- cévních onemocnění. Nemoci oběhové soustavy představují v ČR hlavní příčinu úmrtí.

Z mnoha epidemiologických studií vyplývá, že mezi kuřáky je o 53% více nemocných rakovinou (nejčastěji se vyskytuje rakovina plic).

Souvislost kouření a chorob dýchacího ústrojí byla jednoznačně prokázána. Bylo prokázáno, že kouření způsobuje 75% chronických plicních onemocnění. (Králíková, Kozák, 1997; Pradáčová, 2004)

Četnými epidemiologickými a experimentálními vědeckými pracemi bylo dokázáno, že kouření významně poškozuje schopnost lidské reprodukce (narušuje kvalitu spermií, snižuje plodnost žen, zvyšuje pravděpodobnost mimoděložního těhotenství, spontánního potratu a předčasného porodu). Ženám kuřačkám se rodí děti s porodní hmotností v průměru o 250g nižší, než ženám nekuřačkám. (Pešek, Nečesaná, 2008)

Složky obsažené v tabákovém kouří působí na změny v imunitních mechanismech organismu. Epidemiologické studie prokázaly vliv tabákového kouře na vznik autoimunních i alergických nemocí.

Kouření má rovněž negativní vliv na pokožku (pleť obličeje rychleji stárne, atd.) (Pešek, Nečesaná, 2008)

Na nemoci způsobené kouřením umírá polovina kuřáků.

Zanechání kouření vede k výrazným pozitivním účinkům na zdraví. Některé z nich se objevují již během několika hodin od poslední cigarety. Další zlepšení zdravotního stavu nastávají v průběhu několika měsíců a v průběhu dalších let pokračuje postupná redukce rizik kardiovaskulárních a onkologických onemocnění. (Králíková, Kozák, 1997)

#### **4. 9. Závislost na tabáku**

„Závislost na tabáku je chronické, recidivující onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i v ČR je příčinou každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární nemoci, dále způsobuje asi třetinu onkologických onemocnění, přes 80% chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. V ČR je každoročně 18 000 úmrtí způsobeno kouřením.“ (Králíková, 2008, Peto et. al., update 2006)

Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10- 15 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení. (Králíková, Býma, Cífková, 2005) . Závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí a její vznik podmiňuje zmnožení nikotinových receptorů v určitých částech mozku. Závislost na tabáku má dvě složky: psychosociální (behaviorální) a fyzickou (drogovou) závislost na nikotinu. Psychosociální závislostí kouření začíná a toto naučené chování se pak během let kouření pevně fixuje na určité situace a vytvářejí se tzv. kuřácké stereotypy. (Králíková, 2008)

Sociální závislost vzniká v příjemné, leč kuřácké společnosti. Zůstat nekuřákem v takovémto prostředí je těžké, a proto člověk často podlehne. Pak se pomalu stane kuřákem. Ve společnosti kuřáků má kouření i kladné stránky. Rituál zapalování cigarety pomůže při sblížení, překonání rozpaků při setkání, může zakrýt momentální bezradnost nebo nerozhodnost, vyřeší problém kam s rukama.

Po prvních kuřáckých pokusech se objevuje tolerance. Nepříjemné pocity mizí a člověk si na kouření zvyká. Kouří v určitých situacích. Kromě sociální vazby se vytváří i vazba psychická. Cigaretta se stává pomocníkem v různých situacích a též součástí životního stylu a chování. Psychická závislost znamená kouřit v určitých situacích, které jsou u každého jiné, nicméně typické: cigareta po jídle, po práci, po sexu, při kávě, apod. Toto spojení se fixuje. Psychosociální závislost je závislost na cigaretě jako takové, bez ohledu na složení či nikotin.

Po určité době, která je individuální a nemusí být ani závislá na délce kuřáctví, se vyvine závislost fyzická (drogová závislost na látce nikotinu). Většinou se vyvine během dvou let kouření, ovšem u některých kuřáků k ní nemusí dojít. (Králiková, Kozák, 1997)

V posledních dvou desetiletích vzniklo několik výzkumných prací, které prokazují, že neméně významnou částí fyziologických vlivů jsou vlivy sensorické. Farmakologický efekt nikotinu, který byl do těla vpraven nitrožilně či nosem, neuspokojil kuřáky tolik v porovnání s nikotinem, který je obsažen v cigaretovém kouři. Proto vznikla hypotéza, že vnímání v dýchacích cestách doprovázející potáhnutí z cigarety je v přenosu uspokojení z kouření zásadní. Tato hypotéza byla následně ověřena klinickými studiemi. (Kubů, Urbancová, 2000)

#### **4. 10. (Sebe-) Kontrola**

S kouřením souvisí smysl pro kontrolu vlastního jednání. Kuřák si vybírá druh cigaret podle obsahu nikotinu, určuje si, jak hluboce inhaluje, jak často a kolikrát inhaluje z jedné cigarety, kolik cigaret vykouří, atd. Kuřák si může „vyladit“ tolik nikotinu, kolik v daném okamžiku a v dané situaci potřebuje. Přizpůsobuje si tak svůj přísun drogy.

Jakmile je jednou kuřák lapen do nikotinové závislosti, jeho mozek jej nutí udržovat trvale svoji hladinu nikotinu, která mu působí požadovanou pohodu. Většina závislých kuřáků si musí po noční abstinenci brzy po probuzení zapálit cigaretu, aby si opět zvýšili hladinu nikotinu na potřebnou úroveň. Takový kuřák už nemůže být bez cigarety, nedokáže své kouření kontrolovat. Mnozí kuřáci pak musí kouřit v pravidelných intervalech bez ohledu na situace a okolnosti. Toto chování již není podmíněno sociálně, nýbrž se jedná o chování návykové. Z kouření cigaret se stává závislost- nutkavé, nekontrolovatelné užívání nikotinu.



Kouření tedy kontrolovat nelze, lze jen přestat. Velkou pomocí pro závislé na nikotinu je náhradní léčba nikotinem, která minimalizuje abstinenční příznaky. (Králíková, Kozák, 1997)

Každý člověk má v mozku určité množství nikotinových receptorů, které se vlivem kouření množí. Když přestane kouřit, tyto zmnožené receptory nejprve způsobují abstinenční příznaky a po jejich odeznění jsou „uspané“. Ovšem stačí jediná dávka drogy a znovu se „probudí“. A s nimi i závislost. Obtížnost překonání psychosociální závislosti je pro mnohé hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou závislost. (Kernová, Kebza: Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření. in Sovinová, Csémy, Sadílek, 2003)

## **5. Léčba a intervence**

Jak je patrné z předcházející kapitoly, kouření tabáku není jen nevinný zvyk. Je to nebezpečné návykové chování, které se nedá bezpečně kontrolovat. Navíc má vážné důsledky na jedince i celou společnost. Řešením je zcela jednoznačně včasná intervence a léčba. V následující kapitole popíšete, jaký průběh a úskalí čekají na kuřáka při odvykání kouření, jaké jsou možnosti motivovat stávajícího kuřáka k odvykání kouření a následně nastoupit účinnou léčbu. V léčebném procesu je klíčová motivace. Pojedmám proto o možnostech motivaci zvyšovat a pracovat s ní pro maximalizaci úspěchu. Nebude se jednat o vyčerpávající výčet všech možností, ale pouze o jmenování přístupů odborníků podílejících se na léčbě závislosti na tabáku. Půjde tedy o vnější působení na motivaci pacienta se snahou zvýšit její vnitřní úroveň na takovou míru, aby byla účinná a podpořila změnu chování (odstranění návyku).

### **5. 1. Léčba**

„Závislost na tabáku je chronická nemoc, která zasluhuje léčbu. Patří mezi ovlivnitelné rizikové faktory nejen kardiovaskulárních onemocnění, ale i nádorových onemocnění. Krátká intervence a léčba dokáží snížit nemocnost i úmrtnost a zvýšit kvalitu života mnoha lidí. Přinášejí nejen výrazný zdravotní, ale v konečném důsledku i finanční benefit pro pacienta i pro celý zdravotní systém.,, (Čupka, Nešpor, Králíková a kol., 2005)

Přestat kouřit má smysl vždy a u každého. Vždy to znamená prospěch. Už po 1 roce nekouření je riziko úmrtí v důsledku kouření asi poloviční. Při abstinenci delší, než 5 let je riziko úmrtí či onemocnění v důsledku kouření jen o málo vyšší než u nekuřáka. Asi po 10 letech nekouření je míra rizika přibližně stejná jako u nekuřáka.

Kouření je naučené chování, které si člověk osvojuje pomalu a dlouhodobě. Proto i snaha zbavit se tohoto návyku trvá několik měsíců, výjimečně i let. (Králíková, Kozák, 1997)

Kuřák si musí přát přestat kouřit a sám se rozhodnout k aktivní změně. Zbavit se závislosti na nikotinu je obtížné, svědčí o tom nízká úspěšnost dosavadní léčby. (Králíková, 2004)

Doba, za jakou se člověk stane bezpečně nekuřákem, je individuální. Délka kritického období nezávisí na délce kuřáctví, ani na počtu denně vykouřených cigaret, ani na míře závislosti na nikotinu. Závisí pouze na vážnosti rozhodnutí už nikdy si nezapálit- rozhodnutí je to podstatné. (Králíková, Kozák, 1997)

Jako úspěch můžeme hodnotit jen dlouhodobou abstinenci, tj. nejméně 6 – 12 měsíců. Hodnocení úspěšnosti léčby přisuzuje placebo 3- 5%, intenzivní psycho-behaviorální intervenci 10%. Farmakoterapie zdvojnásobuje úspěšnost, a tudíž její spojení s intenzivní intervencí může znamenat dosažení abstinence u cca 20% kuřáků. (Králíková, Býma, Cífková, 2005)

Dostupnost léčby a podpory pro ty kuřáky, kteří chtějí přestat, je jedním z bodů kontroly tabáku nejen pro zdravotníky, ale pro celý zdravotní systém. Doplňuje jiné přístupy, ale má specifickou cílovou skupinu. (Králíková, 2008) Preventivní přístupy by případně úspěšnosti snížily výskyt nemocí za 30- 50 let, zatímco odvykání kouření dospělých kuřáků zlepší zdraví populace rychleji, za 20- 30 let. (Peto et. al., 2000) Začlenit léčbu závislosti na tabáku do zdravotních systémů doporučuje ve svém 14 § i Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO (FCTC, Framework Convention on Tobacco Control, dostupná na [www.fctc.org](http://www.fctc.org) nebo česky na [www.dokurte.cz](http://www.dokurte.cz)) platná od února 2005. (Králíková, 2008)

## **5. 2. Odvykání kouření**

„Je tolik způsobů odvykání kouření, kolik je kuřáků.“ (Králíková, Kozák, 1997)  
Odvykání kouření znamená změnit životní styl. (Pradáčová, 2004)

Zatímco v zemích s velmi dobrou osvětou se pokouší přestat 80% kuřáků (v EU 54%), jen necelé polovině z nich se to podaří před 60. rokem života. Ke zvýšení úspěšnosti je třeba nových léčebných postupů. V současnosti intervence zahrnuje behaviorální a farmakologickou léčbu. (Králíková, 2004)

Rozhodnutí přestat je pro boj se závislostí zásadní! Není to otázka vůle, ale je zapotřebí mít vůli se rozhodnout. Při dostatečné motivaci přestat lze. Motivací se rozumí připravenost ke změně (přestat kouřit) či touha po takové změně. ( Pešek, Nečesaná, 2008)

Pro většinu kuřáků znamená přeměna v nekuřáka projít pěti stádii tzv. cyklu změny (Králíková, Kozák, 1997; Pešek, Nečesaná, 2008; Miller, Rollnick, 2003), jehož autory jsou C. C. Prochaska a J. O. DiClemente.

**Prekontemplační stádium** je období, kdy kuřák popírá, nebo bere na lehkou váhu zprávy o negativních účincích kouření na lidské zdraví. Namlouvá si, že se ho žádné z rizik netýká a že jeho kouření nemůže nikomu jinému uškodit. Kuřák neuvažuje o změně, chce dál kouřit, a také dál kouří. Motivace přestat kouřit je nulová nebo velmi nízká.

V **kontemplačním stádiu** začíná kuřák chápat a akceptovat, že je kouření škodlivé, obtěžující, drahé a sociálně nežádoucí. Typická je pro tuto fázi ambivalence- kuřák o změně uvažuje, ale zároveň ji odmítá. Motivace je v této fázi kolísavá.

V **přípravném stádiu kuřák** pochopí, že výhody toho, že přestane kouřit, jakkoliv to bude obtížné, dalece převáží nevýhody kuřáctví. Začne se zajímat o zkušenosti druhých s odvykáním kouření, o metody odvykání, a rozhodne se stát nekuřákem. Motivace může být dosti vysoká.

**Stádium akce** je to, když kuřák začne s odvykáním, zahájí určitý typ léčby. Je rozhodnut s kouřením přestat a provádí metody nutné k udržení abstinence.

**Stádium setrvání** znamená zůstat nekuřákem. Rozvoj nového životního stylu snižuje riziko relapsu (tj. opětovný návrat ke kouření).

Doba strávená v různých stádiích je individuální. Jen malému počtu kuřáků se podaří přestat hned napoprvé. Nezbyvá než začít znovu, vrátit se do stádia akce. Pro další pokus je vhodné využít svého neúspěchu ve svůj prospěch, zamyslet se nad tím, proč jsme selhali a za jakých okolností a vyvarovat se těchto rizik.

Metody odvykání kouření jsou všechny v podstatě stejně účinné. Nezáleží na způsobu, který si pro odvykání člověk zvolí, ale na pevném rozhodnutí přestat.

Omezování kouření nemá valný význam. Má smysl snížit spotřebu, pakliže kuřák spotřebuje denně větší množství cigaret (např. 60 ks), ale jen na pár týdnů. Pak je stejně třeba přestat naráz, úplně a navždy.

Den, kdy začíná kuřák s odvykáním, je velmi důležitý. Úspěch závisí na jeho vhodném stanovení a vyplatí se na tento „den D“ řádně připravit (odstranit kuřácké potřeby, říci o svém záměru svému okolí, aj.).

Velice důležité je změnit životní styl, ovšem s rozmyslem. Člověk se musí připravit na obtížné situace a naplánovat si, jak vyplní mezeru vzniklou po odstranění návyku. (Králíková, Kozák, 1997)

Po zanechání kouření se zvyšuje tělesná hmotnost asi o 5%, dle některých prací se tělesná hmotnost zvýší v průměru o 4 kg po roce nekuřáctví. Na váze ovšem nepřibírají zdaleka všichni. Na přibírání na váze během prvních týdnů odvykání kouření se podílí více faktorů. Zpomalení peristaltiky střev znamená, že je potrava v těle déle a vstřebává se více látek. Dále je rozhodující zlepšení chuti k jídlu a větší potřeba dávat si něco do úst místo cigarety. Dietní doporučení při odvykání kouření je jasné a logické: hlídat si rovnováhu mezi příjmem energie a jejím výdejem. Velmi se doporučuje zvýšená fyzická aktivita pro zvýšení výdeje energie a vybití možného psychického napětí. (Králíková, Kozák, 1997)

### 5. 3. Abstinenční příznaky

Abstinenční příznaky se dostávají u závislých kuřáků v důsledku omezení příjmu nikotinu. (Pradáčová, 2004) Obvykle začínají do několika hodin po ukončení kouření a vrcholu dosahují po 24- 48 hodinách. Většina příznaků odezní do čtyř týdnů, avšak lačnění po účincích nikotinu může trvat i půl roku. (Pilařová, 2003)

Abstinenční tabákový syndrom se dle DSM- IV (Americká psychiatrická asociace, 1995) projevuje: špatnou náladou (deprese), podrážděností (zlost), úzkostí, poruchami spánku, neschopností soustředění, neschopností odpočívat, zvýšenou chutí k jídlu, atd. (v DMS- III se vyskytlo i bažení/ craving). (Králíková, 2008)

Dle MKN- 10 musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav.

- Musí být jasný důkaz o nedávném úplném vysazení nebo snížení dávek látky po opakovaném a obvykle dlouhodobém užívání a/ nebo používání vysokých dávek této látky.
- Příznaky odpovídají známým projevům odvykacího stavu u určité látky.
- Příznaky nelze přičíst zdravotní poruše, která nesouvisí s užíváním látky, ani je nelze lépe přičítat jiné duševní poruše nebo poruše chování.

Musí být přítomny alespoň 2 z následujících znaků:

- silná touha po tabáku (nebo jiných výrobcích obsahujících nikotin)
- malátnost nebo slabost
- úzkost, strach až sklon k depresím
- dysforická nálada
- podrážděnost, nervozita nebo neklid
- nespavost
- zvýšená chuť k jídlu
- silný kašel
- vředy v ústní dutině

- poruchy soustředění ( + přechodné zhoršení kognitivních funkcí). (Čupka, Nešpor, Králíková a kol., 2005; Králíková, Kozák, 1997)

Doba trvání těchto obtíží (většina kuřáků trpí jen některými z nich) je individuální. Nejhorší bývají první 3 týdny, průměrná doba obtíží je pak 3 týdny až 3 měsíce. V každém případě ale dříve či později všechny obtíže přestanou. (Králíková, Kozák, 1997)

#### **5. 4. Krátká intervence**

Více než 70% kuřáků by chtělo s kouřením přestat a téměř dvě třetiny kuřáků, kteří zrecidivovali, chce opět do měsíce zkusit přestat kouřit. Kuřáci uvádějí radu lékaře přestat kouřit jako významný stimul pro pokus odvykat. Lékaři a zdravotní systém jsou v častém kontaktu s kuřáky. Lékaři mají u těchto pacientů velkou důvěryhodnost. Bohužel v praxi z této příležitosti často nevyužijí. Data z výzkumu efektivity zdravotní péče (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS; <http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx> ) ukazují, že pouze u 39% pacientů kuřáků provedl lékař krátkou intervenci. (Fiore, Jaén, Baker, 2008) Kouření a odvykání kouření by mělo být součástí základního vzdělání všech zdravotnických profesí. (Králíková, Býma, Cífková, 2005)

Pro demonstraci pomoci kuřákům v ordinaci praktického lékaře (ale i ostatních lékařů), která by měla být samozřejmou součástí klinické práce, byla vytvořena krátká intervence 5P (anglicky 5A). Umožňuje lékaři, aby v relativně krátkém čase (asi 3- 5 minut) pacientovi kuřákovi pomohl přestat kouřit, nebo alespoň posiloval přesvědčení o nutnosti přestat kouřit.

Výraz „5P“ (v anglickém jazyce „5A“) znamená: Ptát se (Ask), Poradit (Advise), Posoudit ochotu přestat (Assess), Pomoci (Assist), Plánovat kontroly (Arrange follow-up). (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005; Fiore, Jaén, Baker, 2008)

##### Ptát se (Ask)

Lékař by se měl každého pacienta zeptat, zda kouří tabák či kouřil v minulosti. Tuto informaci by měl zaznamenat ve zdravotní dokumentaci. S každým identifikovaným kuřákem by měl hovořit o kouření alespoň jednou ročně.

##### Poradit (Advise)

Rada pacientovi přestat kouřit by měla být jasná, důrazná a osobní.

##### Posoudit ochotu přestat kouřit (Assess)

Lékař by se měl pacienta zeptat, zda je ochotný v současnosti přestat kouřit. Jestliže je pacient ochoten, lékař mu poskytne pomoc (viz. následující bod- Assist). Pokud má pacient zájem o intenzivní léčbu ve specializovaném centru nebo v poradně pro odvykání kouření,

lékař mu poskytne základní informace o místu i průběhu léčby. Není-li pacient v současnosti ochoten přestat, lékař by měl při následujících návštěvách empaticky pracovat s motivací.

#### Pomoci (Assist)

Možnosti pomoci pacientovi mohou být následující:

- Vytvoření plánu, jak přestat kouřit- stanovit „den D“, připravit pacienta na případné počáteční obtíže a abstinenci příznaky, doporučit strategie, které pomohou při zvládnání a omezí rizika relapsu, poučení o nepatrném nárůstu tělesné hmotnosti po zanechání kouření a dietologická doporučení
- Poradenství- zhodnocení a poučení z případných předchozích pokusů o abstinenci od tabáku, rozpoznávání spouštěčů a užití způsobů, jak je zvládat a vyhnout se jim
- Podpora okolí- zahrnuje i podporu lékaře a dalších zdravotnických pracovníků
- Farmakoterapie; aj.

#### Plánovat kontroly (Arrange follow-up)

První kontrolu je třeba naplánovat na první týden po zanechání kouření. Druhá kontrola by měla následovat během prvního měsíce. Lékař zkontroluje užívání eventuální farmakologické léčby a případně ji upraví. Zároveň povzbudí odhodlání k odvykání.

(Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

Dříve, než se přistoupí k pomocné terapii, je nutno zjistit závislost kuřáka na nikotinu dle Fagerströмова testu<sup>3</sup> (Fagerström Test of Nicotine Dependence) (Pradáčová, 2004), nebo podle škály závislosti na cigaretách (Cigarette Dependence Scale, CDS) s 5 otázkami (CDS-5) nebo s 12 otázkami (CDS-12). Podle míry závislosti se pak volí vhodná farmakoterapie a další přístupy léčby. Silně závislý kuřák potřebuje vyšší dávku nikotinu v rámci náhradní terapie nikotinem a výraznější práci s motivací z hlediska zvládnání abstinenci příznaků.

### **5. 5. Intenzivní léčba**

Intenzivní léčbu navrhne lékař tehdy, pokud je pacient ochoten na ni přistoupit a léčba je dostupná. Důvodem pro intenzivní léčbu může být i souběh závislosti na tabáku s jinými problémy. Intenzivní program je individuální, ale program by měl zahrnovat 5 a více návštěv během roku. Léčba může probíhat individuálně i formou skupinové terapie. Uplatňuje se kognitivně- behaviorální terapie (návlek zvládnání problémů, zvládnání bažení/ cravingu, nahrazování kuřáckých rituálů, relaxační techniky, aj.) a farmakoterapie. V našich

---

<sup>3</sup> Viz. příloha č. 2

podmínkách probíhá intenzivní léčba ve speciálních centrech léčby závislosti na tabáku (aktuální seznam je na [www.clzt.cz](http://www.clzt.cz)). (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

*Centra léčby závislosti na tabáku* jsou specializovaná pracoviště v rámci léčebně preventivní péče, většinou v rámci pneumologických nebo interních klinik, nejméně s jedním speciálně vyškoleným lékařem a jednou sestrou. Ti nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psycho-sociální a behaviorální intervence (skupinové nebo individuální), indikují farmakoterapii, atd.

Během úvodní (screeningové) návštěvy se stanovuje míra závislosti na nikotinu, provádí se základní klinická vyšetření a psychodiagnostické testy a bude pacientovi vysvětlen průběh léčby v centru, včetně stanovení případné farmakoterapie. V případě souhlasu pacienta s plánem léčby následuje vstupní návštěva, kdy se mohou opakovat některá měření, dále je pacientovi vysvětlen princip kouření a některé souvislosti, a hlavně se může setkat s dalšími odvykajícími kuřáky. Probíhá psychobehaviorální intervence, jejíž důležitou součástí je doporučení změny životního stylu. Další kontrolní návštěvy probíhají od prvního týdne odvykání v termínech individuálně určených a s postupně se prodlužujícími intervaly. Opakují se některá vyšetření a posuzuje se průběh léčby. Konzultují se např. abstinenční příznaky či účinnost případné farmakoterapie. Poslední návštěva je po roce od poslední cigarety. (Králíková, 2008)

*Poradny pro odvykání kouření* nabízejí možnost především psychosociální podpory a podrobnější konzultace, nebývají součástí léčebně-preventivní péče. V ČR je jich asi 40 (aktualizovaný seznam na [www.dokuřte.cz](http://www.dokuřte.cz)).

U kuřáků jsou oblíbené *telefonické linky pomoci* a mohou být i účinné. V tomto směru je nutno podniknout další výzkum k posouzení efektivity. V ČR funguje linka pro odvykání kouření na telefonním čísle 844 600 500. (Králíková, Býma, Cífková, 2005)

### Psychobehaviorální terapie

Psychosociální závislost znamená potřebu mít v určitých situacích cigaretu a pohrávat si s ní. Je to závislost na předmětu. Léčba spočívá v psychobehaviorální intervenci, která rozbije zažitý stereotyp (vazbu určité situace na kouření cigarety). (Kalina, 2003)

Mezi psychoterapeutické postupy patří např. kognitivně-behaviorální terapie, nácvik vhodných způsobů chování (nahrazování kuřáckých rituálů), zvládání bažení, relaxační techniky, asertivní techniky, aj. (Kernová, Kebza: Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření.- viz. Sovinová, Csémy, Sadílek, a kol., 2003; Čupka, Nešpor, Králíková, 2005; aj.)

## Farmakologická léčba

Základní farmakoterapie představuje především náhradní terapie nikotinem (NTN; anglicky nicotine replacement therapy- NRT) a bupropion. (Králíková, Býma, Cífková, 2005) Farmakologická léčba je vhodná pro ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu. (Čupka, Nešpor, Kráčíková, 2005)

„Kuřáctví je vedle sociálních a psychologických vazeb, které formují chování každého jedince, dále ovlivňováno i farmakologickou závislostí, která je pro mnohé obtížně zvládnutelná. Projevuje se vznikem nepříjemných abstinčních příznaků... ty vznikají z nedostatku nikotinu v určitých centrech mozku, z poklesu jeho hladiny v krvi. ... Tady přichází na pomoc náhradní nikotinová léčba.“ (Kráčíková, Kozák, 1997)

Nejedná se ovšem o lék proti kouření, ale o náhražku cigarety. Jde o lék proti vzniku abstinčních příznaků. Náhradní nikotinová léčba zvyšuje efekt léčby. Bez receptu je dostupná ve formě žvýkaček, inhalátorů, náplastí, atd. Při správném a pravidelném způsobu aplikace poskytují všechny formy stejný výsledek. (Kalina, 2003)

Po počáteční období odvykání kouření je nikotin organismu dodáván. Asi po třech měsících léčby je přísun nikotinu snižován až na nulu. Mozek si tak navyká na stále menší přísun drogy a vzhledem k tomu, že se kuřák již naučil nové formě chování, zvládá postupný pokles přísunu nikotinu snadno. (Kráčíková, Kozák, 1997)

Jako kontraindikace jsou nejčastěji uváděny akutní kardiovaskulární onemocnění, těhotenství, nebo dětský věk. Náhradní terapie nikotinem je však vždy méně nebezpečná než kouření, a proto je i podle doporučení WHO indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby. (Čupka, Nešpor, Kráčíková, 2005)

Bupropion je jediné antidepresivum s indikací léčby závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. V Evropě je široce dostupný, pouze vázaný na lékařský předpis. (Kráčíková, Býma, Cífková, 2005)

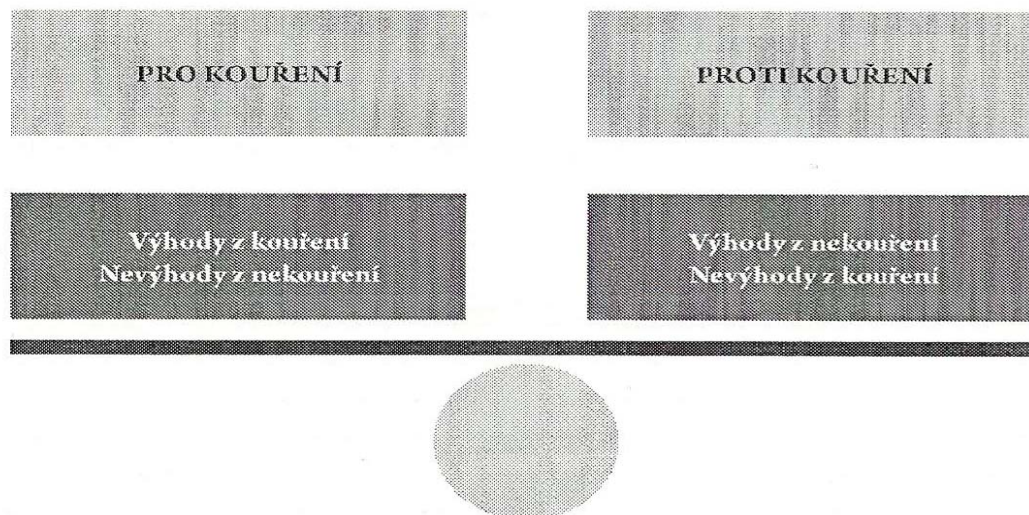
### **5. 6. Motivace k odvykání kouření**

„Positivní postoj k nekuřáctví a motiv, proč s kouřením skoncovat, jsou zásadní a ovlivňují úspěšnost rozhodnutí nekouřit.“ (Kráčíková, Kozák, 1997)

Důvody proč přestat kouřit jsou různé (zdravotní, sociální, finanční, aj.). Ovšem všechny jsou stejně hodnotné, vedou-li k nekuřáctví. Prvním krokem je tedy přesná formulace důvodu, proč chceme přestat a proč jsme se rozhodli.

Orientační motivaci kuřáka zanechat kouření lze měřit metodou zvanou motivační váha.





Nad 4 oblastmi rozloženými na motivační váze se kuřák zamýšlí z různých hledisek (zdravotního, psychického, sociálního). Jednotlivé výhody a nevýhody v těchto položkách by měly být co nejvíce konkrétní. Není důležitý počet položek na každé straně motivační váhy, ale součet kvality (na škále 1- 10) jednotlivých položek na každé straně motivační váhy. Jednotlivé výhody a nevýhody a jejich hodnota se mohou v čase měnit.

Pokud je výsledek (součet strany pro kouření versus výsledek strany proti kouření) na obou stranách motivační váhy těsný (např. o 2 body), pak je kuřák k zanechání kouření ambivalentní a není výrazně motivován přestat s kouřením. O výraznější motivaci ke změně lze hovořit v případě rozdílu nejméně 10 bodů. (Pešek, Nečesaná, 2008)

Na pacienta zaměřený přístup (angl. patient- centred approach) znamená ptát se pacientů na jejich kouření a probírat s nimi existující možnosti podpory při pokusu zanechat kouření. Kuřáci balancují mezi svým přáním přestat kouřit a svojí potřebou kouřit, je to tzv. motivační tenze. Krátká nabídka pomoci s respektem k motivační tenzi může pacientovi pomoci posunout se směrem k pokusu přestat kouřit. (Schayck et.al., 2008)

Pro posilování motivace k abstinenci těch pacientů, kteří zatím nechtějí přestat kouřit, vznikly následující techniky souhrnně nazývané „5R“ (podle výrazů v anglickém jazyce).

- **Důležitost (Relevance):** pacient by měl velmi konkrétně formulovat v čem je pro něho nekouření důležité. Tyto informace pak lze využít pro práci se specifickými motivacemi.
- **Rizika (Risks):** lékař by měl pacienta vyzvat k tomu, aby uvedl možné negativní důsledky kouření, a případně zdůraznit ty, které se pacienta nejvíce týkají. Lékař by měl také pacienta upozornit, že užívání tabáku v jiných formách než cigarety a kouření

cigaret s údajně nižšími obsahy škodlivin nesnižuje v žádném případě rizika spojená s kouřením.

- Odměny (Rewards): lékař by měl vyzvat pacienta k tomu, aby si vybavil možné výhody nekouření (lékař může navrhnout např. lepší čich a chuť, lepší tělesný pocit, dobrý příklad dětem, apod.).
- Překážky (Roadblocks): lékař by se měl ptát na překážky abstinence a zmínit prvky léčby, které dokáží tyto překážky překonat.
- Opakování (Repetition): motivační rozhovor by se měl opakovat při každé vhodné příležitosti.

(Čupka, Nešpor, Králíková, 2005; Nešpor, 2005; )

Správná motivace je velice důležitá, přičemž dle C. B. Siegmundové je podstatná právě správná formulace motivační snahy. Pracuje s pojmem „neuro-lingvistické programování“, který vyjadřuje intenzivní spojitost mezi jazykem a nervovým systémem. Slova a tělesné reakce v mozku jsou úzce spojeny. Optimální motivace by tedy měla obsahovat konkrétní jazykovou a smyslovou představu vlastního cíle. Strach z negativních následků kouření není dobrou motivací. Na místo toho je žádoucí zformulovat si pozitivní cíle. (Siegmund, 1998)

### **5. 7. Motivační rozhovory (MR; angl. motivational interviewing, MI)**

Motivační rozhovory se u odborné veřejnosti stávají stále více uznávanější intervenční metodou. Využívají se k rozhovorům s pacienty (chcete-li klienty) o změně rizikového chování, k podpoře zdravého životního stylu. Tato terapeutická metoda nalézá široké uplatnění v různých typech léčebných programů. Může být využívána ve skupině nebo s jednotlivci, jako krátkodobá intervence nebo součást dlouhodobého léčebného programu. Postupy uplatňované v motivačních rozhovorech jsou spíše přesvědčovací než donucovací.

Vychází z cyklu změny Prochasky a DiClementa (viz. výše), ze stádia motivace pacienta v určitých fázích cyklu. (Nešpor 2005) Motivace klienta není vnímána jako existující podmínka pro úspěšnou léčbu, ale jako proces, který může terapeut svou prací s klientem výrazně ovlivnit. Proto je nutná značná obezřetnost. Poradce nese zodpovědnost za správné vedení klienta a musí se vyvarovat rizik.

Základní ideou je tzv. Rogerovský přístup ke klientovi<sup>4</sup>. Staví na předpokladu, že klienti jsou schopni kontrolovat a činit rozhodnutí o svém chování.

Motivace se z pohledu motivačních rozhovorů jeví jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, jež se mění v různých situacích a s časem. Každé rozhodování o změně s sebou nese volbu mezi důvody pro změnu a proti změně (ambivalence). Úkolem poradce je pomoci klienta nasměrovat k tomu, aby učinil rozhodnutí o žádoucí změně. (Miller, Rollnick, 2004)

Míra připravenosti ke změně se s průchodem různých fází mění. Stěžejní jsou dva hlavní aspekty: význam, jaký člověk změně připisuje, a víra v možnost jejího uskutečnění. Postoj pacienta ke změně je do jisté míry záležitostí interpersonální a lékař může tento postoj ovlivňovat. Model přípravy změny zahrnuje 5- 6 fází, přičemž v každé fázi je třeba trochu jiný přístup terapeuta ke klientovi. (Soukup, Papežová, 2006)

Můžeme shrnout 8 obecných motivačních postupů:

- **Předávání rad:**  
Dobrá rada by měla směřovat k jádru problému, měla by obsahovat poučení, proč je změna třeba, a měla by konkrétní změnu navrhnout.
- **Odstraňování překážek:**  
Prvotní je rozpoznání překážek na cestě ke změně. Pak je úkolem poradce pomoci klientovi nalézt praktické řešení.
- **Nabídka výběru:**  
Pokud je člověk k něčemu nucen, lze očekávat odpor. Motivaci zvyšuje pocit, že člověk svobodně a zodpovědně učinil svoje rozhodnutí.
- **Snižování přitažlivosti:**  
Ve fázi uvažování o změně porovnává člověk prospěch ze změny vůči ceně, kterou by ho změna stála. Poradce musí odhalit klientovy důvody pokračovat ve stávajícím chování a hledat metody pro omezování přitažlivosti problematického chování.
- **Uplatnění empatie:**  
Výzkumy dokazují, že terapeutická empatie účinně podporuje změnu. Jedná se o dovednost, která obnáší porozumění klientovu mínění prostřednictvím reflektivního naslouchání.
- **Poskytování zpětné vazby:**  
Úkolem terapeuta je dát klientovi jasnou zpětnou vazbu o jeho současné situaci, jejích následcích a nebezpečích.

---

<sup>4</sup> Carl R. Rogers (1902- 1987) byl významný představitel humanistické psychologie.

- Vyjasňování cílů:  
Obraz stávající situace musí být porovnáván s nějakým standardem, posuzován na základě osobních cílů. Ty musí být pro daného člověka realistické a dosažitelné.
- Aktivní pomoc:  
Pro terapeuta znamená aktivně a přesvědčivě se zajímat o změny probíhající u klienta. Iniciativa a zájem musí být v úměrných mezích, aby výsledná snaha byla v klientově režii. (Miller, Rollnick 2004)

## 5. 8. Kuřácká situace v České republice

V České republice kouří přibližně 30% dospělé populace, tedy přes 2 miliony osob. Asi 60- 70% z nich, tedy přes 1, 5 milionu, si přejí přestat. (Králíková, Býma, Cífková, 2005) K roku 1999 bylo v české populaci asi 13% bývalých kuřáků, tzn. těch, kteří zvítězili nad závislostí na nikotinu. Celkem 70% z nich abstínuje již déle než 4 roky a pravděpodobnost, že se ke kouření vrátí je menší. Je záhodno tuto skupinu podrobněji analyzovat, neboť jejich poznatky a zkušenosti jsou dobře využitelné pro intervenční výzkum. (Sovinová, Csémy, Sadílek, 1999)

„Prevalence kuřáků v České republice byla opakovaně sledována deskriptivními studii na reprezentativním vzorku dospělé populace. Podle těchto studií byla prevalence kuřáků nejvyšší v 60. a 70. letech a od té doby pomalu klesala. V roce 1997 kouřilo 29, 9% dospělé populace (starší 15 let), v roce 1999 25, 2%.“ (Pilařová, 2003)

Celková prevalence kouření u nás od listopadu 1989 mírně klesá ( z 37% v roce 1990 na dnešních 29- 30%), ovšem klesá spíše mezi staršími lidmi, naopak dramaticky roste mezi mladými (45- 50%) a hlavně mezi ženami. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005)

Podle výsledků Světového šetření o zdraví z roku 2004, které v ČR provádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, kouří denně každý čtvrtý dospělý (asi pětina všech dospělých žen a třetina dospělých mužů). Podíl denních kuřáků s věkem u mužů i žen rostl, zastavil se u věku 40- 49 let (v této věkové skupině kouřila asi třetina žen a polovina mužů) a s vyšším věkem opět klesal. Mezi podílem denních kuřáků a kuřaček do 30 let věku nebyl rozdíl statisticky významný.

Do rozdílů v prevalenci pravidelného kouření podle velikosti bydliště nebo vzdělání významně zasahoval věk (generační faktor). Ve skupině 60letých a starších žen kouřily více ženy vzdělané a z velkých měst. U mladších žen bylo nejvíce kuřaček se základním vzděláním. Pravidelných kuřáků ubývalo s vyšším vzděláním, kromě mužů nad 60 let. Prevalence pravidelného kouření klesala s velikostí bydliště. Rozdíly mezi muži a ženami

byly způsobeny především výrazně vyšším kuřáctvím mužů bez maturity. Pravidelnými kuřáky byli častěji manuálně pracující a nezaměstnaní, tedy spíše méně vzdělaní.

Na pravidelného kuřáka připadalo v průměru 15 vykouřených cigaret za den. Muži vykouřili v průměru více cigaret než ženy, závislost na věku nebyla zjištěna. (Hrkal 2004)

V České republice umírá ročně celkem cca 100 000 osob, ze kterých zhruba 1/5 (18 000) osob na nemoci způsobené kouřením. Téměř 2/3 z nich jsou osoby ve středním věku (35- 69 let). Tato úmrtí se tedy netýkají pouze starých lidí, ale často společensky i ekonomicky aktivních lidí středního věku. (Čupka, Nešpor, Králíková, 2005; Peto et. al., 2006)

### **5. 9. Kontrola tabáku (Tobacco Control)**

Dnes umírá na následky kouření každý desátý dospělý člověk na světě. Prognózy hlásí, že do roku 2030 se počet zvýší na každého šestého. Donedávna se tato epidemie chronických onemocnění a předčasných úmrtí týkala převážně bohatých zemí, dnes se však rychle přesouvá do rozvojového světa (do zemí s nízkými či středními příjmy- ČR). (Jha, Chaloupka, 1999)

Tabákové výrobky nejsou normální spotřební zboží- mají fatální účinky na lidské zdraví i na sociální a ekonomické zdroje. Proto je třeba systematicky snižovat jejich spotřebu. Je nutný komplexní přístup celé společnosti a to nejen v jednotlivých zemích, ale globálně- stejně jako je globální tabáková epidemie. (Králíková, Štěpánková, Pohlová, 2009) Úspěšný globální program proti kouření musí být propracovaný. Musí zahrnovat zdravotnickou edukaci, veřejnou politiku a programy na šíření informací. Vzdělávání musí probíhat v médiích, ve školách a zdravotnických institucích. (Kernová, Kebza: Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření. in Sovinová, Csémy, Sadílek, a kol., 2003)

Není pochyb, že kuřáctví ohrožuje zdraví v globálním rozsahu. Mnohé vlády se ovšem vyhýbají tomu, aby přikročily k omezování kuřáctví legislativními opatřeními, protože se obávají, že by takové zásahy mohly mít negativní ekonomické dopady. Tyto obavy jsou ovšem většinou neopodstatněné. (Jha, Chaloupka, 1999)

Kuřáctví bylo označeno za hlavní hrozbu trvalého rozvoje pro všechny státy. Studie Světové banky ve stati „Ekonomické náklady a přínos investování do tabáku“ odhaduje, že náklady na zdravotní péči v souvislosti s kouřením představují obrovské roční ztráty. Studie také ukazuje, že prevence kouření se řadí k nákladově nejúčinnějším zdravotnickým intervencím.

Již začátkem 70. let vydala Evropská unie první direktivy týkající se kontroly kouření (zvýšení daní z cigaret, zákaz kouření ve veřejných místnostech, návrh na snižování kuřáctví). V lednu 2001 předložila Světová zdravotnická organizace (WHO) návrh textu „Rámcové dohody o kontrole kouření“ (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) a ten byl v květnu 2003 schválen. Je to první právně závazný dokument v historii WHO. Jedná se o první globální dohodu 192 členských států WHO, která stanovuje základní pravidla jak omezit šíření tabákové epidemie. Cílem dohody je vyřešit sporné otázky, které se týkají reklamy a propagace tabáku, diverzifikace zemědělství, pašeráctví, daní a subvencí. Jednotlivé země musí po přijetí ve WHO dohodu podepsat (doposud 168 zemí ze 192, ČR podepsala) a ratifikovat (doposud 160 zemí, což představuje 85% světové populace). Česká republika bohužel zatím dohodu neratifikovala, protože úmluva neprošla v roce 2006 o jediný hlas senátem. V sedmadvacítce zemí EU jsme poslední, kdo mluvu neratifikoval (stav v lednu 2009).

Obsahem úmluvy jsou základní minimální požadavky na kontrolu tabáku, které by měly platit ve všech zemích. Mezi účinná opatření patří především:

- Zákaz jakékoliv reklamy a propagace tabákových výrobků včetně sponzorování;
- Zákaz používání zavádějících a lživých označení jako „light“, apod.;
- Zdravotní varování s obrázky nebo piktogramy na nejméně 30% velkých ploch krabiček;
- Ochrana před pasivním kouřením na všech pracovištích, v dopravě a ve všech veřejných prostorech;
- Daňová politika, která zajistí vysoké zdanění tabákových výrobků a dále doporučení věnovat 1- 2% z těchto vybraných daní na prevenci a léčbu závislosti na tabáku;
- Kontrola pašování a nelegálního prodeje, možnost detekovat původ a určení každé krabičky, monitorovat a sledovat pohyb tabákových výrobků, prodej jen v obchodech s licencí;
- Dostupná léčba závislosti na tabáku.

(Pradáčová, 2004; Králíková, Štěpánková, Pohlová, 2009)

## **5. 10. Kontrola tabáku v ČR**

Část české společnosti vnímá opatření omezující kouření jako omezování osobní svobody. Měli bychom usilovat, aby se nekouření stalo společenskou normou, která není

omezením, ale naopak přináší lepší zdraví a vyšší kvalitu života. (Sovinová, Csémy, Sadílek, 2003).

Reklama na tabákové výrobky byla víceméně zakázaná zákonem 132/ 2003, ale bohužel ne v místě prodeje. Místa prodeje navíc nejsou u nás nijak omezena.

Výrazy „light“ a podobně ČR se vstupem do EU zakázala, výrobci ovšem zákaz řeší barevným rozlišením. Současná metoda označování množství nikotinu a dehtů je zavádějící, neboť tyto hodnoty nezávisí na tolik na druhu cigarety jako na způsobu kouření. V některých zemích (např. v Kanadě) udávají na krabičkách nikoliv jednu hodnotu, ale rozmezí. Zdravotní varování na krabičkách souvisí s informováním spotřebitele, je ovšem nedostačující z hlediska míry informací. U nás reguluje varování vyhláška Ministerstva zemědělství číslo 344/ 2003, cigarety jsou totiž zařazeny mezi potraviny. O přijetí varování dle EU se již několik let jedná, stále bez výsledku.

Ochrana před pasivním kouřením je u nás částečně zajištěna zákonem 379/ 2005, který reguluje kouření v uzavřených veřejných prostorech.

Příjem státního rozpočtu z daní uvalených na tabákové výrobky by se mohl zdát ziskový, ovšem reálně stojí nápravy škod více peněz než daně vynesou.

Kontrola pašování a nelegálního prodeje je u nás na nízké úrovni. Souvisí to s tím, že se cigarety mohou prodávat jinde než v obchodě s licencí.

Dostupná léčba se u nás začíná rozvíjet. Léčba i prevence se týká všech lékařů, intenzita pak závisí na čase, který má lékař k dispozici.

Přehled o tom, jak si s kontrolou tabáku stojí ČR v porovnání s okolním světem můžeme získat z hodnocení a porovnání evropských zemí, které proběhlo mezi léty 2005 a 2007 pomocí škály s názvem „The Tobacco Control Scale“ (TCS). Maximální počet 100 bodů byl dán úrovni ceny cigaret (30 bodů), stupněm ochrany před pasivním kouřením (22b.), veřejnými výdaji na vzdělávací kampaně (15b.), zákazem reklamy na tabákové výrobky (13b.), velkým zdravotním varováním na krabičkách (10b.) a dostupnou léčbou (10b.). Čísla v závorkách udávají maximální možný počet bodů, které bylo možno získat za kontrolu tabáku v dané oblasti. Celkově získala ČR 40 bodů z možných 100 a skončila na 25. místě ze 30 hodnocených zemí. (Králíková, Štěpánková, Pohlová, 2009; Joossens, Raw, 2007)

## **6. Praktická část – Kazuistiky**

Svou práci jsem se rozhodla pojmout převážně teoreticky, ale pro zmapování některých fakt týkajících se závislosti na tabáku a odvykání jsem na základě konzultací zvolila doplnit ji dvěma krátkými kazuistikami a drobným statistickým přehledem dat získaných z databáze pacientů Centra léčby závislosti na tabáku v Praze.

Zpracování tématu předcházelo nastudování relevantní literatury a konzultace s odborníky (osobně i elektronickou formou), kteří se zabývají problematikou závislosti na tabáku.

Pro doplnění teoretického náhledu na problematiku jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkumnou metodu sběru dat, a to jakousi zjednodušenou kazuistiku (případová studie). Jedná se o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů, jehož účelem je zachycení složitosti případu, popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí. (Hendl, 2005; s. 104)

Jako techniku sběru dat jsem si zvolila interview. Hendl uvádí důležité zásady pro vedení interview. Tyto zásady jsem si před samotnými rozhovory nastudovala a snažila jsem se jim co nejlépe dostát.

### Zásady pro vedení interview:

1. Důkladně jsem se připravila na provedení rozhovoru.
2. Účel výzkumu určuje celý proces interview (např.: volbu místa setkání- nekuřácký prostor).
3. V interview jsem vytvořila rámec, v němž se dotazovaný mohl vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.
4. Snažila jsem se navodit vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu, včetně citlivého přístupu při diskutování nepříjemných témat (např. kouření rodičů a zdravotní obtíže, apod.)
5. Při přípravě a provedení rozhovoru jsem brala v úvahu, že otázky v rozhovoru nejsou totožné s výzkumnými otázkami.
6. Otázky jsem formulovala jasným způsobem, kterému dotazovaný rozuměl.
7. Kladla jsem vždy jen jednu otázku a dotazovaný měl dostatek času na odpověď.
8. Otázky jsem v případě nutnosti doplňovala sondážními otázkami.
9. Dotazovanému jsem dala jasně na vědomí, jaké informace požaduji, proč jsou důležité.
10. Pozorné naslouchání a odpovědi jsou důležité pro prokázání zájmu.
11. Udržovala jsem si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat, aby osoba neměla pocit, že je posuzována.



12. pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.

13. Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.

14. Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.

15. Po rozhovoru jsem kompletovala a kontrolovala své poznámky, jejich kvalitu a úplnost.

Prostředí rozhovoru jsem nechala na volbě respondentů z toho důvodu, aby se při setkání cítili dobře a neměl na odpovědi vliv nějaký diskomfort. Setkání proběhla na akademické půdě a v kavárně. Na obou místech byl zákaz kouření, což myslím bylo zásadní pro rozhovor o odvykání kouření.

Rozhovor bylo třeba zahájit tím, že jsem seznámila respondenta se základními informacemi. Prvotně v rámci jaké instituce výzkum probíhá (FHS UK), dále stručně o výzkumném záměru a účelu sběru dat, včetně toho, jak bude s daty nakládáno. Též jsem jej ubezpečila o diskrétním jednání a anonymitě. Po úvodním výkladu jsem ověřila, zda je respondent ochoten poskytnout rozhovor na nahrávací zařízení. Informovaný souhlas byl tedy založen pouze na ústní dohodě (ale je též přítomen v audio záznamu a v přepisu jednotlivých rozhovorů<sup>5</sup>).

Otázky jsem se snažila logicky seřadit a seskupit je do tematických bloků. Začala jsem obecně administrativními otázkami. Pak následoval blok otázek ohledně závislosti na tabáku. Poté jsem se dotazovala na problematiku abstinence a motivace k odvykání kouření.

Pro vyloučení tzv. „Interviewer bias“ (vliv tazatele na odpověď respondenta) jsem volila otázky a slovník velmi obezřetně, abychom se nedostali do situace, kdy by měl respondent pocit, že je jaksi posuzován či souzen.

Pro některé abstinující kuřáky bude možná obtížné hovořit o své závislosti z toho hlediska, že jim aktualizuje myšlenky na cigaretu. Z toho důvodu uvádím v závěru blahopřání k úspěšné abstinenci a povzbuzení pro setrvání v tomto stavu. V závěru rozhovoru poděkuji za rozhovor a v případě zájmu nabídnu možnost nahlédnutí výsledné práce.

Jediným kritériem výběru respondentů byla aktuální abstinence od tabáku, přesněji uskutečněné rozhodnutí kuřáka přestat kouřit a doba od poslední cigarety alespoň pár týdnů. Považuji za relevantnější informace o motivaci k odvykání kouření od abstinujících kuřáků, než od kuřáků aktuálních (i kdyby dříve zkoušejících přestat kouřit). Nějaké další faktory

---

<sup>5</sup> Při přepisu rozhovorů jsem se snažila dodržet zásady „orální historie“ dle přednášek Mgr. J. Kašpara /FHS UK/

jsem nepovažovala za příliš významné, neboť jak bylo řečeno dříve, motivace je složitý komplex proměňující se v průběhu života a vliv na ni má mnoho proměnných.

Pro porovnání jsem zvolila jednoho respondenta, který odvykal kouření sám (rozumějme bez odborné pomoci) a druhého, který odvyká kouření s odbornou pomocí.

Pravdivost dat o otázkách abstinence i dalších předpokládám z toho důvodu, že odvykání kouření je pro kuřáka velký krok a bude tudíž o tomto hovořit s jistou vážností. Zakládá to částečně i fakt, že cílovou skupinou jsou dospělí lidé, kteří se v tomto problému sami angažují. Obecně se pravdivost nedá s jistotou zajistit téměř nikdy. Člověk má schopnost lhát či zamlčovat a je jen na něm, zda ji použije.

Zobecnitelnost získaných dat není příliš možná, neboť výzkumný vzorek je značně jednostranný a genderově nevyrovnaný. Jedná se spíše o praktickou ilustraci konstatovaných teoretických poznatků.

**Kazuistika č. 1:** (rozhovor proběhl dne 11. 2. 2010)

**Obecné informace:**

**Jméno:** Ivana

**Věk:** 30

**Závislost na tabáku v primární rodině:** otec i matka pravidelní kuřáci- opakované relapsy,  
dnes abstinují

**Partneři:** většinou kuřáci

**Kdy začala kořit :** asi ve 12 letech první pokusy; na gymnáziu vytváření závislosti +  
experimenty s drogami a alkoholem

**Za jakých okolností a proč začala kouřit :** z nudy s partou vrstevníků

**Do kdy kouřila :** do 30 let (s přestávkami- nejdelší trvala 1 rok)

**Kolik cigaret v průměru denně vykouřila jako pravidelný kuřák :** asi krabičku (15- 20  
kusů)

**Míra závislosti na tabáku v době pravidelného kouření (Fagerströmův test):** slabá

**Odvykání kouření:**

**Délka abstinence** (k datu rozhovoru) : 21 dní

**Kolik pokusů o zanechání kouření předcházelo:** 4

**Motivy k odvykání :** Respondentka nechce žít „destruktivní styl života“, nechce svůj  
organismus zanášet škodlivými látkami a chce své tělo připravovat na  
těhotenství.

**Dopady abstinence v oblasti fyzické :** tlak na prsou

**psychické :** horší koncentrace

**sociální :** cigareta jako sociální pojítko- hovory kolegů v práci o důležitých věcech  
probíhaly převážně na kuřácké pauze ; respondentka popisovala jakýsi pocit  
„outsiderství“

**Intervence u lékaře- motivační rozhovory :** Nezaznamenala.

**Odvykala kouření sama nebo s odbornou pomocí?** Respondentka odvyká sama na základě  
aktivního zájmu o čínskou medicínu a snahy  
o zdravý životní styl.

**Náhradní terapie nikotinem :** Ne

**Sociální podpora:** matka, partneři

**Strategie ke zvládnání obtížných situací :** Autoregulace a racionalizace („Nebude mi řídit život několikaminutový podnět bažení.“). Také nahrazování orálního podněcování cigaretou za „zobání“ zeleniny, ovoce, apod.

**Motivy udržování:** Lepší pocit fyzického zdraví. Možnost útraty peněz ušetřených na nákupu cigaret za „něco lepšího“.

**Legislativní opatření v rámci kontroly tabáku:** Pociťovala respondentka hlavně v zahraničí. Za motivující označila zákaz kouření tabáku ve veřejných prostorech.

„Se těším až přestane kouřit většina lidí, protože to bude fér.“

*Kazuistika č. 2:* (rozhovor proběhl dne 12. 2. 2010)

**Obecné informace:**

**Jméno:** Olga

**Věk:** 27

**Závislost na tabáku v primární rodině:** oba rodiče byli pravidelní kuřáci, dnes abstinují

**Partneři:** většinou kuřáci

**Kdy začala kouřit :** experimenty od 15 let a postupné vytváření závislosti

**Za jakých okolností a proč začala kouřit :** v partě, jako jakýsi výraz „rebelství“

**Do kdy kouřila :** do 26 let

**Kolik cigaret v průměru denně vykouřila jako pravidelný kuřák :** 12

**Míra závislosti na tabáku v době pravidelného kouření (Fagerströmův test):** slabá

**Odvykání kouření:**

**Délka abstinence (k datu rozhovoru) :** 8 měsíců

**Kolik pokusů o zanechání kouření předcházelo :** 8

**Motivy k odvykání :** finanční důvody, „kuřácký kašel“, nespokojenost se závislostí jako takovou, špatné pocity „obtěžování okolí“

**Dopady abstinence v oblasti fyzické :** silný pocit bažení

**psychické :** dobrý pocit ze zvládnání

**sociální :** není odpudivá pro své okolí („nezapáchá kouřem“)

**Intervence u lékaře- motivační rozhovory :** Nezaznamenala.

**Odvykala kouření sama nebo s odbornou pomocí?** Počáteční pokusy bez odborné pomoci.

Následně respondentka nastoupila léčbu

v Centru léčby závislosti na tabáku v

Praze (MUDr. Králíková, CSc.)

**Náhradní terapie nikotinem :** Ano ve formě žvýkaček a náplastí

**Jiná farmakoterapie :** Ne

**Podpora motivace :** motivační rozhovory s doktorkou; rady, jak změnit kuřácké stereotypy;  
skupinová terapie

**Sociální opora :** rodiče, přátelé

**Strategie ke zvládnání obtížných situací :** zpočátku abstinence nikotinová žvýkačka, později  
vypít sklenici vody a „namáčet si ruce“ (např. mytí  
nádobí, apod.)

**Motivy udržování :** psychická stránka: posilující myšlenka schopnosti vymanit se ze  
závislosti; estetická stránka (žádný zápach kouře, zbarvení prstů či zubů,  
apod.) ; finanční stránka (ušetřené peníze)

**Legislativní opatření v rámci kontroly tabáku :** motivaci respondentky posiluje zákaz  
kouření ve veřejných prostorech; upozornění  
na zdravotní rizika kouření na krabičkách  
cigaret nemá efekt, ale „odpudivé“ fotografie a  
obrázky ano

„Mně vadí ten pocit závislosti. Když máš tu chuť, uděláš pro to všechno..“

## **7. Diskuse**

Získaná data výstižně dokládají výše uvedená fakta o závislosti na tabáku. Obě respondentky zapadají do jakéhosi kuřáckého průměru.

Obě respondentky začaly s kouřením v době dospívání, jako většina kuřáků. Rizikovými faktory pro vznik závislosti byly snadná dostupnost cigaret, sociální působení vrstevníků, spíše tolerantní postoj společnosti, a především vzor v rodičích, kteří sami kouřili. Postupně se vyvíjela závislost psychosociální a později i závislost na nikotinu. To si ovšem respondentky neuvědomovaly. Fáze prekontemplace trvala roky. Teprve s vyšším věkem se dostavila fáze kontemplace a následně i další. Obě respondentky měly za sebou v době rozhovoru několik předchozích pokusů o zanechání kouření. Všechny pokusy byly bez odborné pomoci. Motivace byla kolísavá a relapsům „přihrávalo všudypřítomné kuřácké prostředí“.

Motivace k odvykání kouření aktuální pro poslední a zatím úspěšné pokusy respondentek je touha „vymanit se ze závislosti a žít zdravější život“. Jako primární motiv k odvykání kouření je tedy v obou případech uvedeno zdraví. Motivy pro udržování stavu abstinence jsou výrazně zacíleny na estetické hledisko, finanční a samozřejmě zdravotní.

Motivaci k odvykání kouření formovala vlastní snaha získat informace o kouření a možnostech odvykání kouření. Obě respondentky prohlásily, že nezaznamenaly žádnou intervenci ze strany lékařů, ke kterým docházejí. Z neodborné části společnosti se dočkaly jakýchsi „laických motivačních rozhovorů“ od rodičů abstinujících již několik let a přátel nekuřáků.

Jako silný motivující prvek se ukázal zákaz kouření na veřejných místech. Naopak legislativní opatření kontroly tabáku, jako zvyšování spotřební daně či nápisy na krabičkách cigaret se ukázala z hlediska motivace jako bezvýznamná (v případě rozvinuté závislosti na nikotinu).

U respondentky č. 2 se ukázal jako významný faktor ulehčující abstinenci používání náhradní terapie nikotinem a skupinová psychoterapie v Centru léčby závislosti na tabáku. Ta umožňuje podělit se o své obtíže s lidmi, kteří jim nejlépe rozumí, a získat cenné rady pro snazší boj proti závislosti na tabáku.

Práce lékaře či terapeuta s motivací pacienta je významně účinný nástroj. Odborník pomáhá pacientovi nalézt cestu, kterou by sám obtížně hledal a případně scházel na scestí. Pomáhá správně pojmenovat a definovat problém. Pomáhá, aby si pacient uvědomil své hodnoty a hodnoty svých cílů, aby své cíle bez obav naplňoval.

Jak jsem uvedla dříve, závislost na tabáku je nemoc a je nutno ji léčit. Jak ukázala v historii praxe, s nemocemi se nejlépe potýká lékař. Proto chci zdůraznit nutnost odvykání kouření pod vedením odborníků. Pacient snadno podlehne svodu, pokud odvyká „sám“. Ovšem už se snižuje pravděpodobnost relapsu pokud nad pacientem „bdí oko lékaře“. Jakýsi pocit, že se pacient musí z následků svých činů někomu zodpovídat, je pocíťován jako nepříjemný, leč řekněme negativně motivující.

Na rozhovorech jsem si ověřila některé dříve uvedené skutečnosti. Zaměřila jsem se pouze na úzký okruh informací, a proto jsou uvedené kazuistiky jen stručným výpisem základních a relevantních informací. Uvědomuji si též genderovou nevyrovnanost vzorku. Pro postižení základních trendů a ilustraci praxe se ovšem domnívám, že počet i délka kazuistik je dostačující.

### **Statistika motivace přestat kouřit**

Následující přehled reálných výsledků při odvykání kouření s odbornou pomocí, konkrétně v Centru léčby závislosti na tabáku v Praze, dotváří ilustraci aktuální situace problému. Ve statistice jsou data získaná z databáze pacientů, kteří se již rozhodli k odvykání a nastoupili léčbu (od roku 2005, kdy bylo centrum založeno). Ročně nastoupí léčbu v průměru 500 pacientů.

Celkově zadaných pacientů po roční kontrole (tedy jen ti, kteří se rozhodli přestat a přišli na kontrolu po roce) je 1923. Po roce nekouří (je úspěšných) 466 pacientů tedy 24,2%, neúspěšných je 1457 pacientů tedy 75,8 %.

Pohlaví:

Muž 974 (50,7%)

Žena 949 (49,3%)

Průměrný věk: 46 +/-14,74 (průměr +/-směrodatná odchylka)

Věk první cigarety: průměr 15,028 +/- 4,44

Vstupní FTND (test závislosti na nikotinu): 5,64 +/- 2,31

Počet pokusu přestat kouřit: 3,61

Obvykle kouří: 24,80 cigaret za den +/-10,8

Vzdělání:

ZŠ 205 (10,5%)

SŠ 1184 (61,6%)

VŠ 534 (27,8%)

#### Důvod přestat kouřit:

Zdraví 1205 (62,7)

Peníze 98 (5,1%)

Společenský 173 (9%)

Těhotenství 3 (0,2%)

Důvod přestat vzhledem k úspěšnosti po roce:

Nejčastějším motivem je zdraví u úspěšných 64,2% u neúspěšných 62,2%.

Zdraví je nejčastějším motivem přestat kouřit u mužů v 66,7 %, zatím co u žen jen v 55,8%.

Zdraví jako 1. motiv volí 72,2% lidí se ZŠ vzděláním, 62,2% se SŠ, a jen 59,7% s vysokoškolským vzděláním.

Není vztah mezi důvodem přestat kouřit a mírou závislosti na nikotinu.

Jak vidno, zdraví je ve většině případů nejdůležitější motiv pro odvykání kouření. I přes to, že „máme zdraví pouze jedno“, není tento motiv natolik silný, aby zaručil úspěšnou léčbu. Závislost je silný protivník a i s odbornou pomocí je léčba úspěšná asi z 1/4.

### **8. Závěr**

Původní idea práce byla zmapovat konkrétní motivy podporující motivaci k odvykání kouření a ohodnotit je dle důležitosti. Postupně se ovšem koncept měnil až do výsledné podoby. Zjistila jsem, že není možné takové měření provést, protože lidskou motivaci ovlivňuje mnoho motivů (včetně nevědomých). Zaměřila jsem se proto na způsoby práce s motivací a možnosti podpory motivovat kuřáky k odvykání kouření. V práci jsem se snažila definovat co nejpřesněji termíny týkající se tématu a přiblížit komplexně problematiku závislosti na tabáku.

S tímto zdravím škodlivým nešvarem je zcela jasně nutné bojovat a pokud možno jej zcela vymýt (což je ovšem v dohledné době nereálné). Cestou k tomuto cíli je v první řadě důkladná osvěta populace, aby se počty kuřáků v jednotlivých zemích nezvyšovaly, a následně důkladná práce s motivací kuřáků, aby kouření zanechali a ušetřili tak sobě i svým blízkým problémy spojené se závislostí na tabáku.

Motivace kuřáků k odvykání se dá zvyšovat mnoha způsoby. V ideálním případě by se měly výše uvedené způsoby spojit a vytvořit komplexní systém. Ten by měl sestávat postupně z následujících elementů: ochrana dětí a mládeže pomocí prevence a osvěty, pro již stávající „nemotivované“ kuřáky krátká intervence („5P“), legislativní zásahy a strategie pro snižování spotřeby tabákových výrobků, pro „motivované“ kuřáky dostupná a efektivní léčba, motivační rozhovory podporující změnu kuřáka v nekuřáka či udržující stav odvykání.



V současné době jsou tyto metody v určité míře používány, ovšem ne jako jeden systém, nýbrž jako rozdrobené snahy. Efektivní propojení a maximalizace těchto snah mohou vést až ke standardizování nekuřáctví ve většinové společnosti. Je třeba o tabákové epidemii co nejvíce hovořit a aktualizovat tak neustále tento problém jako akutní hrozbu.

Cílem práce bylo nahlédnout do současného stavu snah o zlepšení zdraví populace v souvislosti se závislostí na tabáku. Positivním závěrem je konstatování, že tyto snahy tu jsou a o problému se s různými intervaly veřejně diskutuje. Nepříliš povzbudivé jsou statistické údaje. Úspěšně vyléčených kuřáků je jen zlomek. Většina kuřáků o změně vůbec neuvažuje, nebo se ke kouření opakovaně vrací. Práce s motivací v boji proti tabákové epidemii se ukázala jako klíčová. Se zapojením všech dostupných prostředků a metod lze nepříznivé statistické hodnoty zvrátit.

Jako významný činitel se ukázal zákaz kouření na veřejných místech. Pokud se podaří tento zákaz rozšířit i na další místa (např. restaurace, apod.), trůfám si tvrdit, že nastane významný obrat a nekouření se v České republice začne stávat společenským standardem, nikoliv omezením. Tato změna je v zájmu nás všech.

## 9. Přílohy

- Příloha číslo 1: Tabulka motivů dle Madsena (Smékal, 2002 ; s. 248)

Primární lidské motivy:	Sekundární lidské motivy:
1. Hlad	13. Motiv sociálního kontaktu
2. Žízeň	14. Motiv dosažení úspěšného výkonu
3. Sexuální touha	15. Motiv moci
4. Zachování teploty	16. Motiv vlastnictví (není typický ve všech kulturách)
5. Pečování (mateřský pud)	
6. Vyhýbání se bolesti	
7. Exkreční motivy	
8. Motiv dostatečného zásobení kyslíkem	
9. Odpočinek a spánek	
10. Motivy aktivity	
11. Motiv bezpečí (strach)	
12. Motiv agrese (hněv)	

- Příloha číslo 2: Fagerströmův test závislosti na nikotinu (Králiková, 2008, aj.)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svoji první cigaretu ?	
do 5 minut .....	3 body
za 6–30 minut .....	2 body
za 31–60 minut .....	1 bod
po 60 minutách .....	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano .....	1 bod
ne .....	0 bodů
3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?	
první ráno .....	1 bod
kteroukoli jinou .....	0 bodů
4. Kolik cigaret denně vykouříte?	
0–10 .....	0 bodů
11–20 .....	1 bod
21–30 .....	2 body
31 a více .....	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano .....	1 bod
ne .....	0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?	
ano .....	1 bod
ne .....	0 bodů
<b>Orientační hodnocení:</b>	
0–1	žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
2–4	střední závislost na nikotinu
5–10	silná závislost na nikotinu

## 10. Použité zdroje

- ✓ Čupka, J., Nešpor, K., Králíková, E. a kol.: Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Praha 2005.
- ✓ Fiore, M. C., Jaén, R. C., Baker, T. B. et al.: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Update 2008. (web: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf) ; 3. 2. 2010) (s. 35- 62)
- ✓ Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Portál. Praha 2000. ( s. 699, 327- 328 )
- ✓ Heller, J., Pecinová, O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing. Havlíčkův Brod 1996. (s. 9- 22)
- ✓ Hendl, J.: Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Portál. Praha 2005.
- ✓ Homola, M.: Motivace lidského chování. SPN. Praha 1972.
- ✓ Hrkal, J.: Světové šetření o zdraví (6. díl). Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Praha 2004. web: [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&year=2004&mnu\\_id=6225](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&year=2004&mnu_id=6225) (30. 1. 2010)
- ✓ Jha, P., Chaloupka, F. J.: Jak zvládnout kuřáckou epidemii. Vlády a ekonomika kontroly tabáku. Světová banka. Washington 1999. (české vydání Sovinová, Státní zdravotní ústav, Praha 2004) (s. 1- 28)
- ✓ Joossens, L., Raw, M.: Progress in Tobacco Control in 30 European Countries 2005 to 2007. Swiss Cancer League. Basel 2007. web: [http://www.ensp.org/files/30\\_european\\_countries\\_text\\_final.pdf](http://www.ensp.org/files/30_european_countries_text_final.pdf) ; 3. 2. 2010.
- ✓ Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup 1. Úřad vlády České republiky (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti). Praha 2003. (kapitola 3/10- E. Králíková: Tabák a závislost na tabáku)
- ✓ Kassin, S. M.: Psychologie. Computer press. Brno 2007. (s. 404- 433, kapitola 11- Motivace)
- ✓ Králíková, E.: Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čas. Česká a slovenská psychiatrie. č.1. Praha 2004. (s. 13- 18)
- ✓ Králíková, E.: Závislost na tabáku, standard léčebného plánu. Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči. Oddíl Psychiatrie. Nakladatelství Verlag Dashöfer. 2008. web: [http://www.dashofer.cz/download/pdf/pks2/pks2\\_ukazka.pdf?wa=WWW08IX](http://www.dashofer.cz/download/pdf/pks2/pks2_ukazka.pdf?wa=WWW08IX) (30. 1. 2010)
- ✓ Králíková, E., Býma, S., Cífková, R. a kol.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Časopis lékařů českých. roč. 144. č. 5. Praha 2005. (str. 327- 333)
- ✓ Králíková, E., Kozák, J.: Jak přestat kouřit. Maxdorf. Praha 1997.
- ✓ Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, L.: Aktuální stav kontroly tabáku v ČR. Medicína pro praxi. č. 1. ročník 2009. (s. 25- 29) (web:<http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/06.pdf> ; 3. 2. 2010)
- ✓ Kubů, P., Urbancová, K.: Subjektivní hodnocení důležitosti mimofarmakologických komponent kouření cigaret. Vydavatelství Tigris. Časopis Psychiatrie. roč. 4. č. 4. Praha 2000. (web: [http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/Obsah\\_f.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/Obsah_f.htm) ; 2. 2. 2010)
- ✓ Madsen, K. B.: Moderní teorie motivace. Academia. Praha 1979.
- ✓ Madsen, K. B.: Teorie motivace. Academia. Praha 1972.
- ✓ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize (MKN- 10). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> ; 30. 1. 2010)
- ✓ Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivační rozhovory, Příprava lidí ke změně závislého chování. Sdružení SCAN. Tišnov 2004.

- ✓ Nakonečný, M.: Emoce a motivace. SPN. Praha 1973. (s. 105- 114)
- ✓ Nakonečný, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Academia. Praha 1998. (s. 101- 115)
- ✓ Nešpor, K.: Návykové chování a závislost (Současné poznatky a perspektivy léčby). 2. vydání. Portál. Praha 2003. (s. 13- 29)
- ✓ Nešpor, K.: Léčba závislosti na tabáku v praxi. Medicína pro praxi. č.4. ročník 2005. (s. 155- 157). (web: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200504-0005.php> ; 3. 2. 2010)
- ✓ Pešek, R., Nečesaná, K.: Kouření aneb závislost na tabáku (Rizika, projevy, motivace, léčba). Arkáda. Písek 2008. (web:[http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/34/soubor\\_7413774.pdf](http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/34/soubor_7413774.pdf) ; 30. 1. 2010)
- ✓ Peto, R. et al.: Mortality from smoking in developed countries 1950- 2000. 2. vydání. Oxford University Press. Update 2006. (web: <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/> ; 30. 1. 2010)
- ✓ Pilařová, L.: Problematika závislosti na nikotinu. Psychiatrie pro praxi. č. 5. ročník 2003. (s. 205- 208). (web: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2003/mn5.php> ; 3. 2. 2010)
- ✓ Plháková, A.: Učebnice obecné psychologie. Academia. Praha 2004. (kapitola 11- Motivace)
- ✓ Pradáčová, J.: Kouření a zdraví. Liga proti rakovině. Praha 2004.
- ✓ Prokešová, M.: Základy psychologie. Nakladatelství VAVA. Ostrava 1997. (s. 73- 77)
- ✓ Schayck, O. V. et al.: Jak překonat tabákovou epidemii. Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG). 2008. (web: [http://www.theipcr.org/smoking/IPCRG\\_na\\_net.pdf](http://www.theipcr.org/smoking/IPCRG_na_net.pdf) ; 3. 2. 2010)
- ✓ Siegmund, C. B.: Kuřáci. Jak skončit s návykem? Přeložila E. Libenská. Nakladatelství Empatie. Praha 1998. (s. 32- 35)
- ✓ Smékal, V.: Pozvání do psychologie osobnosti, Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Nakladatelství Barrister & Princípál. Brno 2002. (s. 232- 263)
- ✓ Soukup, J., Papežová, H.: Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování. Postgraduální medicína, suplement. Roč. 8. č. 5. 2006 (s. 17- 22). web: [http://www.motivacnirozhovory.cz/o\\_motivacnich\\_rozhovorech/#literatura](http://www.motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech/#literatura) ; 11. 2. 2010
- ✓ Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek, P.: Zdraví a škodlivé návyky. Státní zdravotní ústav. Praha 1999.
- ✓ Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek, P., a kol.: Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Státní zdravotní ústav. Praha 2003.
- ✓ Stuchlíková, I., Man, F.: Motivační struktura- integrující koncept psychologie motivace. Československá psychologie. Ročník LIII. č. 2. Academia. Praha 2009. (s. 158- 171)
- ✓ Švancara, J.: Emoce, city a motivace. SPN. Praha 1973. (s. 127- 136)
- ✓ Trnka, J.: Je kouření tabáku závislostí? Vydavatelství Tigris. Časopis Psychiatrie. roč. 4. č. 4. Praha 2000. ( web: [http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/Obsah\\_f.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/Obsah_f.htm) ; 30.1. 2010)