

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Lucie Nováková

**PROJEVY AMBIVALENCE U KUŘÁKŮ**  
**VE STADIU KONTEMPLACE**

*Bakalářská práce*

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Praha 2015

## Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V.....dne .....

Jméno autorky .....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Richterové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

## OBSAH

I. ÚVOD .....	6
II. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
2.1. Úvod teoretické části .....	8
2.2. Závislost a specifika závislosti na nikotinu .....	8
2.2.1. Definice závislosti .....	9
2.2.2. Specifické projevy závislosti .....	10
2.2.3. Diagnostika závislosti na nikotinu .....	10
2.2.4. Dvě roviny závislosti .....	11
2.2.5. Mechanismus vzniku závislosti na nikotinu .....	11
2.2.6. Nikotin a jeho působení v lidském těle .....	12
2.2.7. Motivace ke kouření .....	12
2.2.8. Sociální kontext rozvoje závislosti na nikotinu .....	14
2.2.9. Dopady kouření .....	14
2.3. Léčba závislosti na nikotinu .....	15
2.3.1. Úvod do problému diagnostiky .....	15
2.3.2. Diagnostický rozhovor .....	16
2.3.3. Statistická úspěšnost odvykání kouření .....	16
2.3.4. Možnosti léčby u nás .....	17
2.3.5. Farmakoterapie .....	18
2.3.6. Behaviorální a psychosociální intervence .....	18
2.3.7. Motivační rozhovory .....	19
2.3.8. Transteoretický přístup k léčbě závislosti na nikotinu .....	21
2.4. Transteoretický model .....	22
2.4.1. Fáze změny .....	23
2.4.2. Behaviorální změna .....	26
2.4.3. Procesy změny .....	27
2.4.4. Matching: integrace stadií a procesů změny .....	28
2.4.5. Srovnávací studie TTM .....	29
2.4.6. Hodnocení účinnosti TTM při odvykání kouření .....	30

III. EMPIRICKÁ ČÁST .....	32
3.1. Úvod empirické části .....	32
3.2. Cíl výzkumu, výzkumné otázky .....	32
3.3. Výzkumná strategie .....	33
3.4. Technika sběru dat.....	33
3.5. Výběr vzorku .....	34
3.5.1. Seznámení s informátory .....	36
3.6. Analýza a interpretace dat .....	37
3.6.1. Vztah ke kouření u ambivalentních kuřáků.....	38
3.6.2. Porovnávání výhod a nevýhod kouření .....	41
3.6.3. Zdravotní, finanční a sociální dopady kouření .....	43
3.6.4. Vnímání zdravotního rizika kouření.....	48
3.6.5. Obranné mechanismy ega.....	50
3.6.6. Motivace a překážky bránící změně .....	55
3.7. Shrnutí výsledků .....	59
3.8. Etické otázky .....	60
3.9. Diskuze .....	60
IV. ZÁVĚR.....	64
Seznam použité literatury .....	66

# I. ÚVOD

*„Přestat kouřit je ta nejjednodušší věc, co jsem kdy udělal. Měl bych to vědět, protože už jsem to udělal tisíckrát.“*

Mark Twain

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou odvykání kouření. Všechny kultury v historii lidstva něco kouřily, ať už jako lék nebo jako součást nějakého rituálu. Dnes kouření představuje celosvětový problém a v západní společnosti zaujímá nejvyšší příčku na žebříčku nejčastějších příčin úmrtí. Odhaduje se, že v současné době kouří 1,3 miliardy lidí a polovina těch, kdo kouří, zemře v důsledku své závislosti na tabáku. Podle statistik kouření každý rok zabije téměř 5 milionů lidí na světě, což se dá přirovnat k zhruba jedné osobě každých šest vteřin (Králíková et al., 2013).

V České republice je kouření tabáku nejrozšířenější drogovou závislostí. Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 (Mravčík et al., 2004) uvedlo 24,1 % osob pravidelné denní kouření v posledním měsíci. Co se týče mortality, která je u tabáku velmi vysoká a především odstranitelná, umírá ročně v České republice na nemoci spojené s kouřením zhruba 18 000 lidí z celkového počtu 100 000 úmrtí (Mravčík et al., 2014).

Závislost na tabáku zahrnuje psychosociální a behaviorální závislost a biologickou závislost na nikotinu. Statistiky ukazují, že až 70 % kuřáků si přeje přestat kouřit (Kalina et al, 2003; aj.). Nemá smysl přestávat kouřit, není-li kuřák dostatečně motivovaný. Stanovení toho, jak moc je kuřák přístupný ke změně chování, hraje klíčovou roli v úspěšnosti léčby. Značná část kuřáků se nachází ve fázi kontemplace, která je charakteristická určitou ambivalencí neboli nerozhodností ohledně změny k novému životnímu stylu. Kontemplace představuje jakési kritické období pro to, zda člověk s kouřením přestane nebo bude kouřit nadále.

V této fázi hodně záleží na okolnostech pro a proti kouření. Ambivalentní kuřák váhá a pochybuje nad prospěšností takové změny. Je zapotřebí posilovat výhody nekouření a na druhou stranu oslabovat výhody kouření. Proto je žádoucí přesvědčit takového jedince o tom, že přestat kouřit se vyplatí více, než setrvat v současném stavu.

Cílem praktické části práce je pomocí kvalitativního výzkumu ukázat, s čím se ambivalentní kuřáci potýkají a jak se svou ambivalencí nakládají.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Úvod teoretické části

Teoretická práce je koncipována na tři části, které pojednávají o problematice odvykání kouření. Jak již bylo řečeno, kouření není zlozvyk, ale drogová závislost. Proto jsem se rozhodla nejprve objasnit, co je to závislost, proč vzniká a jakými mechanismy se udržuje. První část tedy popisuje specifika závislosti na tabáku a působení nikotinu v lidském těle.

Druhá část nabízí možnosti léčby se zaměřením na motivaci ke změně rizikového chování a ukazuje, jaké faktory jsou klíčové pro úspěšné odvykání kouření. Dále představím transteoretický přístup k léčbě závislosti na nikotinu, protože má studie vychází z práce Jamese Prochasky a Carla DiClementeho (1983), kteří v roce 1983 navrhli analytický model představující stádia změny chování.

V třetí části je věnován prostor transteoretickému modelu (v textu také označován zkratkou „TTM“) a jeho pojetí behaviorální změny. Je zde popsáno, jak probíhá změna lidského chování a jakými fázemi postupuje.

Také porovnáám výsledky výzkumů pracujících s modelem TTM, které považuji za relevantní pro mou práci (fáze kontemplanace a projevy ambivalence). Na základě některých studií se pokusím zhodnotit, nakolik je model účinný vzhledem k úspěšnosti při odvykání kouření.

Předmětem mého zájmu jsou ambivalentní kuřáci, kteří se nacházejí ve stádiu kontemplanace dle TTM a mým cílem je prozkoumat fenomén ambivalence, včetně faktorů významně podílejících se na tomto jevu.

### 2.2. Závislost a specifika závislosti na nikotinu

Závislost na návykové látce označuje chronický stav, který má mnoho projevů, ale také několik společných prvků. Dvěma klíčovými charakteristikami jsou nucení vzít si drogu, a odvykací syndrom, který má za následky psychické a fyzické útrapy, pokud je droga vysazena. Nucení pokračovat v braní drog může být v některých případech obzvláště naléhavé. Postihuje například některé silné kuřáky, kteří se uprostřed noci vzbudí, jenom aby si mohli dát cigaretu (Gilman & Xun, 2006).



*„Toto nucení je poháněnou touhou po droze, a tak silné je možná proto, že ovládne všechny aspekty života, a uživatel drogy ztrácí kontrolu a není schopen regulovat její příjem.“ (Gilman & Xun, 2006, s. 463).*

### **2.2.1. Definice závislosti**

Závislost je popisována různými způsoby. Například Nešpor (2000) představuje definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako:

*„Skupinu 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 kdy cenil více.“ (Nešpor, 2000, s. 14).*

Dle Světové zdravotnické organizace se definitivní diagnóza závislosti stanoví v případě výskytu tří nebo více následujících znaků v průběhu jednoho roku:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- potíže v sebeovládání při užívání látky,
- tělesný odvykací stav,
- průkaz tolerance k účinku látky,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Podobně popisuje závislost i Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), který definuje závislost jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem minimálně tří příznaků závislosti v průběhu jednoho roku (Nešpor, 2000).

DSM-IV oproti Mezinárodní klasifikaci nemocí vymezuje navíc jako samostatný bod trvalou touhu nebo pokus omezit či kontrolovat užívání návykové látky. Je pozoruhodné, že DSM-IV mezi znaky závislosti nezahrnuje craving (česky bažení), který k závislostem neodmyslitelně patří. Jeřábek (in Kalina et al., 2008) upřesňuje, že ačkoliv craving DSM-IV explicitně neuvádí, je implicitně obsažen v behaviorálních charakteristikách závislého jedince.

### **2.2.2. Specifické projevy závislosti**

Závislost se projevuje touhou užít drogu nebo nutkavou potřebou provozovat určité aktivity, které jsou spojeny s pocity libosti. Tento jev je označován jako craving a znamená touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky (nikotinu), se kterou měla osoba dříve zkušenost. Psychický craving se vyskytuje i po delší abstinenci a projevuje se aktivací mozkových center souvisejících s pamětí a emocemi, dochází k oslabením paměti, zhoršení postřehu, pocení či zvýšení tepové frekvence (Nešpor, 2000).

Dle Nešpora (2000) může craving zvyšovat riziko recidivy, někdy ale také slouží k uvědomění si situace. K překonání cravingu se proto doporučuje vyhýbat se rizikovým situacím, připomínat si negativní důsledky recidivy a převést myšlenky jiným směrem.

Porušení abstinence se nejčastěji označuje termíny laps a relaps, přičemž laps označuje jednorázové selhání, které nevede k obnově předchozího stupně užívání (Millerová, 2011). O lapsu by se hovořilo v případě vykouření jedné cigarety, po které se jedinec navrácí do udržovací fáze a nadále setrvává v abstinenci.

Dojde-li však k aktivaci procesu závislosti a bývalý kuřák začne znovu kouřit, jedná se o relaps. Millerová (2011) upřesňuje, že v české terminologii se místo amerického termínu laps používá termín relaps a pro americký termín relaps spíše recidiva. V této práci se budu držet termínu recidiva.

Po recidivě a odeznění účinků drogy následuje odvykací stav, který bývá doprovázen abstinencií příznaky. Vzhledem k poločasů nikotinu asi 2 hodiny lze zhruba říci, že kuřák závislý na nikotinu cítí potřebu zapálit si nejpozději do jedné hodiny po probuzení a při abstinenci pociťuje abstinencií příznaky: lačnění/touha kouřit, špatná nálada/deprese, poruchy spánku, úzkost, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace, zvýšená chuť k jídlu (Králíková, 2007).

### **2.2.3. Diagnostika závislosti na nikotinu**

Ke stanovení fyzické závislosti na nikotinu lze použít Fagerströmův test (Králíková, 2008). V tomto dotazníku o 6 otázkách je klíčovým dotazem, jak brzy po probuzení má kuřák potřebu zapálit si první cigaretu a kolik cigaret za den vykouří. Závislost na nikotinu se diagnostikuje v případě kouření více než 10 cigaret denně,

přičemž první cigaretu si kuřák zapaluje do hodiny po probuzení (Králíková et al., 2005).

Jako alternativa k Fagerströmovu dotazníku pro posouzení závažnosti závislosti na nikotinu může posloužit i škála tzv. Cigarette dependence scale (Etter et al, 2005), která obsahuje některé důležité aspekty závislosti na nikotinu, např. počet neúspěšných pokusů přestat kouřit či výskyt odvykacích příznaků (Etter et al, 2005).

Škála závislosti na cigaretách (Cigarette Dependence Scale, CDS) s 5 otázkami (CDS - 5) nebo s 12 otázkami (CDS - 12) je dotazník, který může administrovat odborný personál, nebo ho kuřáci mohou vyplňovat sami. Využívá se i v ČR a je k dostání volně na internetu. Autorem české verze dotazníku je doc. MUDr. Eva Kráčíková, CSc.<sup>1</sup>

#### **2.2.4. Dvě roviny závislosti**

Závislost na nikotinu se projevuje ve dvou rovinách. Zatímco psychosociální závislost je přítomna prakticky u všech kuřáků, u fyzické závislosti tomu tak být nemusí. Klíčovou roli zde hraje behaviorální a psychosociální složka závislosti, která je charakterizována asociacemi kouření s určitými podněty. „*Kuřák kouří pro kuřácký rituál, pro dojem, proto, aby si hrál s cigaretou, vychutnával její chuť a vůni, pro uspokojení z vdechování dýmu, proto, aby měl co dělat, s čím si hrát, aby měl společníka...*“ (Kráčíková & Kozák, 1997, s. 27).

Když člověk přestane kouřit, začne tyto rituály postrádat a musí je nahradit něčím jiným. Při kouření tedy nevzniká jen závislost na nikotinu, ale také závislost na rituálech, např. na cigaretě jako na prostředku komunikace, která pomáhá překonávat osobní komunikační bariéry s kolegy, s partnery, s neznámými lidmi. Fyzická závislost se vyvíjí po individuálně dlouhé době, většinou se objevuje do dvou let po začátku kouření a vyskytuje se u 70 % kuřáků (Pešek & Nečesaná, 2008).

#### **2.2.5. Mechanismus vzniku závislosti na nikotinu**

Nikotin je vysoce návyková psychoaktivní látka, která působí na nervový systém a ovlivňuje mentální a fyziologické pochody v lidském těle. Mezi hlavní účinky nikotinu

---

<sup>1</sup>web: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2972/Skala-zavislosti-na-cigaretach-Cigarette-Dependence-Scale-CDS->

patří vyplavování dopaminu v mozku, v tzv. centrech odměny, což odpovídá příjemnému pocitu, který se dostaví při kouření cigarety (Kalina et al., 2003).

Mozek si postupně zvyká a stále více si zapamatovává, že mu nikotin, resp. kouření se všemi rituály dělá dobře, a tak si o to říká tím, že v člověku vyvolává chuť na cigaretu. Postupem času se vytváří tolerance k dávce drogy a k vyvolání původního příjemného pocitu je třeba stále víc nikotinu. Nakonec už kuřák nekouří proto, aby mu bylo lépe, ale proto, aby se přestal cítit hůře (Králíková, 2007).

### **2.2.6. Nikotin a jeho působení v lidském těle**

Nikotin je jedovatá látka, která se vyskytuje v tabáku jako rostlinný alkaloid. Má stimulační a uvolňující účinky, které kuřák pocítuje ihned po inhalaci tabákového kouře. Kouření je rozhodně nejrychlejším způsobem aplikace drogy, která je urychleně vstřebávána velkou plochou plicní tkáně (Gilman & Xun, 2006).

Při předávkování se může objevit bolest hlavy, bledost, nevolnost a zvracení, studený pot, porucha koordinace pohybů a celková skleslost. Odvykací stav se obvykle projeví 24 hodin po poslední dávce, některé příznaky přetrvávají i týdny a měsíce (Kalina et al., 2008).

Odvykání na nikotinu doprovázejí mírnější fyzické syndromy, ale psychické útrapy jsou velice silné, včetně depresivní nálady, popudlivosti, pocitů zoufalství, úzkosti, frustrace a neschopnosti se soustředit. Tyto nepříjemné psychické příznaky odvykání od nikotinu přetrvávají dlouhou dobu, během níž odvykající kuřáci prožívají období intenzivní touhy (Pešek & Nečesaná, 2008).

Nikotin vyvolává pozitivní posilující účinky včetně mírné euforie, zvýšené energie, povzbuzení, snížení stresu a úzkosti a potlačení chutě k jídlu. Toto opakované podávání nakonec způsobuje jistou adaptaci mozku, která nakonec vede k závislosti. Psychologové jsou rovněž toho názoru, že takzvané sekundární posilovače se mohou stát důležitými komponenty, které ovládají trvalé užívání drogy. Tyto faktory často mají vztah ke kontextu, v němž je droga podávána (Gilman & Xun, 2006).

### **2.2.7. Motivace ke kouření**

Četné výzkumy ukazují, že klíčovou roli v udržování závislosti na nikotinu hraje stres. Sílu existujícího vztahu mezi stresem a kouřením dokládají výzkumy o motivech

ke kouření. Světlák (2009) na základě některých studií uvádí, že nejčastějším motivem ke kouření jsou uvolňující účinky nikotinu, které mírní stres, úzkost a dysforii.

Z psychologického hlediska se nabízí spousta vysvětlení, proč lidé kouří. Například Akers (1977; in Thirlaway & Upton, 2009) ve snaze objasnit okolnosti začátku kouření mezi mladistvými uplatnil hledisko chování. Toto hledisko naznačuje, že kuřáckému chování se učíme díky operantnímu podmiňování, observačnímu učení a kognitivním procesům. Koncept klasického podmiňování uvádí příklad asociace kouření s kávou, kdy cigareta ke kávě znamená odpočinek. Operantní podmiňování poukazuje na pravděpodobnost kouření v případě jeho pozitivního posílení společenským přijetím. Podle observačního učení je kouření naučené chování prostým pozorováním kouření u druhých osob, rodičů nebo přátel.

Na kouření se ve značné míře podílejí i ostatní kognitivní faktory, jako například sebehodnocení (sebeobraz) v případě kuřákovy přesvědčení o tom, že kouření vypadá stylově. Vysvětlení, proč lidé nadále kouří, jsou mnohostranná, nicméně existují tři hlavní témata: biologické, sociální a psychologické hledisko (Thirlaway & Upton, 2009).

Faktory pro rozvoj závislosti na nikotinu představují také Seegar et al. (2007; in Thirlaway & Upton, 2009), a charakterizují je jako predispozice, které tvoří základ pro vědomí, dále informace a motivace, které končí záměrem jedince a nakonec výsledným chováním jedince. Tito výzkumníci zdůrazňují, že o záměru kouřit mohou rozhodovat tři typy motivačních faktorů. Jedná se o postoj vůči kouření (vzhledem k výhodám a nevýhodám kouření), sociální vlivy (kouření partnera, rodičů, přátel) a vysvětlení pro vlastní účinnost (víra ve vlastní schopnosti). To vše ovlivňují okrajové faktory: vědomí (vědomí o riziku, závažnost rizika a vnímání rizika), informace (sdělení, způsob sdělení a zdroj sdělení) a predispozice (Seegar et al., 2007; in Thirlaway & Upton, 2009).

Tyto faktory byly upravovány mnoha různými způsoby a byly představeny na různých modelech. Je samozřejmě možné, že tyto faktory nestačí na vysvětlení závislosti na nikotinu. O závislosti rozhoduje také psychologický a sociální kontext, ve kterém se rizikové chování projevuje.

### **2.2.8. Sociální kontext rozvoje závislosti na nikotinu**

Klíčový je sociální kontext, ve kterém se kouření rozvíjí a udržuje. Sociální faktory zapojené do počátku závislosti na nikotinu (např. rodiče, vrstevníci, partner) se podílejí na udržování takového chování. Přestože se diskutovalo o relativním významu těchto různých skupin, většina průzkumů se shodla na tom, že sociální faktory v tom skutečně hrají významnou roli. Kouření je společenskou aktivitou pro mnoho lidí, ale může se lišit od člověka k člověku a od cigarety k cigaretě (Thirlaway & Upton, 2009).

Kouření cigarety tak může v práci někomu poskytnout příležitost, jak uniknout od těžké práce a dopřát si přestávku. Naproti tomu společné kouření v hospodě mezi přáteli je prostředkem posílení sociálních vazeb. Pro těžce pracující matky představuje kouření odpočinkovou chvilku po namáhavém dni nebo způsob zvládnání zátěžových situací (Thirlaway & Upton, 2009).

### **2.2.9. Dopady kouření**

Dopady kouření nesouvisí pouze se zdravím jednotlivce. Kouření postihuje celou společnost, která se proti tomu snaží bojovat různými způsoby. Po celém světě se šíří zdravotnická osvěta, tabákové výrobky se zdražují, kouření se zakazuje a dochází ke stigmatizaci kuřáků ve společnosti (Gilman & Xun, 2006).

*„Kuřácké prostory jsou místa, kam chodí kuřáci („oni“) provádět svůj akt diskreditace. Neměli bychom se ale domnívat, že samotná existence kuřáren je důkazem mentality my/oni. Alternativně mohou být oddělené kuřárny proto, aby lidi chránili před druhotným kouřením.“* (Gilman & Xun, 2006, s. 396-397).

Kouření má stejně jako ostatní závislosti dopady psychické, sociální i ekonomické. Kouření zabíjí lidi na vrcholu jejich pracovní produktivity a připravuje rodiny o jejich živitele a země o svou zdravou pracovní sílu. Ve výzkumu Housemoena et al. (2004; in Thirlaway & Upton, 2009) bylo zjištěno, že právě kuřáci odejdou dříve do důchodu, než nekuřáci, kvůli špatnému zdravotnímu stavu.

Doll a Hill (1950) byli první, kdo si dali do souvislosti kouření s rakovinou a tuto počáteční zprávu následovaly početné studie, které zdůrazňovaly spojitost mezi špatným zdravotním stavem a kouřením tabáku.

Statistiky o kouření tabáku jsou nadále šokující a zastánci zákazů kouření a zdravotní instituce tyto statistiky pravidelně zveřejňují. Následky kouření jsou závažné

a dopad na zdraví je velký. Kouření souvisí s celou řadou nemocí a chronických potíží včetně srdečních chorob, rakoviny, periferního žilního onemocnění, předčasného porodu a narození dětí s nízkou porodní váhou, bronchitidy, emfyzému, zánětu dutin, peptidických vředů, problémů se zubní hygienou a zhoršuje astma a infekce (Thirlaway & Upton, 2009).

Navzdory obeznamenosti o zdravotních rizicích, která souvisejí s kouřením, lidé nadále kouří a riziko poškození zdraví podceňují. Když lidé přestanou kouřit, sníží se všechna zdravotní rizika. Existují ovšem časové prodlevy, než se riziko rozvoje nemocí sníží. Lidé, kteří přestanou kouřit před 40. rokem života, si tak zachovávají stejnou naději na dožití jako nekuřáci. Dokonce i ti, kdo přestanou před 50. nebo 60. rokem života, si zvýší naději na dožití o několik let na rozdíl od těch, kteří nadále v kouření pokračují (Doll et al., 2004; in Thirlaway & Upton, 2009). Z toho vyplývá, že přestat kouřit v kterémkoliv věku s sebou přináší zdravotní výhody.

### **2.3. Léčba závislosti na nikotinu**

Existuje mnoho možností, jak odvykat kouření. Kuřák si může pomoci sám nebo vyhledat odbornou pomoc. Léčba závislosti na nikotinu zahrnuje behaviorální a farmakologické intervence, které postihují obě složky závislosti: psychickou i fyzickou. Práce odborníka se bude lišit podle léčebného přístupu, ze kterého vychází.

#### **2.3.1. Úvod do problému diagnostiky**

Před návrhem léčebného postupu se nejprve provede celková anamnéza pacienta, která zahrnuje základní předpoklady k léčbě. Jedná se o faktory, které se významným způsobem podílejí na průběhu léčby, tedy proměnné na straně pacienta a proměnné na straně pacientova okolí (např. podpora rodiny nebo naopak kouření u partnera). S přihlédnutím na jeho aktuální fyzický a duševní stav se diagnostikuje závislost na nikotinu (psychická a fyzická složka závislosti). Bere se v potaz situace, ve které se kuřák nachází (sociální a ekonomické zázemí, duševní rozpoložení) a možnosti léčby v dané oblasti (Nešpor & Csémy, 1996).

Intervence vychází z individuálních charakteristik jedince. Závisí na mnoha faktorech, které ovlivní úspěšnost odvykání kouření. Klíčovou roli zde hraje vhodné zařazení klienta do léčebného programu. Aby léčba byla úspěšná, je třeba přizpůsobit intervenci individuálním potřebám jedince. Pro tento proces se používá termín

*matching*, který označuje propojení individuálních charakteristik s vhodnou intervencí (Rotgers et al, 1999; aj.).<sup>2</sup>

### **2.3.2. Diagnostický rozhovor**

Diagnostické rozhovory slouží k tomu, aby se získaly potřebné informace o pacientovi, na jejichž základě se stanoví léčebný plán. Cílem těchto rozhovorů je navázat terapeutický vztah, získat potřebné informace a posilovat pacientovu motivaci ke změně (Kalina et al., 2003).

Odborný poradce posoudí, nakolik je kuřák přístupný ke změně a provede žádoucí intervenci. Je třeba brát v potaz charakteristiky na straně pacienta (to, jakým způsobem se k léčbě staví kuřák), stejně tak jako charakteristiky na straně terapeuta (to, jakým způsobem bude terapeut přistupovat k pacientovi). Kuřák si musí být vědom rizikových situací, které vedou k recidivě, aby se je naučil zvládat (Millerová, 2011; Rotgers, 1999).

Vhodně navržená intervence nezaručí úspěch, pokud kuřák sám nevěří ve své vlastní schopnosti. V případě pochybností na straně kuřáka je pak úkolem odborníka posílit kuřákovu sebedůvěru.<sup>3</sup> Klíčovým faktorem pro úspěšnost při odvykání kouření je kuřákova motivace a rozhodnutí přestat kouřit.

### **2.3.3. Statistická úspěšnost odvykání kouření**

Kuřáci se mohou stát závislími psychicky nebo fyzicky na cigaretách, ale to neznamená, že ztratili kontrolu nad svým chováním, ale že je těžké toto chování změnit. Statistiky ukazují, že až 70 % kuřáků si přeje přestat kouřit. Vzhledem k vysoké četnosti výskytu recidiv, je úspěšnost při odvykání velmi nízká. Když se kuřák rozhodne přestat kouřit sám, bez léků a terapie, má asi 3% šanci na úspěch. Z průzkumů kuřácké situace v ČR vyplývá, že 40 % kuřáků se o to marně pokusí každý rok. Pokud kuřák navštíví lékárnou a koupí si náhradní nikotinové přípravky, zvýší se jeho šance na úspěch na

---

<sup>2</sup> viz kap. 2.4.4 Matching: integrace stádií a procesů změny

<sup>3</sup> viz kap. 2.3.7 Motivační rozhovory



10 %. V případě vyhledání odborné pomoci se úspěšnost odvykání pohybuje kolem 40 %.<sup>4</sup>

Thirlaway a Upton (2009) diskutovali některé faktory, které se mohou podílet na úspěšnosti léčby ve Velké Británii. Lépe prý odvykají lidé z vyšší společenské vrstvy, než sociálně slabí jedinci, a to z toho důvodu, že jedinci s nižšími příjmy si léčbu nemohou finančně dovolit. Z průzkumu Derbyho et al. (1994; in Thirlaway & Upton, 2009) vyšlo najevo zajímavé zjištění, že u žen hraje význam to, zda žije s partnerem kuřákem, zatímco u mužů hraje roli věk. Čím starší byli muži, tím spíše se jim podařilo přestat kouřit.

Lee a Kahende (2007; in Thirlaway & Upton, 2009) představili faktory, které mají vliv na úspěšné odvykání: nekuřácké prostředí doma a na pracovišti, věk nad 35 let, jeden předchozí pokus o zanechání kouření, vysoké vzdělání, žijí v manželském vztahu nebo s partnerem a sociální podpora. Autoři provedeného výzkumu také zjistili, že když se lidé pokoušejí odvykat tím způsobem, že přejdou na tabákové výrobky s nižším obsahem dehtu nebo mají za sebou několik marných pokusů přestat úplně, svědčí to o neúspěchu celého procesu odvykání.

Lze uzavřít, že náhradní nikotinová terapie, farmakologické nebo psychologické přístupy, které se uplatňují ve vzájemné kombinaci, budou úspěšnější, než když se každý z nich využije izolovaně. Kuřák musí věřit ve vlastní schopnosti, že to dokáže. Klíčovou roli zde hraje kuřákova motivace a jeho přístupnost ke změně.

### **2.3.4. Možnosti léčby u nás**

U nás se léčbou závislosti na nikotinu zabývali především Kozák a Králíková (1997). Léčba by měla směřovat k úplné abstinenci, kterou se rozumí minimálně 6-12 měsíců bez kouření (Králíková et al., 2005). Klinické odvykání kouření zahrnuje behaviorální a farmakologické intervence, které se mohou pohybovat v rozmezí od stručné rady a poradenství až po intenzivní podporu a podávání léků, které přispívají k eliminaci abstinčních projevů během odvykacího stavu.

---

<sup>4</sup> web: [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html)

### **2.3.5. Farmakoterapie**

Léčba pomocí léků se doporučuje zejména při stanovení fyzické závislosti na nikotinu. Jedná se o silné kuřáky, kteří za den vykouří 10 a více cigaret a první cigaretu si musí zapálit do hodiny po probuzení (Králíková, 2008). Takovým lidem se podávají léky, které potlačují projevy abstinčních příznaků, mezi které patří například touha kouřit, špatná nálada, poruchy spánku, úzkost, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace či zvýšená chuť k jídlu. Při překonávání akutních abstinčních příznaků pomáhá např. tryptofan, B komplex, cystein, vitamín C. (Pešek & Nečesaná, 2008).

Králíková (2007, 2008) představuje tři druhy farmakoterapie, které jsou u nás v současnosti dostupné. Jedná se o náhradní terapii nikotinem, podávání bupropionu a vareniklinu. Vareniklin je antidepresivum, které navíc způsobuje, že cigareta přestane kuřákovi chutnat a nepřinese mu tedy potěšení. Jedná se o první léčivo vyvinuté cíleně pro léčbu závislosti na tabáku, které neobsahuje nikotin.

Náhradní terapie nikotinem není lékem proti kouření, ale funguje na principu potlačení vzniku abstinčních příznaků alternativním přísunem nikotinu. V lékárnách jsou volně dostupné nikotinové žvýkačky, náplasti, inhalátory nebo spreje, které rovněž zvyšují úspěšnost odvykání kouření. Při správném a pravidelném způsobu aplikace poskytují všechny formy stejný výsledek (Kalina et al., 2003).

### **2.3.6. Behaviorální a psychosociální intervence**

Behaviorální terapie je jedním z psychoterapeutických přístupů, které se zaměřují na změnu lidského chování. Přestat kouřit pro kuřáka znamená změnit způsob života, svůj životní styl, ale především návyky, které s tím dosud souvisely. V tom, podle Kaliny et al. (2003) spočívá léčba psychosociální závislosti: rozbít zažití stereotypy. Tato změna může trvat individuálně dlouhou dobu a závisí na více faktorech. Někdo přestane ze dne na den, někomu pomůže hypnóza, někdo zase využije jednu z metod odvykání, jak nabízejí např. Nešpor a Csémy (1996):

- motivační nácvik – vyzdvihování výhod nekouření (lepší zdravotní stav, finanční úspory),
- rozpoznávání nebezpečných situací a vyhýbání se jim – kuřácké podniky,
- prostě přestat – pevné rozhodnutí už si nikdy nezapálit,

- teskně nevzpomínat a rozpoznávat nebezpečné myšlenky – rozpoznat nebezpečné myšlenky, které by mohly vést k recidivě (iluze o pozitivních účincích cigaret v krizi),
- svědek, divák, pozorovatel – nenechat se rozptylovat myšlenkami o kouření
- překonat chuť na cigaretu – rozptýlení něčím jiným (sprcha, rozhovor s přítelem, tělesná aktivita, odměňování se, znovu si připomínat výhody nekouření a nevýhody kouření),
- relaxace a jóga – užitečné při zvládání stresových situací,
- autosugestivní trénink – opakovat si nahlas „Nechci kouřit“,
- zvládání recidivy – v případě recidivy se nevzdávat,
- vědomé znepríjemňování si kouření – soustředit se na vdechování škodlivých látek při každém potáhnutí z cigarety, schovat si krabičku cigaret do sklepa, vykouřit najednou co největší množství cigaret a vyvolat tak odpor ke kouření.

Králíková et al. (2005) navrhuje, že ambulantní lékaři by neměli podceňovat svůj vliv na pacienty a doporučuje všem praktickým lékařům využití krátké intervence. Každý lékař by měl v dokumentaci každého pacienta identifikovat kuřáka a každému kuřákovi jasně doporučit přestat kouřit. Měl by zhodnotit jeho motivaci ke změně, a pokud pacient nechce přestat kouřit, pokusit se jej motivovat (vysvětlit souvislost kouření s jeho diagnózou). V případě, že si pacient přeje přestat kouřit, lékař by se ho měl zeptat na to, v jakých situacích nejčastěji kouří, aby se na ně předem připravil (Králíková et al., 2005).

Uvádí se, že kritické jsou první tři měsíce, během nichž dojde k většině recidiv (Kalina et al., 2003; aj.). Například Carr (2003) vysvětluje, že skutečným důvodem, proč kuřáci nepřestávají kouřit, je rafinovaná kombinace faktorů: „*Je to závislost na nikotinu a vymývání mozků.*“ (Carr, 2003, s. 23). Autor se takto snaží vystihnout podstatu psychické závislosti: kuřáci žijí v „naivní“ představě, že jim cigareta poskytuje něco, co ke své spokojenosti potřebují. Jsou přesvědčeni o tom, že bez cigarety se nedokážou uvolnit nebo soustředit.

### **2.3.7. Motivační rozhovory**

Motivační rozhovory se provádějí na začátku každého poradenství a pomocí nich se zjišťuje, nakolik je kuřák motivovaný řešit svůj problém s kouřením. Motivace označuje

stav připravenosti ke změně nebo touhu po ní. Podstatné je, že motivaci lze ovlivnit v pozitivním i negativním směru. Postupy uplatňované v motivačních rozhovorech nenutí kuřáka abstinovat, nýbrž úkolem terapeuta je zvýšit kuřákovu motivaci přestat kouřit. Předpokladem k úspěšné práci s motivací je schopnost empatického naslouchání, porozumění vnitřním motivačním silám klienta, podpora jeho sebedůvěry, vlastních schopností a zodpovědnosti za své chování (Millerová, 2011; Rotgers et al., 1999).

Podle Millera a Rollnicka (2002), je možné z některých projevů klienta poznat, že se daří navyšovat jeho motivaci ke změně:

- vyjadřuje menší odpor ke změně,
- klade méně otázek týkajících se problému (kouření),
- rozhoduje se (přestane kouřit),
- motivuje sám sebe (kuřák rozeznává nevýhody kouření, rozeznává výhody abstinence, vyjadřuje optimismus ohledně změny, vyjadřuje záměr změnit se),
- klade více otázek ohledně změny,
- předvídá a představuje si (jaké by to bylo, kdyby nekouřil),
- experimentuje (např. zkusí snižovat počet vykouřených cigaret).

Některé projevy naopak svědčí o opaku a klient spíše vyjadřuje odpor ke změně:

- kuřák obhajuje výhody současného stavu (cigarety ho uklidňují),
- uvádí nevýhody změny (odvykací stav),
- vyjadřuje pesimismus ohledně změny (bez cigaret život nemá smysl),
- vyjadřuje záměr změnu neuskutečnit (nechce).

Miller a Rollnick (2002) pracovali s metodou rozhodovací váhy<sup>5</sup>, která má určit, nakolik je kuřák přístupný ke změně. V této metodě jde o to, aby se kuřák zamyslel nad tím, co se stane, když bude pokračovat v současném chování a stav se nezmění, a naopak co se změní, když kouřit přestane. Pokud budou převládat výhody současného stavu, kuřák je těžko přístupný nebo vůbec nepřístupný ke změně. V případě, že jsou obě strany váhy vyrovnané (výhody a nevýhody kouření na stejné úrovni jako výhody a

---

<sup>5</sup> metoda rozhodovací váhy - též „decisional balance“ (in Miller & Rollnick, 2002, s. 15-16) nebo „cost and benefits analysis“ (in Cormier et al., 2012, s. 581)

nevýhody nekouření), jedná se o ambivalenci, která vyjadřuje kuřákovu nerozhodnost ohledně změny.

Miller a Rollnick (2002) kladou důraz na to, že nezáleží na množství vyjmenovaných výhod a nevýhod kouření a nekouření, ale na tom, jaký význam jednotlivým výhodám a nevýhodám kuřáci přiřkládají. U ambivalentního kuřáka tak mohou jasně převládat nevýhody kouření a na straně druhé bude nacházet pouze jednu jedinou výhodu, která je ale pro kuřáka natolik podstatná, že zcela jasně převáží ostatní nevýhody.

Podobně i Cormier et al. (2012, s. 568), na základě výzkumu Amrheima et al. (2003), klade důraz nikoli na četnost projevů, které svědčí o odhodlání přestat kouřit, nýbrž na význam takových projevů. Nezáleží na tom, jak často kuřák mluví o tom, že přestane kouřit, ale spíše na tom, jak moc to myslí vážně. Tvrzení „*Nebudu kouřit*“, má mnohem silnější význam než prohlášení „*Mohl bych přestat kouřit*“ nebo „*Asi přestanu*.“ (Cormier et al., 2012, s. 568).

### **2.3.8. Transteoretický přístup k léčbě závislosti na nikotinu**

Transteoretický přístup (dále označován zkratkou „TTP“) je behaviorální teorie, která popisuje, jak lidé mění své problémové chování a naopak jak získávají chování žádoucí. Klíčovou myšlenkou TTP je, že účinná změna chování závisí na uskutečňování správných věcí (procesů) ve správnou dobu (fáze).

Transteoretický přístup ke změně rizikového chování byl vytvořen Jamesem O. Prochaskou a Carlem DiClementem, kteří v roce 1983 navrhli TTM: transteoretický model stádií změny (Prochaska & DiClemente, 1983). Jedná se o psychologický koncept, podle něhož uživatel prochází určitými fázemi postupně vedoucími ke změně chování.

Ústředními teoretickými konstrukty TTP jsou fáze změny, v jejichž průběhu ke změnám chování dochází a procesy změny, které představují soubor vzorců chování a prožívání, jejichž aktivace zvětšuje pravděpodobnost, že dojde u daného člověka ke změně rizikového chování a že bude tato změna stabilní v čase (Světálák, 2009). Prochaska a Norcross (1999) navíc jmenují ještě třetí základní element TTP, a to úroveň změny:

- symptomy a problémové situace,

- maladaptivní kognitivní procesy,
- současné interpersonální konflikty,
- rodinné a systémové konflikty,
- interpersonální konflikty.

Intervence na základě modelu stádií změny obvykle zahrnují dva klíčové prvky. Zaprvé je nutné přesně určit, ve kterém stádiu změny se jedinec nachází, aby se mohl navrhnout a provést vhodný zásah. Zadruhé je třeba často přehodnotit stádium změny a podle tohoto posouzení upravit daný zásah.

Tímto způsobem se vyvíjejí a přizpůsobují intervence na základě stádia změny jako odezva na jedincovy postupy jednotlivými stádii. Thirlaway a Upton (2009) poukazují na to, že takové zásahy jsou lepší, než jeden model, který platí pro všechny, a že tyto zásahy budou účinnější a efektivnější, než jeden takový univerzální model.

## **2.4. Transteoretický model**

Transteoretický model změny neboli model stádií změny byl původně navržen pro psychotherapeutické účely a během práce s klienty byl několika obměňován. Prochaska a DiClemente (1983) pomáhali přednostně jedincům závislým na nikotinu, ale později se model začal využívat i při léčbě jiných drogových závislostí a návykového chování. Autoři TTM tak propojili poznatky psychoterapie se změnou lidského chování. Protože model čerpá z celého spektra hlavních teorií, nese název transteoretický (Prochaska & Norcross, 1999).

Model naznačuje, že změna postupuje několika stádii, přičemž k recidivě dochází v jakémkoliv stádiu a jedinec se může kdykoliv a do kteréhokoliv z nich vrátit. Fáze kontemplace se vyznačuje určitou ambivalencí, se kterou se závislý jedinec potýká a nějakým způsobem s ní nakládá. V tomto okamžiku kuřák již pocítuje jisté nevýhody plynoucí z jeho užívání, avšak není dostatečně motivován ke změně dosavadního způsobu života. Nezřídka kdy se jedinec v tomto okamžiku zasekne a už nikdy se mu nepodaří přejít k následujícím fázím: rozhodnutí pro změnu, aktivní jednání, udržování nového stavu nebo případná recidiva (Thirlaway & Upton, 2009).

Jak uvádí Rotgers et al. (1999, s. 181) podle výzkumu Hunta et al. (1971), přibližně u 60 % pacientů, kteří ukončili léčbu závislosti na nikotinu, alkoholu a heroinu, nastala v průběhu prvních devadesáti dnů recidiva. Prochaska a Norcross (1999, s. 398)

považují recidivu spíše za pravidlo než za výjimku. Z toho důvodu se autoři TTM rozhodli upravit model tak, aby se recidiva stala jeho samostatnou fází.

### **2.4.1. Fáze změny**

Fáze změny představují specifické konstelace postojů, záměrů a chování, které mají vztah k motivaci jedince ke změně rizikového chování. Každá fáze změny vymezuje nejen časový úsek, ve kterém se daný jedinec hodlá změnit, ale také řadu úkolů, které je nutné splnit, aby se mohl posunout do další fáze změny (Prochaska & Norcross, 1999). Transteoretický přístup vymezuje šest fází: prekontemplace, kontemplace, příprava, akce, udržování a recidiva.

#### *a. Prekontemplace*

V první fázi TTM se nacházejí jedinci, kteří nemají v úmyslu své rizikové chování měnit. Jakákoliv změna se jim zdá zbytečná nebo příliš obtížná. „*Není to tak, že by neviděli řešení. Oni nevidí problém.*“ (Prochaska & Norcross, 1999, s. 396). Neuvědomují si škodlivé účinky kouření a zdravotní rizika často přehlížejí. Oproti tomu se těší z výhod, které jim dosavadní způsob života nabízí a kouření si užívají. V literatuře se o takových jedincích někdy hovoří jako o *šťastných uživatelích* (Rotgers et al., 1999, s. 205), kteří postrádají motivaci ke změně stávajícího životního stylu. Fáze prekontemplace se charakterizuje jako stádium, ve kterém neexistuje žádný záměr změnit chování v dohledné budoucnosti.

#### *b. Kontemplace*

Tuto fázi vystihuje ambivalence ohledně změny. Kontemplace je stádium, v němž si lidé problém uvědomují, anebo se zabývají tím, jak ho zvládnout. Sami se ale zatím nerozhodli k činu. Ve fázi kontemplace si kuřáci uvědomují zdravotní rizika, ale i jiné negativní aspekty, které s jejich kuřáckým návykem souvisejí. Přemýšlejí o tom, co by jim změna přinesla a v čem by naopak trátili.

Ambivalentní jedinci tedy hodnotí možnosti. Často se stává, že v tomto stavu setrvávají po dlouhou dobu a mnohdy v kontemplaci uvíznou, aniž by se odhodlali k nějakému činu. Prochaska a Norcross (1999, s. 397) hovoří o *chronické kontemplaci*, kdy podle výzkumu DiClementeho et al. (1991) v kontemplaci setrvalo 200 osob po dobu dvou let, aniž by se jen přiblížili nějaké významné akci. Ambivalentní jedinci tak

mohou o změně uvažovat po zbytek života, avšak nikdy se jim nepodaří přesunout se do další fáze.

Pro ambivalentní kuřáky je typické, že si uvědomují problém, ale nejsou schopni s tím něco udělat. Buďto nechtějí, protože se obávají abstinčních příznaků, anebo prostě nemohou, protože jim v tom brání těžká životní situace, kterou bez své drogy nemohou zvládnout. Nerozhodnost pro změnu se projevuje v tom, že jedinec pokračuje v kouření, ale přitom by s tím nejraději přestal. Nejistí kuřáci nevědomě využívají obranné mechanismy ega čili specifické způsoby chování v případě, kdy hrozí narušení jejich psychické harmonie, aby zmírnili nepříjemné pocity a vnitřní napětí vyvolané touto ambivalencí (Kalina et al., 2008; Millerová, 2011).

Tento nesoulad myslí je také popisován jako kognitivní disonance, označující vnitřní konflikt, k němuž dochází v případě, když se lidé chovají způsobem, který se neslučuje s jejich postoji (Oxford, 1985; in Rotgers et al., 1999). Tento nepříjemný stav myslí u kuřáka nastává, když zjistí, že jeho kuřácké chování neodpovídá, ba dokonce odporuje jeho názoru na kouření (kouření škodí zdraví).

Postoje se odrážejí ve třech rovinách: kognitivní (to, co si kuřák myslí o kouření), emocionální (to, co kuřák cítí ohledně kouření) a behaviorální (to, jak se ve výsledku chová). Aby kuřák zmírnil vnitřní napětí vyvolané tímto rozporem, má na výběr ze tří možností. Může změnit svůj postoj ke kouření (*light* cigarety nejsou tak škodlivé, jako ty klasické), změni své chování (přestane kouřit) anebo si dodatečně vytvoří nový postoj ke kouření (*light* cigarety sice škodí stejně jako normální, ale když budu kouřit jenom občas, tak se nic nestane), čímž omluví své kuřácké chování (Aronson, 1972; Myers, 1999).

Pro kuřáka je snadnější změnit svůj postoj ke kouření, než aby přestal kouřit. Tak dojde k aktivaci obranných mechanismů, které slouží k ochraně jeho duševní rovnováhy. Obranné mechanismy pomáhají potlačit úzkost, a umožnit tak fungování našeho já (Kalina et al., 2008; Millerová, 2011).

Ambivalentní kuřák může využít obranný mechanismus, aniž by při tom měnil své kuřácké chování nebo přesvědčení, že kouření skutečně škodí jeho zdraví. Například: kuřák ví, že kouření mu zhoršuje zdravotní stav, zároveň ho sužuje špatný pocit z toho, že si vědomě škodí. Dle Coreyho (2001; in Millerová, 2011) to ve výsledku vyústí v excesivní užívání nebo kompenzace.



Ambivalentní kuřáci tedy kouří nadále, ale sami sebe uklidňují tím, že přestanou, až k tomu bude vhodná příležitost. Nebo čekají na tu správnou motivaci, kvůli které by byli schopni přestat jednou provždy. Otázkou ovšem zůstává, zda s tím vážně hodlají přestat, nebo se jedná o další druh obranného mechanismu. Často hledají důvody, proč si zapálit a cigaretu berou jako odměnu, na kterou se těší nebo se domnívají, že si ji zaslouží. Negativní aspekty kouření se snaží vytěsnit či je zcela ignorují. Oproti tomu vyzdvihují výhody kouření a všímají si jen těch pozitivních stránek kouření. A někdo snad může kouřit i proti své vůli, jen aby se mu dostalo přijetí do společnosti.

O ambivalenci by mohly vypovídat i kuřákovy snahy omezit kouření, ale pouze v případě, že by to považoval jen jako krátkodobou záležitost. V tom spočívá rozdíl mezi ambivalencí a skutečnou přípravou na změnu.

#### *c. Příprava*

Ve fázi příprava se nacházejí jedinci již přesvědčeni o správnosti svého rozhodnutí zanechat kouření v dohledné době. Pomalu se připravují na změnu a uskutečňují první kroky vedoucí ke změně. Kuřáci v tomto stádiu omezují intenzitu kouření nebo snižují počet vykouřených cigaret na menší množství. Ačkoli jedinci omezili své rizikové chování, změna se ještě neuskutečnila, protože se jim nepodařilo odvyknout kouření úplně. „*Jedinci v tomto stádiu mají v úmyslu provést nějakou akci a vypovídají o některých malých změnách v chování, jako že o 30 minut déle odkládají svou ranní cigaretu.*“ (DiClemente et al., 1991; in Prochaska & Norcross, 1999, s. 397). Tato fáze představuje jakýsi přechod mezi pouhým uvažováním o změně a skutečným jednáním.

#### *d. Akce*

Akce je stádium, ve kterém kuřák mění své dosavadní návyky spojené s kouřením. V této fázi jedinci realizují své plány a léčí se ze závislosti na nikotinu. Zároveň se učí rozpoznávat rizikové situace, ve kterých by hrozilo porušení abstinence a snaží se jim vyvarovat. Plně si uvědomují výhody nekouření, jako například zlepšení zdravotního stavu a finanční situace. Chápou, že změna jim přináší více prospěchu než setrvání v rizikovém chování. V tomto stavu se odvykajícím kuřákům dostává největšího uznání od okolí. Prochaska a Norcross (1999) upozorňují na to, že lidé, včetně odborníků, často mylně kladou rovnítko mezi akcí a změnu. „*Jedinci jsou ve stádiu změny, když úspěšně změnili problematické chování na dobu jednoho až šesti měsíců. Úspěšně změnit*

*chování znamená dosáhnout specifického kritéria, jakým je např. abstinence.“* (Prochaska & Norcross, 1999, s. 397).

#### *e. Udržování*

Ve fázi udržování se nacházejí jedinci, kteří po delší dobu nekouří a v tomto stavu hodlají i nadále pokračovat. Toto stádium je celé o udržování abstinence a předcházení možné recidivy. Jedná se o bývalé kuřáky, kterým se podařilo dosáhnout požadovaného cíle, čímž úspěšně změnili své rizikové chování.

Prochaska a Norcross (1999) uvádějí některé příklady typických tvrzení ve stádiu udržování: „*Možná teď budu potřebovat podporu, abych vydržel u změn, kterých jsem již dosáhl.*“ „*Jsem tu, abych zabránil recidivě svého problému.*“ (Prochaska & Norcross, 1999, s. 398).

#### *f. Recidiva*

Pokud se jedná o laps, kdy si kuřák jednou zapálí, ale nevrátí se zpět do první fáze prekontemplace, čeká ho další výzva. Znovu musí načerpat síly a obnovit víru ve vlastní schopnosti. V tomto případě je nutná podpora ze strany okolí, protože může trpět pocitem beznaděje.

V případě, že kouření nadále pokračuje, znovu se rozjede mechanismus závislosti. Kuřák spadne zpět do jedné z předchozích fází, přičemž narazí na rozpor mezi svým postojem a jednáním (kognitivní disonance).<sup>6</sup> Recidivující kuřák pravděpodobně zapojí obranné mechanismy, aby zmírnil napětí vyvolané selháním (Thirlaway & Upton, 2009).

### **2.4.2. Behaviorální změna**

Transtoeoretický přístup na behaviorální změnu nenahlíží jako na jednorázovou událost, ale jako na nikdy nekončící proces. Změna je zde chápána jako soubor aktivit či pohnutek nutných k tomu, aby se jedinec ke změně odhodlal. Princip spočívá v tom, že v každé fázi návykového chování se aktivují určité spouštěče, které zodpovídají za přesun z jednoho stádia do druhého (Prochaska & Norcross, 1999).

---

<sup>6</sup> kognitivní disonance - rozpor mezi předsevzetím abstinovat vs. porušit abstinenci

Také záleží na tom, zda je na behaviorální změnu nahlíženo jako na příčinu anebo následek přesunu z jedné fáze do druhé. Například vysoká sebedůvěra může být příčinou, ale také následkem přesunu z jednoho stádia do druhého. S takovým jevem pracoval i Sutton (2005; in Thirlaway & Upton, 2009) a nazval jej *stádiovým efektem*.

Některé longitudinální studie dokládají, že jedinci ve fázi kontempace pravděpodobněji přejdou do fáze příprava, než jedinci v prekontemplaci. Je to proto, že se u nich předpokládá vysoká sebedůvěra, stejně jako se předpokládá nízké povědomí o riziku kouření u jedince v prekontemplaci (Thirlaway & Upton, 2009).

Existují i studie, které tento předpoklad naopak zamítají v případě, když se lidem něco jeví jako nové či atraktivní. Například ve výzkumu Zwara a Richmonda (2002; in Thirlaway & Upton, 2009) někteří kuřáci ve stádiu prekontempace rovnou přeskočili do stádia akce, když se nabízel Zyban (bupropion) jako pomoc při odvykání kouření.

Z dalších průzkumů však vyplývá, že pro většinu kuřáků, a to bez ohledu na stádium, převaha nevýhod nehraje významnou roli a není proto určujícím faktorem pro pohyb napříč jednotlivými fázemi. Dokládají to i některé české studie, které se zabývaly validitou obsahu TTP a tím, v jaké fázi změny jedinci aktivují procesy změny (Světlák, 2009). Výzkum Světláka (2009) potvrzuje, že kuřáci v prekontemplaci skutečně aktivují procesy změny nejméně, oproti pozdějším stádiím, jako je akce a příprava, kde dochází k největšímu využívání procesů změny.

### **2.4.3. Procesy změny**

*„Procesy změny jsou skryté a zjevné činnosti, které klienty přivedou ke změně prožívání, myšlení, chování či vztahů spojených s určitým problémem či obecnějším způsobem života.“* (Prochaska & Norcross, 1999, s. 22).

V praxi se může jednat o zvyšování povědomí o škodlivosti cigaret, v jehož důsledku se nejistý kuřák rozhodne kouření zanechat. Významnou roli může rovněž sehrát i sociální nátlak okolí nebo posílená sebedůvěra. Podobných principů se využívá při motivačních rozhovorech, kdy terapeuti pracují s kuřákovou motivací se zaměřením na komponenty, které jsou pro jeho stádium specifické (Cormier et al., 2012; Miller & Rollnick, 2002). Například u *šťastného uživatele* půjde o to, aby si začal uvědomovat zdravotní rizika kouření a přesunul se do stádia kontempace. Ambivalentní kuřáky je

zase potřeba přesvědčit o správnosti odvykání kouření, neboť oni sami mezi výhodami a nevýhodami takového rozhodnutí bilancují.

#### **2.4.4. Matching: integrace stádií a procesů změny**

Jak lze využít model stádií změny v prosazování zdraví a pomoci kuřákovi přestat kouřit? Tento model je důležitý, protože umožňuje odborníkům určit, v jaké fázi motivace se jedinci nacházejí a následně vypracovat intervence na základě této informace. Například se bude lišit intervence, která se má navrhnout jedinci, který kouří a nemá v úmyslu přestat, od intervence určené jedinci, který se připravuje na to, že kouřit přestane. V prvním případě by bylo úkolem poradce vštípit kuřákovi myšlenku přestat kouřit. Ale jak toho docílit?

Nejběžnější metodou v tomto přístupu je jednoduché cvičení zvyšování povědomí nebo nabývání informací o problému a jak to může ovlivnit dotyčného kuřáka. V tomto stádiu by měl odborník přimět *šťastného uživatele* k tomu, aby si uvědomil, že kouření poškozuje zdraví, a že tato skutečnost může postihnout i konkrétně jeho, a dále mu vysvětlit jednotlivé zdravotní problémy, kterým by mohl čelit kvůli svému kouření (Rotgers et al., 1999).

S klienty, kteří se nacházejí v prekontemplaci, se pracuje nejhůře. Jedinci ve fázi prekontemplace využívají procesy změny podstatně méně než v ostatních stádiích. Lidé v tomto stádiu zpracovávají mnohem méně informací o problému (ignorují zdravotní rizika kouření), tráví méně času a energie přehodnocováním sebe samých, co se týče negativních aspektů kouření, reagují netečně, jako by se jich netýkali. Jsou málo přístupní nebo vůbec nejsou přístupní ke změně. Aby se přesunuli do stádia kontemplace, musí si uvědomit negativní důsledky svého chování (Prochaska & Norcross, 1999).

Následující přehled představuje aplikaci *matchingu* v pojetí TTP: spárování intervencí a procesů změny s jednotlivými stádií změny (Carmier et al., 2012; Miller & Rollnick, 2002; Prochaska & Norcross, 1999; Thirlaway & Upton, 2009):

- prekontemplace: zpětná vazba na pacientovy postoje, aby si uvědomil problém, snaha vyvolat kognitivní disonanci (postoje v rozporu s chováním, např. sportovec a fyzická kondice nebo těhotná žena a plod dítěte), vyvolat

pochybnosti o kuřáckém chování, aktivace procesu zvyšování vědomí o problému,

- kontemplace: zdůraznit pozitivní aspekty ohledně rozhodnutí pro změnu, ukázat možnosti volby, aktivace procesu přehodnocení sebe (zhodnotit hodnoty, které opustí, a které naopak bude chtít aktualizovat), přehodnocení okolí (jaký dopad má jeho kouření na okolí), přehodnocení vztahu ke kouření,
- příprava: plán strategií, vytváření cílů, aktivace procesu protipodmiňování (návčik relaxace místo kouření ve stresových situacích), ovládání podnětů (návštěva kuřáckého podniku), nutná aktivace procesu sebeosvobození (víra ve vlastní schopnosti),
- akce: podpora ze strany terapeuta (ukázat, že se dobře rozhodl), ocenění za úspěchy (zvládl craving), zapojení procesu protipodmiňování, ovládání podnětů, manipulace s následky (zhoršení stresu nebo deprese),
- udržování: podpora, ocenění, osvojení předešlých procesů (předcházení recidivě),
- recidiva: okamžitě zastavit recidivu, znovu posílit sebedůvěru, obnovit předešlé procesy změny.

#### **2.4.5. Srovnávací studie TTM**

Z dlouholetých výzkumů vyplývá, že vnímání rizika není rozhodujícím faktorem pro změnu chování. Ani strach a obavy o zdraví nejsou efektivní motivací ke změně životního stylu, stejně jako převaha nevýhod kouření. Zato sebedůvěra se ukázala být jako klíčová komponenta v procesu změny a kuřákovy předchozí zkušenosti jako spolehlivý ukazatel budoucího chování. Nelze opomenout ani sílu zvyku a potěšení z cigarety, které mají velký vliv na uskutečnění změny (Světlák, 2009; Thirlaway & Upton, 2009; aj.).

V průřezových studiích byli jedinci zařazeni do jednotlivých stádií a následně proběhlo srovnání s jednou či více komponentami modelu: fáze rozhodování, proces změny a vlastní sebedůvěra. Výsledky Rosenovy metaanalýzy průřezových studií (2000; in Thirlaway & Upton, 2009) však nepodpořily tvrzení, že by se jednotlivá stadia mezi sebou lišila kognitivními procesy, které zodpovídají za přesun z jednoho stadia do druhého. Když například Herzog a Blagg (2007; in Thirlaway & Upton, 2009)

porovnávali motivace mezi fázemi prekontemplace a kontemplace, neshledali žádné společné vlastnosti u kuřáků ve stádiu prekontemplace. Podle provedené studie *šťastní uživatelé* nemají stejné motivace, ačkoli se nacházejí ve stejném stádiu. Naopak ambivalentní kuřáci se prý ve fázi kontemplace společnými charakteristikami vyznačují vždy.

Takové tvrzení však odporuje výsledkům dřívější studie Marshalla a Biddlea (2001; in Thirlaway & Upton, 2009), kde bylo zjištěno, že mezi ambivalentními kuřáky panují velké rozdíly. Rozdíly spočívaly v osobních motivacích, vnímání rizika, ale především v oblasti zvažování výhod a nevýhod kouření. Zdá se, že skutečně záleží na stádiu, ve kterém se kuřák právě nachází. Podle tohoto výzkumu bylo z výpovědí kuřáků zjištěno, že vzrostlo množství proměnných faktorů mezi prekontemplací a kontemplací, kdežto mezi kontemplací a přípravou žádný nárůst zaznamenán nebyl. Dalšího nárůstu proměnných faktorů bylo povšimnuto až mezi přípravou a akcí.

#### **2.4.6. Hodnocení účinnosti TTM při odvykání kouření**

Není však snadné posoudit, nakolik je model účinný v praxi. Termín transteoretický je odvozen od strategie, která využívá celé spektrum různých teorií. Bandura (1998; in Thirlaway & Upton, 2009) upozorňuje na to, že bez bližší specifikace determinantů nebo mechanismů změny se model stává ateoretický. Samotná kategorizace lidí podle stádia kontemplace ambivalentním jedincům přisuzuje určité charakteristiky, což ovšem může být zavádějící. Například nemůžeme tušit, z jakého důvodu takový kuřák neuvažuje o změně. Nabízí se vysvětlení, že za jeho nerozhodností může stát nedostatek informací o riziku kouření, nízká sebedůvěra nebo odpor ke změně dosavadního způsobu života.

Z výsledků studie Weinsteina et al. (1998; in Thirlaway & Upton, 2009) jasně vyplývá, že v každé fázi hraje roli jiný faktor. Jednotlivá stádia se vzájemně vylučují, ale podstatné je, že následují v určitém pořadí, které však lze v ojedinělých případech přeskočit. Například je zcela výjimečné, že by si *šťastný uživatel*, který nemá žádné ponětí o riziku kouření, jednou přečetl něco o škodlivosti cigaret a už nikdy si znovu nezapálil. Všechny závislé osoby, bez ohledu na to, v jaké fázi se nacházejí, narážejí na překážky, které jim brání ve změně.

Prochaska a Norcross (1999) se k účinnosti transteoretické terapie vyjádřili takto: „*Výzkum jasně potvrdil platnost hlavních pojmů transteoretického přístupu a integrace stádií, procesů a úrovní. Longitudinální studie potvrzují významnost těchto pojmů při předvídání předčasného ukončení léčby a léčebných výsledků.*“ (Prochaska & Norcross, 1999, s. 409).

V zahraničí je tento přístup uznávaným modelem pro změnu rizikového chování, ale v České republice je jeho použití zatím jen ojedinělé. Literární zdroje zabývající se TTP jsou Psychoterapeutické systémy od J. O. Prochasky a J. C. Norcross (1999) a Motivační rozhovory od W. Millera a S. Rollnicka (2002).<sup>7</sup> Významná je i práce M. Světláka (2009), který se zabýval použitím TTP při odvykání kouření.

Světlák (2009) ve svém výzkumu ověřoval platnost dotazníků, tedy psychometrických nástrojů, podle nichž jsou hodnoceny základní konstrukty TTP. Jeho výzkum potvrdil validitu všech teoretických východisek transteoretického přístupu.

---

<sup>7</sup> v seznamu literatury je uveden originální titul v angličtině

## III. EMPIRICKÁ ČÁST

### 3.1. Úvod empirické části

Má studie vychází z práce Jamese O. Prochasky a Carla DiClementeho (1983), kteří v roce 1983 navrhli analytický model představující stádia změny chování. Transteoretický model změny neboli model stádií změny byl původně navržen pro psychotherapeutické účely při práci s klienty. Prochaska a DiClemente (1983) pomáhali přednostně jedincům závislým na nikotinu, ale později se model začal využívat i při léčbě jiných drogových závislostí a návykového chování. V následujících letech byl několikrát obměněn a sklídl mnoho úspěchů.

Předmětem mého zájmu je druhé stádium změny, tedy fáze kontemplace, kdy už jedinec ví, že má problém, ale není si jistý, zda s tím chce něco dělat. Stále není pevně rozhodnut pro změnu a hodlá v kouření dál pokračovat. Fáze kontemplace se vyznačuje určitou ambivalencí, se kterou se závislý jedinec potýká a nějakým způsobem s ní nakládá. Právě na takové jedince se hodlám zaměřit a mým cílem je zjistit, jak se se svou ambivalencí vyrovnávají.

Problematika odvykání kouření se týká spousty lidí a předpokládám, že v budoucnu bude ještě naléhavější.

### 3.2. Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Předmětem výzkumu jsou ambivalentní kuřáci ve stádiu kontemplace dle transteoretického modelu změny chování (Prochaska & DiClemente, 1983). Chci zjistit, v čem ona nerozhodnost pro změnu spočívá a jak se problém liší v jednotlivých případech.

Cílem tohoto výzkumu je do hloubky prozkoumat fenomén ambivalence ve smyslu toho, jak životní situace přispívá k projevené ambivalenci.

Hlavní výzkumná otázka zní: Jak vybraná skupina kuřáků reflektuje svou ambivalenci týkající se jejich vztahu ke kouření?

Vedlejší výzkumnou otázkou potom je: Jaké faktory participují na této ambivalenci?



### 3.3. Výzkumná strategie

Při volbě výzkumné strategie jsem zohlednila jednak cíl výzkumu a jednak samotný výzkumný problém. Šlo mi o hlubší proniknutí do sociální reality, proto jsem se rozhodla využít kvalitativní strategii. Na vybraném vzorku jsem chtěla ukázat určitý fenomén a podat o něm pokud možno vyčerpávající informace. Měla bych tak empiricky zachytit veškeré projevy ambivalence, které se ve specifické skupině vyskytují. Vzhledem k výzkumnému problému by kvantitativní strategie nepřipadala v úvahu, protože u té se výsledků dosahuje pomocí statistiky a vzorek je zde zastoupen populací. Já jsem na vzorku představila populaci problému a využila jsem induktivní metodu poznání (Disman, 2007).

Kvalitativní strategii jsem zvolila i z důvodu potřeby vysoké validity, kterou by mi kvantitativní výzkum nezaručil. Kvalitu mého výzkumu však mohla poškodit nízká hodnověrnost zjištěných závěrů a riziko vysoké reaktivity. Do výzkumu jsem vstupovala bez předem stanovených hypotéz a mým výstupem není potvrzení ani vyvrácení nějakého tvrzení, ale závěrečná zpráva o problému.

### 3.4. Technika sběru dat

Pro sběr dat jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů, které mi poskytovaly pružnost při formulaci otázek. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem jako tazatelka měla předem připravené otázky, jejichž pořadí jsem mohla podle situace a potřeby měnit. To bylo pro moji bakalářskou práci výhodné, jelikož jsem usilovala o to, abych neopomenula něco důležitého a aby bylo snazší porovnávat získané údaje. Držela jsem se předem připravených tematických okruhů, které vycházely z teoretického zázemí výzkumu (viz Prochaska & DiClemente, 1983). Oblasti zájmu (tematické okruhy) spadaly do těchto kategorií: sociální, zdravotní a finanční dopady kouření, zvažování výhod a nevýhod kouření, sebedůvěra, motivace, emoce, vnímání rizika a s tím spojené nakládání s problémem čili obranné mechanismy ega.<sup>8</sup>

Tematické okruhy mi sloužily jako vodítko, abych se při dotazování náhodou neodklonila od problému nebo se nezapomněla zeptat na něco, co mě zajímá. Otázky

---

<sup>8</sup> obranné mechanismy ega viz kap. 2.4.1.b. *Kontemplace*

například zněly: Jaký je Váš vztah ke kouření? Zvažujete výhody a nevýhody kouření? Jak sám/sama sebe vnímáte jako kuřáka? Chtěl/a byste přestat kouřit? V jakých chvílích uvažujete o změně? Co považujete za nejtěžší při odvykání kouření? Už jste v minulosti zkoušel/a přestat kouřit?

Za jistou výhodou rozhovorů lze považovat to, že jsem se mohla přímo ujistit, zda informátor porozuměl otázce a zda skutečně odpovídá na to, na co jsem se ho ptala. Participant mohl navíc své odpovědi rozvést, doplnit o své subjektivní názory, postoje a zkušenosti.

Před zahájením rozhovoru jsem znovu všechny informátory seznámila s účelem výzkumu a s jejich souhlasem jsem pořídila záznam na diktafon. Během rozhovoru jsem si všímala i neverbálních projevů a dělala jsem si poznámky, abych je později využila při interpretaci v závěrečné zprávě (Vaněk et al., 2003). Ke každému účastníkovi výzkumu jsem se snažila přistupovat individuálně a objektivně. Dávala jsem si pozor na reaktivitu, a to jak z mé, tak z druhé strany. Samozřejmě jsem si byla vědoma toho, že některé skutečnosti mi nesdělili, protože nechtěli nebo o nich nevěděli. Všem informátorům jsem ale poskytla volný prostor pro vyjadřování a do jejich výstupu jsem zasahovala co nejméně. Rozhovor jsem ukončila s pocitem, že získaná data dostatečně vypovídají o zkoumaném problému.

### **3.5. Výběr vzorku**

Výběr vzorku nemohl být náhodný, ale účelový, protože jsem pracovala s předpokladem, že se daný problém (ambivalence) u dotazovaných vyskytuje, tj. cíleně jsem vyhledávala účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru byla právě vybraná vlastnost (ambivalence) či projev této vlastnosti (Hendl, 2005).

S ohledem na výzkumný problém jsem stanovila základní kritéria pro výběr vzorku. Vhodným informátorem se mohl stát kuřák či kuřačka, který/která se nacházel/a ve stádiu kontempace dle transteoretického modelu TTM (na základě charakteristik jednotlivých stádií popsaných v teoretické části). Při výběru vzorku jsem postupovala metodou *sněhové koule* (Disman, 2007). Nejprve jsem oslovila pár známých kuřáků a požádala jsem je, zda by mi nedali tip na nějakého ambivalentního kuřáka ve svém okolí. Řekla jsem, že hledám člověka, kterému vadí, že kouří a přál by si přestat kouřit, ale stále není pevně rozhodnut pro změnu (charakteristiky stádia kontempace).

Většina lidí mi odpověděla, že by s tím sami nejraději přestali, ale nejsou na to dost silní. Sehnat ambivalentního kuřáka tedy nebyl problém. Postupně jsem získávala kontakty na další kuřáky a někteří z nich dokonce chodili za mnou s tím, že by se rádi účastnili mé studie. Před zahájením výzkumu jsem provedla pár pilotních rozhovorů, na kterých jsem si ověřila vhodnost a srozumitelnost formulovaných otázek. Díky tomu jsem si uvědomila, že jsem informátorům zpočátku kladla zcela konkrétní a návodné otázky, směřující k uzavřeným odpovědím, ze kterých se nedalo nic vyčíst.

Následně jsem informátorům dávala větší prostor pro vyjádření a nechala jsem je, aby se sami rozprávěli o tom, jak kouření ovlivnilo jejich život ve smyslu jednotlivých dopadů na zdraví, finance, psychiku či vztahy.

Do vzorku byli zařazeni pouze ti jedinci, kteří splňovali kritérium pro jeho zařazení. Podmínkou pro přijetí bylo stádium kontempace a projev ambivalence. Potenciální kandidáty pro zařazení do vzorku jsem pro jistotu otestovala pomocí otázek na zjištění ambivalence. Konkrétní otázky jsem odnikud nepřejímala, ale vycházela jsem z TTM a jeho charakteristik fáze kontempace a projevů ambivalence. Napadlo mě, že bych si mohla ověřit jejich ambivalenci, kdybych se každého kuřáka zeptala na jeho vztah ke kouření. Předpokládala jsem, že v jejich výpovědích by se tak určitě měla projevit nějaká ambivalence, rozpor nebo kognitivní disonance. Otázky například zněly: Jaký je Váš vztah ke kouření? Jak by vypadal Váš život, kdybyste nekouřil/a? Jsou chvíle, kdy uvažujete o změně?

O jejich ambivalenci svědčily výpovědi typu: „*Chci, a přitom nechci.*“, nebo: „*Vím, že mám problém, ale fakt si nejsem jistý, jestli s tím chci něco dělat.*“ Jeden informátor přiznal obavy z abstinčních příznaků a jiná informátorka vypověděla, že kdyby přestala kouřit, přibrala by na váze, což by ji ve výsledku trápilo mnohem víc.

Díky odpovědím, které jsem získala, se mi podařilo vyloučit nevhodné kandidáty, od kterých by data pro můj výzkum nebyla platná. Celkem jsem oslovila asi třicet kuřáků, ale výzkumu se nakonec zúčastnilo pouze deset z nich. Ze zbylé části se jednalo o *šťastné uživatele* či o jedince již odhodlané ke změně. Také jsem narazila na pár kuřáků, kteří se již nacházeli ve fázi akce a udržovali si nějakou dobu abstinenci (opět podle charakteristik jednotlivých stádií uvedených v teoretické části).

### **3.5.1. Seznámení s informátory**

Jak již bylo řečeno, rozhovory jsem dělala s deseti ambivalentními kuřáky, které jsem oslovila na základě předchozích doporučení. Jednalo se o neznámé osoby, přičemž někteří informátoři spolu udržovali vzájemné kontakty. Dva informátoři se nacházeli v příbuzenském vztahu a další dva byli blízkými přáteli. Před začátkem každého rozhovoru jsem si poznamenala základní informace o participantech: věk, vzdělání, sociální zázemí, okolnosti začátku kouření a intenzitu kouření. Dále jsem se u informátorů zajímala i o to, zda mají v současné době partnera vzhledem k tomu, že případný vliv ze strany okolí se může významným způsobem podepsat na jejich ambivalenci (viz studie Derby et al., 1994; in Thirlaway & Upton, 2009).

Získat kontakt na první informátorku nebylo obtížné, jednalo se o kamarádku mojí spolubydlící, která mi rovněž zprostředkovala setkání se svým otcem, konkrétně se jednalo o informátora č. 9.

Zcela náhodné bylo seznámení s informátorkou č. 2, na kterou jsem narazila u svého známého. Shodou okolností se ukázalo, že se jedná o ambivalentní kuřačku, která se projevila jako vhodná kandidátka pro zařazení do výzkumného vzorku. V jednom případě mě informátorka sama oslovila s tím, že by se ráda účastnila výzkumu. Jednalo se o kolegyni z práce, která se doslechla, že provádím výzkum na téma kouření a hned se mi nabídla, že by se ráda zúčastnila. Z jejího vyprávění vyllynuly jisté náznaky ambivalence, a proto jsem se rozhodla, že ji zařadím do vzorku. Tabulka 1 představuje souhrn základních údajů o informátorech.

	Pohlaví	Věk	Povolání	Délka doby kouření	Partner
Informátor č. 1	Žena	20 let	Studentka SŠ	8 let	Ne
Informátor č. 2	Žena	19 let	Studentka SŠ	4 roky	partner kuřák
Informátor č. 3	Muž	22 let	Student VŠ	7 let	Ne
Informátor č. 4	Muž	27 let	Zaměstnanec ve fabrice	15 let	Ne
Informátor č. 5	Muž	25 let	Dělník na stavbě	8 let	Ne
Informátor č. 6	Muž	22 let	Zaměstnanec ve fabrice	6 let	Ne
Informátor č. 7	Žena	23 let	Studentka VŠ	8 let	Ne
Informátor č. 8	Muž	29 let	Barman	13 let	partnerka bývalá kuřačka
Informátor č. 9	Muž	45 let	Řidič kamionu	30 let	rozvedený, bývalá manželka nekuřačka
Informátor č. 10	Žena	27 let	Bezpečnostní kontrola na letišti	10 let	partner kuřák

**Tabulka 1 - Základní údaje o informátorech**

### **3.6. Analýza a interpretace dat**

Audionahrávku s primárními daty jsem přepsala do textové verze. Prvním krokem bylo zachycení základních údajů o průběhu rozhovoru a o informátorovi čili doplnění o pasportizaci. Rozhodla jsem se pro doslovnou transkripci rozhovoru, která je sice časově náročnější, zato umožňuje ponechání původního projevu informátora, včetně jeho nespisovných výrazů, přerázků a pauz v průběhu vyprávění. Dalším krokem bylo zapisování poznámek do terénního deníku, kde jsem uváděla informace o průběhu rozhovoru, mimoslovní projevy informátora i úvahy při prepisování rozhovoru.

Následovalo posuzování získaných údajů, přičemž jsem stále pracovala s poznámkami, které jsem si pořídila během rozhovoru. Použila jsem metodu uzavřeného kódování, protože jsem kódy vytvářela deduktivně na základě teorie a výzkumného problému. Určitý úsek rozhovoru jsem barevně označila a přisoudila jsem mu nějaký význam. Zároveň mi to usnadnilo orientaci v tom nepřehledném množství sebraných dat.

Při volbě kódu jsem se zaměřila na to, co daná část textu sděluje a co si já myslím, že znamená. Tento postup jsem zvolila, abych mohla sledovat souvislosti mezi jednotlivými případy a posléze z toho vyvozovat nějaké závěry (Vaněk et al., 2003).

Výše uvedeným způsobem jsem došla k následujícím kategoriím:

- vztah ke kouření u ambivalentních kuřáků,
- porovnávání výhod a nevýhod kouření,
- zdravotní, finanční a sociální dopady kouření,
- vnímání zdravotního rizika kouření,
- obranné mechanismy ega,
- motivace a překážky bránící změně.

### **3.6.1. Vztah ke kouření u ambivalentních kuřáků**

Na začátku každého rozhovoru jsem všem informátorům pokládala otázky týkající se jejich vztahu ke kouření, z čehož jsem získala různorodý datový materiál: „*Nesnášim to! Se\*e mě to. Nejradši bych nekouřila vůbec. Ale tak zas to není tak často, že jo.*“ (Informátorka č. 1). Informátorka zde působí dojmem, že zaujímá silně negativní postoj ke kouření, ale snaží se jej ospravedlnit tím, když říká, že to není tak často. V dalším průběhu rozhovoru jsem si povšimla, že používá jistý obranný mechanismus, kterým se snaží nastolit „*duševní rovnováhu*“ (Kalina et al., 2008): „*No tak já hlavně nekouřim furt, že jo. Zapálím si většinou, jenom když piju alkohol. A hlavně většinou jsou kuřáci kolem ještě k tomu a ta chuť se zjeví prostě.*“ (Informátorka č. 1). Tento fenomén zasluhuje samostatnou podkapitolu o obranných mechanismech, kde mimo jiné odkazují i na tento výrok. Jedná se o specifický druh vypořádávání se s problémem, se kterým každý informátor nakládá jinak. Proto se tímto jevem zabývám podrobněji na jiném místě v této práci.

Pro dalšího informátora vztah ke kouření znamená toto: „*Mě to chutná. Já si uvědomuju ty rizika, ale určitě mi to chutná. V tom je ten problém.*“ (Informátor č. 4). Z uvedeného výroku naopak vyplývá, že informátor zaujímá poněkud kladnější postoj ke kouření, avšak nachází na něm jisté zápory. Postupem času jsem nabyla dojmu, že ambivalence u tohoto informátora se projevuje velice slabě, poněvadž žije sám a necítí žádný nátlak okolí, natož aby v sobě našel nějakou motivaci ke změně.

Další informátor byl mojí otázkou zpočátku zaskočen: „*Co znamená vztah? Já prostě sem kuřák. To není žádný vztah. To je jak padesátiletý manželství. Tam už žádný vztah není, ale trvá. To je prostě samozřejmost.*“ (Informátor č. 9). Z jeho dalšího vyprávění vyplynulo, že kouření bere jako zlovyk, kterého by se rád zbavil, avšak v současné době ho neobtěžuje natolik, aby byl rozhodnutý přestat kouřit: „*Každý v tom hledá důvod, finanční nebo tak, ale to už je vedlejší. V tom nemusíš hledat důvod. Kouření je zbytečný zlovyk. Nemusel by vůbec existovat. Ale bohužel ho mám a beru ho jako součást mě, jako fakt.*“ Když jsem se ho zeptala, zda by se ho rád zbavil, odpověděl: „*Kdyby to fungovalo tak, že se ráno vzbudím a už by mě to nenutilo kouřit, tak bych do toho šel. Nějaká hypnóza nebo něco takovýho, že už bych to nepotřeboval, tak jo.*“

Podobně se vyjádřil i informátor č. 5: „*No, nejradši bych s tím přestal ze dne na den, ale asi není zrovna ta správná situace.*“ U informátora č. 5 se však ambivalence projevila velice silně, neboť si uvědomuje zdravotní, finanční a celkově negativní dopady kouření na své okolí, přičemž bere ohled na nekuřáky. Pro názornou ukázkou uvádím některé z jeho výroků: „*Jsem rád, že se to zakazuje, myslím si, že to i dost ulehčí pasivním kuřákům.*“ A na jiném místě, když jsem se ho ptala, zda se cítí lépe ve společnosti kuřáků, odpověděl: „*No, asi jo. Asi sem prostě radši, když potkám někoho, kdo si se mnou dá cigáro, než když si já dám cigáro a on jenom kouká.*“ I toto považuji za vhodné zmínit v samostatné podkapitole, ve které zkoumám sociální dopady kouření.

Zvláštní postoj ke kouření zaujímá informátor č. 8: „*Prostě sem takovej kuřák nekuřák, víš co. Kouřím hodně, silně, ale když chci, tak vůbec. Prostě podle situací.*“ Ke klasickým cigaretám cítí veliký odpor a kouří pouze jávský těžký tabák vybrané značky, který si nechává posílat od sestry z Holandska: „*Nejsem takovej kuřák jak ostatní. Nekouřím hnusný cigarety. Balím si kvalitní tabák do dutinky...*“ Zastává názor, že: „*Lepší je, dát si něco silnějšího a eliminovat to na menší... Já se nebudu zanášet, že*

*si koupím levnější dutinky a pokračovat v té závislosti na tom tabáku. Já si dám dobrou tabák, kvalitnější, a můžeš s tím stejně seknout.“*

Tento výrok podle mě svědčí o obranném mechanismu, jakým se dotyčný snaží ospravedlnit své chování. Domnívám se, že jeho ambivalence spočívá v racionalizaci problému a podrobně se k tomu vrátím (stejně jako u informátorky č. 1) ve zvláštní podkapitole věnované obranným mechanismům.

Neznamená to však, že by si problém neuvědomoval, či že by si jej vědomě odmítal připustit: *„Prostě mě to se\*e. Nechci kouřit... Pálí mě v plicích, v krku. Bléé. Fůj.“ (znehuceně).* Za zmínku stojí i to, že ambivalence u tohoto informátora se projevuje i v několika dalších oblastech: *„Tak je to vágusácký no. Seš kuřák prostě. Seš kuřák před lidma a je lepší bejt nekuřák. Vždycky.“* Když jsem se ho ptala, zda si něco odpírá kvůli cigaretě, odpověděl mi toto: *„Odpírám si pohled lidí na sebe. Moderní je nekouřit.“* V jiné části rozhovoru se opět vrací k sociálním dopadům: *„Vadí mi to před dětma. Protože to odkoukávají. A děti... to je naše budoucnost.“* Z uvedeného výroku jasně vyplývá, že jeho ambivalence spočívá jednak v uvědomování si negativních aspektů kouření a jednak v tom, že na něj silně působí sociální dopady kouření.

Na druhé straně tu stojí jistý obranný mechanismus, kterým se informátor uklidňuje: *„Mám to prostě hozený tak, že vím, že přestanu kouřit. Ne, já vím, že přestanu. Už se mi to podařilo několikrát. Někdy na měsíc, někdy na dva, někdy na půl roku, někdy na rok.“*

Z jeho vyprávění jsem navíc usoudila, že u něj dochází k jistým výstřednostem neboli excesům v užívání. Kouří nestřídmě až extrémně, ačkoliv je mu z toho špatně. Sám se k tomu vyjádřil takto: *„A to je ta závislost, která tě obelhává a říká ti, tak si zapal.... Ta závislost si to hledá skrz výmluvy a důvody, proč si to zapálit... Ani to nepotřebuju.“*

V případě informátora č. 8 se jednalo o silnou ambivalenci, která se projevila několikrát na různých místech v průběhu rozhovoru. Opětovně jsme se setkali, abychom některé otázky dořešili, neboť informátor nebyl spokojen s některými svými odpověďmi. Během prvního rozhovoru mě dokonce požádal o zastavení nahrávání a přál si krátkou pauzu na rozmyšlení. Jeho přání jsem samozřejmě respektovala, stejně jako požadavek, ať nezveřejňuji jeho rozhovor, dokud si ho sám znovu neprojde a některé věci mi nevyjasní.



### 3.6.2. Porovnávání výhod a nevýhod kouření

Na základě získaných dat od deseti ambivalentních kuřáků mohu předložit možné důvody, které brání kuřákům skoncovat se svým „zlozvykem“. Jako nejčastější výhody kouření informátoři uváděli pocit uspokojení touhy po cigaretě, navození pocitu pohody, uvolnění a uklidnění při stresu a krátkodobé zvládnání zátěžových situací. Informátorka č. 7 například popisuje, co jí osobně kouření přináší: *„Pocit relaxu, uspokojení... Si to spojuju s tím uklidněním. Jenom dojdu z práce, jsem unavená a vím, že když si zapálím, tak se úplně uvolním a jsem taková spokojená jako hodně... tak prostě vypnu... Nejsem pak nepříjemná na lidi.“* Další informátoři se zmiňovali o snadnějším navozování kontaktů, sociální soudržnosti a celkovém posilování přátelských vztahů: *„Zisk je ten, že přijde kámoš, že jo, večer, a předtím než jdeme spát, tak si dáme cigo a rozebereme při tom největší moudra světa, rozumíš.“* (Informátor č. 3).

Z výpovědí vyplynulo, že většina kuřáků si sice uvědomuje zisky a ztráty kouření, ale na vybraném vzorku nelze prohlásit, že by jejich nerozhodnost pro změnu spočívala v pouhém zvažování výhod a nevýhod. Jejich ambivalence se projevuje spíše v tom, že jsou schopni vyjmenovat pozitivní a negativní stránky kouření, ale nijak zvlášť nebilancují mezi tím, co jim kouření přináší a v čem na tom trápí. Pouze informátor č. 6 byl takovou otázkou zaskočen a reagoval takto:

*„Výhody kouření? Tak to je blbost. To není žádná výhoda, že kouříš. Spíš nevýhoda, ne? Kdybych si napsal na papírek plus a mínus, tak to je jasný, že bude převažovat mínus, víš co.“* Na otázku, proč tedy kouří, když ho to znevýhodňuje, odpověděl, že: *„Kdybych měl pokračovat v tom, co říkám, abych si neprotiřečil, víš co, tak ti odpovím, že je na čase s tím něco dělat. Ale já s tím nic neudělám. Víím, že bych mohl začít se sebou něco dělat, ale nechám to být. Prostě jak ta myšlenka přijde, že ty vole, dneska bych asi neměl kouřit, že dneska bych si měl jít zaplavat nebo zaběhat, tak stejně rychle odejde, víš co...“* (Informátor č. 6).

Z následujícího výroku jsem usoudila, že jeho nerozhodnost pro změnu spočívá spíše v uvědomování si celkově negativního dopadu kouření na jeho život: *„No, zisky nejsou žádné. Akorát utrácím prachy. Když vidím peníze, tak je automaticky přepočítávám na cigára. Přijdou prachy a hned vidím, jo, tak tenhle měsíc si budu moct“*

*kouřit cigá víc... A když přijde málo, tak prostě někdy to udělám tak, že utratím i ty prachy na žrádlo a pak brečím, že nemám co do huby.*“ (Informátor č. 6).

Informátorka č. 10, která navíc přiznala poruchy příjmu potravy a vyjádřila silné obavy z přibírání na váze, například uvedla, že hlavní výhodu kouření spatřuje v tom, že díky cigaretě se dokáže „*odtrhnout od jídla*“ a zabrání tak přejídání. Toto považuji za zvláštní projev ambivalence, protože v jiných ohledech kouření naprosto odsuzuje: „*Já vím, že to je totální blbost, co dělám. Je to hnus, že si takle vědomě ničím tělo, pleť, zuby, smrdí to strašně, ještě za to utracím prachy. Navíc se to jako snažím skrejšvat před lidma, protože se stydím za to, že to nezvládám jinak.*“

Z výpovědi vyplývá, že informátorka sama si jasně uvědomuje, že stojí proti sobě a co se zvažování zisků a ztrát týče, v této oblasti spatřuji pouze náznak nerozhodnosti pro změnu. Za skutečnou ambivalenci v tomto případě považuji strach z přibrání na váze, který informátorce brání zanechat kouření, ačkoliv jí působí další nepříjemnosti.

Nejčastěji uváděné nevýhody kouření se týkaly zdravotních a finančních dopadů. Z výpovědí, které jsem měla k dispozici, vyplynulo, že u všech informátorů jasně převažovaly ztráty kouření, ale ne všichni je stavěli do přímé opozice k možným ziskům: „*Jako jasně, určitě bude víc nevýhod. Jako vzhledem k zdraví a penězům bude rozhodně víc nevýhod, ale jako největší výhoda toho kouření pro mě je to, že se stýkám s těma kuřákama, s těma ostatníma, kteří kouří se mnou, a s nima si u toho cigá nejvíc všeko, pokecáme, že jo.*“ (Informátor č. 3).

Dvě informátorky přikládaly důležitý význam svému vzhledu a jako další nevýhody kouření zmiňovaly problémy s pletí a žloutnutím zubů. Pro všechny informátory představuje nevýhodu kouření i cigaretový zápach, který obtěžuje kuřáky samotné i jejich okolí. „*Prostě mám zahleníno, smrdí to, prostě je to na přítěž. Mně smrděj prsty, jak když naleješ trochu vody do popelníku (znehuceně).*“ (Informátor č. 8).

Dalo by se uzavřít, že u každého informátora se ambivalence vykazuje odlišným způsobem. Na vybraném vzorku ambivalentních kuřáků se nedá říci, že by zkoumaný fenomén spočíval právě v porovnávání výhod a nevýhod kouření. V této oblasti se tedy ambivalence neprojevila tak významným způsobem, jako tomu bylo u vnímání rizika a uvědomování si problému.

### 3.6.3. Zdravotní, finanční a sociální dopady kouření

Vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek byl tvořen převážně kuřáky mladší věkové kategorie, nedá se prohlásit, že by se u nich vyskytovaly vážné nebo život ohrožující zdravotní komplikace bezprostředně způsobené kouřením. Všichni kuřáci si nicméně byli vědomi zdravotních rizik a nějakým způsobem pociťovali zdravotní obtíže. Nejčastěji uváděnou komplikací byl kašel, který trápil drtivou většinu kuřáků. Překvapilo mě, že na kašel si nejvíce stěžovala nejmladší účastnice výzkumu, která ve svých devatenácti letech vyjádřila poněkud silné obavy o zdraví: „*Myslím si, že kdybych začla kašlat krev, tak přestanu. Když už jsem viděla ty hnědý hleny...*“ (Informátorka č. 2).

Informátorka č. 2 kouří ze všech kuřáků nejkratší dobu, pouhé čtyři roky a už kvůli kašli navštívila doktora. Je patrné, že dotyčná prožívá poněkud silnější ambivalenci, co se zdravotních dopadů týče, než jak je tomu u informátora č. 9, který kouří přes třicet let:

„*Já bych neřek, že by mi to ublížilo jenom proto, že kouřím. Dneska už je život takovej, že cokoliv sníš, to ti ublíží. Jeden rok nám říká, že nesmíme pít kafe, že to škodí zdraví. Druhej rok nám zas říká, že kafe podporuje činnost srdce. Takže máme pít kafe.*“ (Informátor č. 9). Z uvedeného tvrzení však nelze prohlásit, že by si tento informátor nebyl vědom některých zdravotních nesnází, když například přiznává: „*Samozřejmě, že mi to ubližuje...nemohl jsem to rozdejchat, takže jsem ucejtil, jak mám ty plíce ucpaný.*“, nedává je však do přímé souvislosti s kouřením.

Nabyla jsem dojmu, že informátor č. 9 si zkrátka odmítá připustit, že by kouření mělo bezprostřední vliv na jeho zdraví: „*Kouřím celej život, takže nemůžu porovnat, co ovlivnilo kouření a co by neovlivnilo kouření. Stárnutí? Kouření ovlivnilo, jestli jsem zestárnul víc, jenom proto, že kouřím? Jak mám vědět, jestli jsem zestárnul jenom kvůli kouření, jestli bych vypadal líp...*“ Na tuto výpověď odkazuji ve zvláštní kapitole věnované obranným mechanismům ega, protože se domnívám, že zde sehrávají významnou roli, což se podepisuje na jeho slabší ambivalenci.

Pro srovnání s předchozím výrokem uvádím výpověď informátorky č. 7, která si naopak svůj zhoršený zdravotní stav spojuje s kouřením: „*Na to, že mi je dvaadvacet, tak furt sem nemocná, furt mám angíny, chřipky. Dřív jsem to vůbec neměla a tím kouřením se to nějak horší.*“ Z uvedeného prohlášení usuzuji, že u dotyčné kuřáčky se

ambivalence ve zdravotních dopadech projevila ze všech informátorů nejvýrazněji. Sužuje ji zhoršený fyzický výkon a oslabená imunita, což si dává do přímé souvislosti s kouřením: „*Prostě kdybych nekouřila, tak se mi tohle neděje.*“ (Informátorka č. 7).

Další často zmiňovanou nesnází byl těžký dech, zahlenění, pálení v krku a na plicích a zhoršený fyzický výkon. Zejména muži si stěžovali na zhoršenou fyzickou kondici, nicméně i informátorky č. 2 a č. 7 o ni hovořily. Například pro informátora č. 3 hrála fyzická zdatnost velkou roli, protože je to sportovec a hraje závodně fotbal. Uvědomuje si, že kouření ovlivnilo jeho sportovní výkon: „*...mě to omezuje od těch ostatních borců. Ale myslím si, že jako celkovou výkonnost to nesráží, spíš tu aktuální výdrž, že sem schopnej uběhnout deset metrů, zatímco borec nekuřák uběhne patnáct a já se prostě rychle zadýchám.*“

Někteří informátoři si stěžovali na žloutnutí zubů a na to, jak nepříznivě se kouření podepsalo na jejich pleti: „*Strašně mě štve ta moje pleť. Když jsem byla mladší, nikdy sem takový problémy neřešila, ale teď je ten obličej takovej povadlej a mám vrásky na čele.*“ (Informátorka č. 10).

Povšimla jsem si, že věk participantů ani délka doby kouření nebyly určujícím faktorem pro uvědomování si celkově negativních dopadů na zdraví. Vyplývá to například z výše uvedených výpovědí informátorů č. 9 a č. 4, kteří kouří ze všech informátorů nejdéle, po dobu třiceti a patnácti let. U nich jsem nezaznamenala, že by se významným způsobem trápili zdravotními komplikacemi, než jak tomu bylo u informátorek č. 2 a č. 7, které naopak kouří podstatně kratší dobu. Dále mi z výpovědí těchto dvou žen vyplynulo, že vliv kouření na fyzický vzhled informátorek byl spíše otázkou jejich subjektivního vnímání reality.

Toto tvrzení nemohu zevšeobecnit na tak malém vzorku, ale chtěla jsem upozornit na to, že věk ani intenzita kouření neměly vliv na špatné snášení celkově negativních dopadů. Nicméně považuji za zajímavé, že největší obavy o pleť vyjádřila nejmladší informátorka č. 2, která kouří pouze čtyři roky, kdežto informátorky č. 1 a č. 7, které kouří více než osm let, žádné obavy o pleť nevyjádřily.

Domnívám se, že problémy s pleťí a žloutnutím zubů pociťují i muži, ale během rozhovoru s nimi jsem vycítila, že se se mnou na tohle téma nechtějí bavit, anebo se situaci snažili poněkud zesměšnit: „*Tak samozřejmě žloutnou zuby. Zápach z pusy, že jo, z cigarety. To je jasný. A na těle? Tak zatím vypadám ještě normálně (ironicky).*“

(Informátor č. 4). Když jsem se zeptala, zda uvažoval o zubní pastě „*proti flekům*“ na zubech, vysmál se mi: „*Prosím tě jaký fleky? Co sem? Nějaká manekýna? Jé, dobrý den, nemáte tady náhodou pastu na zuby? Na fleky? (posměšně)*. A informátor č. 3 sice uvedl, že kdyby nekouřil, neměl by žluté zuby, ale příliš se tím netrápil.

Participanti si spíše stěžovali na ztrátu peněz. Někteří informátoři projevili lítost nad tím, že mnohdy dali přednost cigaretám před důležitějšími věcmi. Jeden informátor uvedl, že se kvůli kouření často omezuje v jídle: „*Mám třeba dvě stovky, koupím si cigá, nějakou konzervu, chleba a dvě stovky jsou pryč, víš co (vulgárně). Kdybych si koupil jenom jídlo, tak mám třeba tři konzervy, víš co.*“ (Informátor č. 6).

Z jeho vyprávění je patrné, že si uvědomuje zbytečnou ztrátu peněz a přemýšlí o tom, že by s ušetřenými financemi naložil lépe: „*Kolikrát, když už uběhne nějaká doba, třeba dvě tři vejplaty, tak si říkám, ty vole, kdybych já na to kašlal... (vulgárně), tak ty jo, jsem mohl mít úplně jiná nároky na to žítí... Prostě, promarnil jsem svoji šanci.*“ Zvláštní je, že pokud utratí peníze určené na jídlo za cigarety, nemá problém půjčit si od lidí peníze, aby si mohl koupit jídlo, ale „*...když nemám na cigára, tak se neptám ostatních, prostě jsem mezi nima, oni kouřej jednu za druhou a tím já se trestám... Nesomruju od druhéjch, prostě kouřim za svoje.*“ (Informátor č. 6).

Podobným způsobem na ztrátu peněz nahlíželi i ostatní kuřáci. Informátor č. 4 například prohlásil: „*No, tak sem už prohulil třeba nový auto, nebo barák možná, za těch patnáct let.*“ Vzápětí však ztrátu peněz ospravedlňuje, což se mi jeví jako obranný mechanismus, kterým se snaží zmírnit nepříjemné pocity: „*Ale už jsem si jednou vybral, že kouřim, tak nemůžu koukat na takový věci, když za to dávám peníze. Ted' už to potřebuju, pro mě to je droga. Musím si ji obstarat, ať to stojí, co to stojí.*“

Porovná-li výpovědi informátorů č. 8 a č. 9, naleznou u nich jisté shody. Tito dva kuřáci si potrpí na výběru kvalitního tabáku a jsou ochotni sáhnout si kvůli němu hlouběji do kapsy. Raději nebudou kouřit vůbec, než aby se snížili na úroveň levnějších cigaret: „*Ne. Nikdy. To, co mi nechutná, já nebudu kouřit. Já mám prostě svoji značku...a když mi někdo nabídne Startku, nezapálím si ji. To radši nebudu kouřit. Já vím, že když si změním cigaretu, mě bude blbě a chrchlám. Ano, z jedny Startky já ráno chrchlám, kašlu, nemůžu dýchat. Dělá mi to opravdu zdravotní potíže.*“ (Informátor č. 9).

Je pozoruhodné, že ten samý informátor v předchozí výpovědi odmítal připustit, že by mu kouření činilo nějaké vážnější potíže. Dojde-li však na jiný druh tabáku, obtíže prý zaznamená okamžitě. Nabyla jsem dojmu, že dotyčný si velmi protiřečí, což se nepochybně odráží na jeho ambivalenci. Předložím další důkaz, úryvek z našeho rozhovoru, který mě utvrzuje v mém přesvědčení:

Informátor č. 9: *„Je možný, že kdybych se rozhodoval, jestli si koupím chleba nebo krabičku cigaret, koupím si radši cigarety. Kdybych si měl koupit dvě piva nebo krabičku cigaret, koupím si rozhodně krabičku cigaret, protože nejsem pivař.“*

Tazatelka: *„Protože nejste pivař, ale jídlo je přece potřeba. Ale kdybyste si koupil cigarety a na chleba by už nestačilo?“*

Informátor č. 9: *„Koupil bych si radši ten chleba. Já se přiznám, já jsem lhal. Já mám doma schované ještě nějaké tabák pro chvíli, kdyby náhodou jsem neměl nic, co kouřit. Mám tady někde sáček tabáku, jako nutnej. Jo, to se může stát. Říkal jsem, že se to nikdy nestane, že bych kouřil něco jinýho, ale stane se.“*

Informátorovi č. 8 jsem věnovala prostor v předchozích kapitolách, proto jen připomínám jeho vztah ke kouření: *„Sem takovej, že si radši sáhnu do kapsy a nechám si poslat dobrej tabák z Holandska.“* Tento informátor by v současné době ale neupřednostnil tabák na úkor jídla nebo něčemu jinému: *„Dřív sem to dělal. Ale teď už ne.“*

Až na pár výjimek jsem výraznější ambivalenci spočívající ve finančních dopadech neshledala. Spíše se jednalo o uvědomování si ztráty peněz, s čímž si však informátoři příliš nelámali hlavu.

Je pochopitelné, že např. informátorka č. 1, která tvrdí, že kouří málo a příležitostně, nemůže přikládat velký význam zdravotním či finančním dopadům. Naopak se jí hodně dotýkají dopady kouření v sociální oblasti: *„Vadí mi, že kolem někoho projdu a říkám si, že to ze mě musí bejt cejtit. Kolikrát se seznámim s klukem... a je vidět, že mu to vadí, tak ho to nějakým způsobem odradí nebo tak, že jo.“* (Informátorka č. 1). Podobně se vyjádřila i informátorka č. 7: *„Odsuzujou mě za to kluci. Kolikrát jsem se setkala, že jako pojď mi dát pusy, než si zakouříš. Což se mě jako dotklo.“*

V sociálních dopadech jsem se s ambivalencí setkávala ve dvou rovinách. V první řadě šlo o negativní pohlížení kuřáků na sebe sama jako na kuřáky, v řadě druhé se jednalo o vyzdvihování pozitivních dopadů kouření na vztahy s lidmi. Největší ohled na

nekuřáky brali informátoři č. 5 a č. 8: „*Já si dávám pozor, abych tím nikoho neobtěžoval.*“ (Informátor č. 8). Oba dva si byli vědomi negativního dopadu kouření na vztahy s blízkými lidmi, soucítili s nekuřáky a zmiňovali se o požadavku druhých, aby kouření zanechali.

Zejména informátor č. 5 často hovořil o tom, že je vděčný za zavádění nekuřáckých restaurací: „*Sem docela rád, že se zaváděj docela čím dál víc nekuřácký restaurace...*“ A na jiném místě: „*Určitě nechci kouřit tam, kde je to zakázáno, protože... sem rád za to, že se to zakazuje. Myslím si, že to i dost ulehčí pasivním kuřákům.*“ Ze všech participantů to byli právě informátoři č. 5 a č. 8, kteří projevíli soucit s nekuřáky. Například: „*...že mě přijde hloupý vůči nekuřákům..., nekuřáci jsou bití na tom, že třeba jdou do hospody i s kuřákama, a oni ten kouř nemají rádi a pak ráno kvůli tomu smrděj... ale těm kuřákům je to vcelku jedno...*“ (Informátor č. 5).

To samé se rozhodně nedá tvrdit o informátorovi č. 4, který se k tématu vyjádřil takto: „*To neexistuje prostě. Tady sme v Česku, ty vole. Hospoda, to je metla lidstva, tady našeho. A já budu od piva odbíhat kvůli každému cigáru ven? Kdo to kdy viděl, ty vole. Ať si jdou nekuřáci ven, když chtěj mít tak čerstvej vzduch (rozčileně).*“ Tento kuřák jako jediný považoval zákaz kouření v restauračních zařízeních za násilný zásah do jeho pohodlí. To mě opět utvrzuje v domněnce, že u dotyčného informátora se ambivalence projevuje poněkud slabě. Jak jsem zmiňovala v předchozích kapitolách, informátor žije sám a okolí po něm nepožaduje, aby přestal kouřit: „*U mě v rodině všichni kouřej, já jsem v tom celej život vyrůstal.*“ (Informátor č. 4).

Na výzkumném vzorku jako celku se nedá doložit, že by ambivalentní kuřáci pociťovali výraznější sociální nátlak. Jako příklad uvádím část z výroku informátora č. 3: „*Jako u rodičů..., ti byli vždycky proti, ale už se to naučili respektovat...Spíš jako podle mě je to dneska furt vnímaný jako normální...takže silný nějaký dopady bejt ani nemůžou.*“

V současné době žili všichni informátoři bez partnera nebo se s partnerem nacházeli ve vzájemném kuřáckém vztahu a kouření tak nadále podporovali. Informátoři č. 3 a č. 7 například hovořili o tom, že kvůli druhým by kouřit nepřestali: „*Jako kvůli sobě a dětem, ale ne kdyby mi partner řekl, jako že teď hned, okamžitě ať přestanu kouřit, tak z donucení nepřestanu.*“ (Informátorka č. 7).

Ačkoliv se tato dotyčná spolu s informátorem č. 8 zmiňovali o tom, že je nekuřácké okolí odmítá a sami na sebe pohlížejí špatně jako na kuřáky, na druhou stranu stejně jako informátoři č. 3 a č. 6 vyzdvihovali pozitivní dopady kouření na vztahy s lidmi:

*„Někdo tam kouřil a hned jsme navázali řeč. V životě bych s ním nepromluvila jinak... Kdybych ho potkala na chodbě, tak bych mu neřekla ani ahoj.“* (Informátorka č. 7) *„Spíš to k sobě sblíží, víš co. Kolikrát jdeš ven, zeptáš se: Kouříš? Jo, kouřím. A pokecáš. Člověk, co nekouří, ti řekne hned: Ne, nekouřím vůbec. Hm, takže nemám zájem se s tebou bavit.“* (Informátor č. 6).

Posilování vztahů mezi kuřáky se jeví jako jeden z faktorů, který hraje významnou roli v jejich ambivalenci. Nejistí a málo sebevědomí jedinci se možná obávají zpřetrhání vazeb mezi kuřáky, což jim brání v přistoupení ke změně:

*„S některýma lidma se setkávám jenom na cigo...“* (Informátor č. 3). *„Můžu ti říct, že při cigaretě jsem poznala strašně moc kamarádů... kdyby mi napsali jenom, pojd' ven, pokecáme, tak už se mi nechce. Ale oni napíšou, pojd' ven na cigo. A já se seberu a jdu...“* (Informátorka č. 7).

Při analýze sociálních dopadů vyšlo najevo, že někteří ambivalentní kuřáci těžce snášejí odmítnutí ze strany nekuřáků, na druhou stranu se těší z výhod plynoucích ze sociální soudržnosti mezi kuřáky.

#### **3.6.4. Vnímání zdravotního rizika kouření**

Objevily se případy, kdy se někdo snažil nepříznivou situaci s kouřením odlehčit nebo ji neřešit, ale vědomě nikdo nepopíral, že kouření obnáší jistá rizika. *„Připouštím si ho (riziko), ale mě to tak chutná, že sem ochotnej za to utrácet nehorázný prachy.“* (Informátor č. 4). *„Kouření tý rakovině pomáhá, to jo, ale ne, že jí bezpodmínečně způsobuje.“* (Informátor č. 9). *„Takže to prostě přehlížím. Sem si toho vědomej, vím, že je to riziko kouřit, ale nic pro to nedělám prostě.“* (Informátor č. 6).

Pro informátora č. 3 představoval zásadní problém riziko neplodnosti. Aniž bych se ho na to ptala, sám uvedl: *„Na ksichtě mě to neštve, spíš se bojím o to, abych byl plodnej, že jo. Slyšel sem pár případů, kdy nemohli mít dětska, že jo. Borec byl kuřák a řekli mu, že s takovýma mrtvýma spermiema ne.“* Na podobné téma narazila i informátorka č. 2, když jsem se ptala na její motivace: *„V ten moment, co otěhotním,*



*sem si stoprocentně jistá... že jakmile zjistím, že jsem těhotná, tak v ten moment už si nezapálím.“*

Až na dvě výjimky všichni kuřáci vypověděli, že se obávají negativního vlivu kouření na jejich reprodukční schopnosti. Pouze informátor č. 9 se nad tímto nijak nepozastavil, protože se jedná o muže středního věku, který už jednu dceru má a další děti neplánuje. Informátorka č. 10 rovněž uvedla, že žádné děti neplánuje.

Setkala jsem se i s reakcí, kdy například informátor č. 4 se snažil odbíhat od tématu a bylo na něm znát, že je mu položená otázka nepříjemná. Jeho prohlášení: *„Ještě mi doktor neřekl, že mám nádor na plicích. Kdyby mi řekl, že mám nějaký nález, tak s tím začnu nějak pracovat.“*, mě navedlo na otázku: *„A co kdyby Vám doktor řekl, že Vám to zpomaluje spermie a možná budete mít problém zplodit potomky, zamávalo by to s Vámi?“* V tu chvíli se dotyčný odmlčel a po chvíli se rozčilil: *„Neříkalas náhodou dvacet minut? Kolik už to je?“* (Informátor č. 4).

Vzhledem k tomu, že informátor mě odbyl, nevěděla jsem, jak si jeho odmítavou reakci vyložit. Není snadné posoudit, zda se jednalo o obranný mechanismus v případě, že se ho choulostivé téma skutečně dotklo a nechtěl se o něm bavit, nebo zda mu to bylo jedno a prostě se tím nechtěl zabývat: *„Cože ty spermie? Je otázka, jestli bych měl v té době přítelkyni a plánoval bych s ní rodinu. Nebo kdyby něco teďka, tak za sebe ti řeknu, že mi to je jedno, že jo.“* Přihlédnou-li však na rozhovor jako celek, přikláním se spíše k domněnce, že informátora č. 4 víc trápí to, že je sám, než jeho situace s kouřením. To se určitě podepisuje i na tom, že se jeho ambivalence projevuje nevýrazně, neboť jeho rodina i přátelé jsou taktéž kuřáci a tudíž není tolik motivovaný přestat kouřit.

Nejčastěji diskutovaným problémem kouření bylo zdravotní riziko, kterého si byli vědomi všichni účastníci výzkumu. Zhruba polovina participantů projevila silné obavy o své zdraví, u zbývajících částí jsem nabyla dojmu, že zdravotní rizika poněkud podceňují.

Jak již bylo řečeno výše, největší obavy o zdraví projevila informátorka č. 2 a č. 7, které si svůj zhoršený zdravotní stav spojovaly bezprostředně s kouřením.

Ambivalence u informátorky č. 7 se potvrdila i v tom, že zdravotní riziko vnímá nejvíce při pozorování druhých, protože sama sebe při tom nevidí: *„Vždyť je to hnusné. Vždyť ona, ona prostě saje ty největší zplodiny a smrad, co je... vidíš holku, která prostě*

*tahá něco, co hoří a prostě nějaké zplodiny z toho. Celé to tělo a ty plíce a všechno zdravé, co v sobě máš, tak tím ničíš.*“

Několikrát jsem narazila na téma, na které dotyční reagovali velice impulzivně. Zvláštní bylo, že všichni informátoři přikládali váhu něčemu jinému a proto jsem se setkala s různými reakcemi. Když jsem se například informátorů ptala, zda zaznamenali nějaké změny, co se týče fyzického vzhledu, konkrétně jsme se bavili o pleti a zubech, informátor č. 4 se začal rozčilovat, informátor č. 5 se tomu smál a informátorky č. 2 a č. 10 vážně zesmutněly. Oproti tomu informátorky č. 1 a č. 7 uvedly, že se jich nic takového netýká:

*„Jelikož si nemyslím, že by mi to nějak kazilo zuby nebo pleť, což sem teda nezaznamenala, tak asi to zdraví. Kdyby mi to kazilo pleť a furt by mi to dělalo bedáky, tak si myslím, že spíš přestanu kouřit, než aby mě to štvalo (vulgárně).“* (Informátorka č. 1).

### **3.6.5. Obranné mechanismy ega**

V mém výzkumu participanti hovořili o obtížných situacích, se kterými není snadné se vypořádat. Uvědomují si rizika kouření a s problémem nakládají různými způsoby. Povšimla jsem si, že se u každého z nich vyskytuje určitý druh obranného mechanismu a řešení situace se snaží oddálit na dobu neurčitou: *„Časem přijde den, kdy si řeknu: A konec, fakt už bylo dost. Myslím si, že se jakoby blíží (ten den).“* (Informátorka č. 2).

Informátorka č. 2 se sama o řešení problému vyjádřila takto: *„Já ten problém odkládám jakoby do pozadí, prostě ho neřeším v tuhle chvíli.“*

Sama se navíc uklidňuje tím, když říká: *„V tuhle chvíli mám na ty cigá, abych si je koupila... V tuhle chvíli vypadám v pohodě, furt, protože sem jako mladá a fyzicky se cejtim ještě dost zdatná.“*

Stejný druh obranného mechanismu jsem zachytila také u informátorů č. 3, č. 4, č. 5, a č. 10. Domnívám se, že se jedná o „neuvědomovaný způsob, jakým člověk chrání svou duševní rovnováhu“ (Kalina et al., 2008, s. 48), protože se všichni ambivalentní kuřáci uklidňují prohlášením: *„přestanu kouřit, až budu mít vyřízeny všechny věci, co si potřebuju vyřídit.“* (Informátor č. 5), *„...až zase zhubnu...“* (Informátorka č. 10), nebo až jim doktor řekne: *„...zkus to takhle ještě měsíc, vole, a zapomeň na potomky“* (Informátor č. 3), nebo *„...že mám nějaký nález...“* (Informátor č. 4). Aby zmírnili

nepříjemný psychický stav vyvolaný kognitivní disonancí, odkládají řešení problému na pozdější dobu.

Obranný mechanismus u informátora č. 8 bych klasifikovala jako vytěsnění. Informátor zřejmě potlačuje úzkost plynoucí z rizika kouření tím způsobem, že potlačuje nepříjemné myšlenky na to, že kouření skutečně ohrožuje jeho zdraví a snaží se je ze svého vědomí vytěsnit (Millerová, 2011). Jeho reakce na pocíťování zdravotních dopadů byly vyhýbavé a o možném riziku odmítal hovořit: „*Žádný zdravotní... nech toho! Nestraš mě. Zatím žádný zdravotní dopady nemám. Ale vadí mi to...*“ (odmlčí se).

Při druhém setkání s dotyčným kuřákem jsem se k tématu úmyslně vrátila. Nyní se mi se svými obavami svěřil: „*To víš, že se bojím. Ale nechci si to připouštět...že mi něco je. Prostě na to nemyslím, nebo si to akorát přivolám.*“ Jeho ambivalence se však projevila i v tom, že nachází „rozumné“ důvody, kterými ospravedlňuje své chování. Na otázku, jak vnímá zdravotní rizika, mi začal vysvětlovat, že: „*Kdybych kouřil cigarety, normální cigaretovej tabák, co je prostě naplněnej chemikáliema, zatímco tohle není plněný žádnou chemkou, tak bych o tom hodně zvažoval.*“ (Informátor č. 8).

Na tomto místě znovu odkazuji na výše uvedené výroky, kde dotyčný popisuje svůj specifický vztah ke kouření a ospravedlňuje své chování logickými důvody.<sup>9</sup> Tento jev bych označila jako racionalizace problému (Millerová, 2011), s čímž jsem se setkala téměř u všech účastníků výzkumu. Informátoři často ospravedlňovali svůj „zlozvyk“ a předkládali nejrůznější důvody, proč musí kouřit nebo proč s tím nemohou přestat. Na racionalizaci jsem rovněž narážela při analýze zdravotních a finančních dopadů kouření anebo při vnímání rizika. Jako příklad uvedu některé výroky, které o tomto jevu svědčí:

„*Já říkám, že každěj zlozvyk to bere finančně. Když nebude kouření, bude nějakej jinej zlozvyk. Každěj zlozvyk musí nahradit nějakej jinej zlozvyk. Někdo žvejká žvejkačky, někdo cucá bonbony, někdo prostě žere.*“ (Informátor č. 9).

„*Já si myslím, že bych si stejně něco našla. Bud' čokoládu, nebo něco, co by mě uklidňovalo. Protože já jsem taková, že...nějaká špatná situace nastane, tak se s ní sama nedokážu ...bez ničeho jako prostě vysekat. Že něco k tomu potřebuju.*“ (Informátorka č. 7).

---

<sup>9</sup> viz kap. 3.6.1 Vztah ke kouření u ambivalentních kuřáků

Každý ambivalentní kuřák se svým problémem nakládá jinak. Informátorka č. 10 se například se svou situací vypořádává tak, že se svůj „zlozvyk“ snaží kompenzovat zdravým životním stylem, kupuje si bělicí pastu na zuby a speciální kosmetiku na pleť:

*„Já cvičím, držím dietu. Nejrada bych šla někam na detox, abych očistila tělo od všech toxinů. Chci být zdravá a hodně o sebe pečuju. Furt si kupuju nějaký olejíčky na obličej, třeba teďka používám arganovej olej, ten je dobrej na vrásky.“* (Informátorka č. 10).

Corey (2001; in Millerová, 2011) považuje kompenzaci jako obranný mechanismus, který zakrývá slabé stránky nebo rozvíjí rysy, které tyto slabiny zastíní. V tomto případě se jedná o nepříznivé účinky cigaret na mladistvý vzhled dotyčné informátorky.

Snahu eliminovat negativní dopady kouření, jako například cigaretový zápach, projeví i informátoři č. 4 a č. 9: *„Používám osvěžovače různý. Když přijdu zvenku, tak chci mít taky trošku čerstvýho vzduchu, že jo.“* (Informátor č. 4). Nedá se však tvrdit, že by v častém větrání zakouřené místnosti a používání osvěžovačů spočívala nerozhodnost pro změnu. Ani u informátora č. 3, který sportuje, se nedá hovořit o pravé kompenzaci, protože to na rozdíl od informátorky č. 10 nedělá úmyslně.

Narazila jsem na zvláštní obranný mechanismus u informátorky č. 1, u které jsem si zpočátku myslela, že svůj problém s kouřením pouze racionalizuje: *„Zapálím si většinou, jenom když piju alkohol. A hlavně většinou jsou kuřáci kolem ještě k tomu a ta chuť se zjeví prostě. A já si nedokážu říct, ne nekuř.“* Postupem času jsem nabyla dojmu, že dotyčná spíše popírá realitu. Během rozhovoru si několikrát protiřečila. Například uvedla, že cigarety si nikdy nekupuje a pouze si bere od ostatních, ale na jiném místě řekla, že: *„Když jdeme parit, tak si koupíme krabičku na půl, ale to se moc často nestává.“*

Dále tvrdila, že nikdy nekouří více než pět cigaret za den, ale jeden její výrok svědčí o opaku: *„...většinou vyžebrať tu jednu cigaretu od někoho, a když je těch lidí kolem dokola deset, od každýho jedna, mám deset cigaret za noc.“* V dalších výpovědích zase prohlásila: *„Vím, že kdybych si zapalovala běžně, tak už to pro mě osobně problém je... Teď sem třeba přes dva tejdny nekouřila, do pátku... (po chvíli si něco uvědomila a dodala polohlasně)...nebo přes dva tejdny vlastně ne.“* Informátorka tedy přiznala jednu cigaretu v pátek: *„Já asi takovej problém nemám..., třeba teďka jsem neměla*

*dlouho. Až teďka v pátek, no, ale to bylo po dlouhý době.*“ Následovala otázka: *„Sáhneš po cigaretě, aby sis zlepšila náladu?“* Na to mi odpověděla: *„No, zlepšila náladu to ne, spíš když mám depku, což právě teďka v neděli jsem měla, tak jsem si zapálila.“*

Dotyčná patrně odmítá připustit, že kouří častěji, než je pravdou. Rozhovor se konal v úterý, nejprve přiznala cigaretu v pátek, po pár vteřinách z ní vypadlo, že vlastně i v neděli. Neustále mi vysvětlovala, že se jí problém s kouřením netýká: *„Nevyčítám si to tolik, protože vim, že až budu chtít přestat, tak přestanu. Jakmile budu cejtit, že budu chtít kouřit i jindy, tak vim, že si to zakážu.“* U této věty se dokonce rozčílila: *„Já hlavně závislá nejsem! Já když sem střízlivá, tak nemívám chutě na cigaretu.“* A na jiném místě: *„Kamarádka tuhle zrovna kouřila, tak sem ji poprosila o jednu, no a pak mi to vadilo.“*

Když jsem se s dotyčnou setkala, ptala se mé spolubydlící na cigaretu. Reagovala jsem na její tvrzení, že *„za střízlivá přece nekouří“* a její reakce mě utvrdila v mém přesvědčení, že skutečně popírá realitu:

*„No...protože (velice zesmutněla) momentálně mám teďka zase takový pitomý období, kdy myslím na Pepana a mám depky večer většinou. A mám chuť si dát cigo, ale nedám si ho většinou, protože nemám. No, ale zkusila sem se zeptat, když už jsem tady.“* V průběhu druhého rozhovoru jsem se jí doptala na pár otázek, týkající se jejího vztahu ke kouření: *„Vadí mi, že kouřím. Že si zapálím, když jsem opilá, i když jsem střízlivá. Vadí mi to. Ale jakoby si nepřiznávám, že by to bylo tak hrozný, protože kouřím právě hlavně, když piju alkohol.“*

Data získaná od této informátorky bych interpretovala jako popírání reality. Jsem toho názoru, že ambivalence u dotyčné kuřačky se projevuje v ospravedlňování vlastního chování a svalování viny na alkohol nebo přítomnost ostatních kuřáků. Odmítá nést zodpovědnost za své činy, protože sama sebe nepovažuje za silného kuřáka a tudíž nepřipouští, že by měla s kouřením problém, ačkoliv několikrát uvedla, že jí kouření vadí a lituje toho.

Dalším často vyskytovaným jevem u informátorů bylo podceňování rizika a bagatelizace problému. Téměř všichni informátoři brali kouření na lehkou váhu a někteří z nich zesměšňovali situaci. Informátor č. 9 si například dělal legraci z toho, když názorně předváděl kašel a začal u toho přehnaně chrchlat: *„Nejvíc se obávám*

*toho, že na starý kolena budu chrchlat jako dědek. Ten hnusnej kuřáckej chrchlák. Takhle... (názorná ukázka).“*

Informátor č. 4 posměšně prohlásil: *„No, tak vobčas chrchlám víc, než by bylo zdrávo (uchcechtne se). Ale to je jedno (a mávnul nad tím rukou).“* Informátor č. 5 například přečetl nápis na krabičce od cigaret, kterou držel v ruce: *„Kouření způsobuje pomalou a bolestivou smrt. Hm, tak nad tím jsem se ještě nezamýšlel. Ale myslím si, že to asi bude pravda.“* Zprvu se nad tím pozastavil a posléze se začal smát. Stejně tak se smíchem prohlásil *„...nevím, nechtěl bych zrovna umřít na rakovinu.“*

Na lehkou váhu bere některé zdravotní dopady i informátor č. 3: *„Tak rozumíš, dneska, kdo má peníze, tak si nechá udělat nový zuby. A kašleš na to, že jo. Bude tě to stát půl milionu, ale panebože, budeš mít takový zuby za půl milionu, co nemá nikdo. To nemá ani Clark Kent, co má zuby za půl mega.“*

Mezi obranné mechanismy bych zařadila i nestřídmé užívání neboli excesy, jakožto způsob snižování vnitřního napětí a nepříjemných pocitů vyvolaných kognitivní disonancí.<sup>10</sup> Na tento pozoruhodný jev jsem narazila čistou náhodou u informátorů č. 5, č. 6 a č. 8, aniž bych se jich na to ptala. Sami se svěřovali s tím, že u nich dochází k extrémním stavům, kdy *„kouří jak fabrika“*, aniž by jim to přinášelo nějaké potěšení. Například informátor č. 5 vykouří v depresivních chvílích dvě krabičky cigaret najednou, což by za normálních situací neudělal a informátor č. 6 se *„úplně překuřuje, aby se mu to zhnusilo“*.

Navíc specifickým způsobem nakládá s kašlem: *„Občas prostě mám ten kuřáckej kašel, že se dusím a sípu a nemůžu dejchat. A většinou to vyřeším tak, že si dám prostě brko a přehulím se. Hele, že si dám brko, uvolněj se mi dýchací cesty a na tu hodinku dvě usnu... Takhle já řeším to, že kašlu z toho kouření, víš co. Prostě se nahulim a přebiju to tím, co mě kazí, víš co.“*

Jako exces u informátora č. 8 bych označila jeho nestřídmé kouření za zvláštních okolností: *„když mě rozbije nějakej telefonát“*, ale také poté, co si vyčistí zuby, umyje ruce a obličej: *„Jak mám najednou zas svěží dech, tak si říkám, tak teď to by byla pecka zapálit si.“* A když jsem se ho zeptala, zda nějakým způsobem eliminuje negativní

---

<sup>10</sup> viz kap. 2.4.1.b. *Kontemplace*

dopady kouření, znejistěl: „*Když nad tím přemejšlim, to ti akorát dává nervy zapálit si ještě víc. Protože si říkáš, proč kouříš, když tě to takhle ničí.*“

U těchto tří kuřáků se tedy ambivalence projevuje mimo jiné v tom, že si vědomě škodí, a to navzdory tomu, že jim to nepřináší žádné potěšení. U informátora č. 6 navíc ve snaze zprotivit si kouření paradoxně tím, že kouří o to víc.

### **3.6.6. Motivace a překážky bránící změně**

Když jsem se informátorů ptala na to, v čem by byl jejich život lepší, kdyby nekouřili, většina kuřáků si představila pevné zdraví, dobrou fyzickou kondici a lepší finanční situaci. Informátor č. 9 kupodivu odpověděl: „*Můj život by byl stejnej, jen bych neměl ten zlozvyk. Já nemám problém se vztahama s lidma kvůli tomu, že kouřím. Takže nemám důvod si myslet, že kdybich nekouřil, tak to ze mě udělá lepšího člověka.*“

Snažila jsem se zjistit, za jakých situací ambivalentní kuřáci přemýšlejí o změně: „*Tak když slyším ostatní, že jo. Když se někdo chlubí svým životem. Závist ostatním prostě. Kouřej jenom chudý lidi. Bohatýho by to nenapadlo, vzít si do huby cigáro.*“ (Informátor č. 6). „*Za poslední tři měsíce mám teda hroznej kašel a hleny, ty šedivý... a nejde mi to vykašlávat. A to přemejšlim o tom (o změně), jako že víc.*“ (Informátorka č. 2).

Na výzkumném vzorku nelze prohlásit, že by některý z participantů byl významným způsobem motivován ke změně. Jejich odhodlání zanechat kouření bylo poněkud slabé, spíše hovořili o překážkách, které jim znemožňují přestat kouřit. Nicméně nejčastěji uváděnými motivacemi pro změnu bylo zdraví. Přestat kouřit hlavně ze zdravotních důvodů chtěla informátorka č. 7:

„*No, mám motivace, že bych byla zdravá. A že se ty plíce obnovují nějak po deseti letech nebo jak to je.*“ „*...začínám si vážit víc sama sebe...*“ Dotyčná navíc jako jediná z participantů vypověděla, že si začíná vážit víc sama, což považuje za první krok úspěchu.

Další motivací přestat kouřit bylo těhotenství u žen a plodnost mužů u informátorů č. 1, č. 2, č. 3, č. 5, č. 7 a č. 8. Tito informátoři hovořili o tom, že by si přáli založit rodinu a kvůli dětem by určitě přestali kouřit. Nechtěli by ohrozit zdraví dítěte a přáli si dobré rodinného zázemí a vhodné podmínky pro výchovu dětí. Informátorka č. 1 navíc tvrdila, že kdyby potkala životního partnera, rozhodně by se změnou neváhala, protože

jak sama uvedla „*Chce to mít nějakou inspiraci, že jo. Třeba když jsem ještě chodila s Pepanem, tak jsem přestala, protože on nekouřil. Nelíbilo se mu, že si občas zapálím, tak jsem měla inspiraci a přestala jsem prakticky bez problému kouřit.*“

To samé se ovšem nedá tvrdit u informátora č. 3, který se v minulosti pokoušel kvůli přítelkyni přestat kouřit, ale vyústilo to v to, že začal chodit kouřit ven potají. Jediné, co by ho opravdu motivovalo k nekouření, by bylo ohrožení jeho plodnosti:

„*Vem si tu plodnost, že jo. Tu ti nikdo nevrátí... tak na umělý plodnění a nech si tady nasadit nějakou kukačku, že jo. Nech si oplodnit ženskou s jiným týpkem... ale ty, ty primárně se budeš cejtít jako pitomec, protože tys nebyl schopnej to udělat. To, co ti příroda dala do základu, do genetické výbavy, aby ses rozmnožil...z principu by mě štválo to, že sám sem si odebral něco, co tady tenhle ten debil furt může, chápeš?*“

Zeptala jsem se ho, zda by tedy chtěl přestat kouřit kvůli dítěti, načež mi odpověděl: „*Tož kvůli dítěti...sakra! Kvůli sobě. Chci bejt plodnej, sakra (zcela vážně)*“ Ukázalo se, že dotyčnému jde hlavně o zplození potomka, protože by neunesl fakt, že se vlastní vinou připravil o svou reprodukční schopnost.

Také uvedl, že „*chtěl bych bejt ještě víc lepší sportovec skrz to, že bych přestal.*“ Zjišťovala jsem, zda by chtěl přestat teď, ale odpověděl s humorem „*Ještě mám plnou krabičku, tak ještě ne.*“ Z toho soudím, že jeho motivace je poměrně slabá a s problémem si příliš hlavu neláme.

Zato informátoři č. 5 a č. 10 uvedli, že by nejradši přestali ze dne na den, ale v současné době jim v tom brání těžká životní situace, se kterou se snaží vypořádat pomocí cigaret. Informátor č. 5 si po celou dobu našeho rozhovoru nervózně hrál s krabičkou od cigaret, a když mi vyprávěl o rozchodu s partnerkou, sklopil zrak a začal klepat do stolu před sebou: „*Někdy mám stavy, že na mě padne nějaká deprese...nebo to, tak sem schopnej vykouřit dvě krabičky... Nepřemejšlim vůbec nad tím, jestli z toho budu mít nějakej kašel. Prostě kouřím z toho důvodu, že mám tu depresi.*“

Informátorce č. 10 ve změně brání silné obavy z přibírání na váze. Dotyčná navíc přiznala, že trpí poruchou příjmu potravy a svou postavu si úzkostlivě hlídá. Škodlivé účinky cigaret se snaží kompenzovat zdravým životním stylem, a proto u ní nenacházím silnou motivaci zanechat kouření z důvodu zhoršeného zdravotního stavu.

„*Jak furt cvičím, kolikrát vidím, že mám lepší výkon než kdejakej nekuřák... protože si ty plíce okysličuju tím sportem. A nikdy sem neměla žádněj kašel ani nic takovýho.*“



Ambivalence ohledně rozhodnutí přestat kouřit se u této informátorky projevuje v tom, že kouří, ačkoliv jí cigareta mnohdy nechutná, ale je přesvědčená o tom, že *„když jako sednu ke stolu, že se mám najíst, tak mám prostě problém odtrhnout se od toho jídla. To se nemůžu zastavit. Ale když vim, že mám to cígo, tak prostě jdu, zapálím si a pak už nemám chuť jíst. Ale to je pravda, sem taky četla, že nikotin urychluje metabolismus a potlačuje chuť k jídlu.“*

Dotyčná se zřejmě uklidňuje některými vědeckými poznatky a to ji udržuje v představě, že díky tomu zhubne, nebo alespoň nebude přibírat na váze.

*„Já vim, že to není normální. Spíš sem už zoufalá, že nevím jak ještě ten metabolismus urychlit.“*

U žádného z participantů jsem se s podobným jevem nesešla. Dotyčná navíc uvedla, že kdyby konečně zhubla, určitě by dál nekouřila. Informátorka č. 7 se sice zmínila o tom, že po dobrém jídle si ráda zapálí, protože má *„takový příjemný pocit, že se jí to rozleží hezky, že to hnedka vytráví.“*, ale z tohoto výroku se nedá usoudit, že by se jednalo o ambivalenci, protože na rozdíl od předchozí informátorky neprožívá v tomto ohledu kognitivní disonanci, která by ji bránila ve změně.

Nejméně motivovaným kuřákem byl informátor č. 4, u kterého jsem nabyla dojmu, že jeho ambivalence se projevuje velice slabě, poněvadž žije sám a necítí žádný nátlak okolí, natož aby v sobě našel nějakou motivaci ke změně: *„K čemu bych měl být jako motivovaný? (začne se rozčilovat.) Že se mi zlepší zdraví? Hmm (ironicky)... Nevím jako, co ti mám na to říct.“* (Informátor č. 4).

Sice uvedl, že se již několikrát pokoušel přestat kouřit, ale veškeré jeho snahy ztroskotaly na nervech. Domnívám se, že jeho nerozhodnost pro změnu spočívá ve strachu z abstinčních příznaků. Jak sám uvedl, když dlouho nekouří: *„Já sem agresivní. Potřebuju si zapálit. Nejradši bych někoho zabil. Úplně hrozný. To se nedá vydržet. Posledně sem to čtyři dny vydržel. Sem si nedal cigáro, ale to sem byl prej na prášky.“* Zeptala jsem se ho, jestli není zklamaný z předchozích marných pokusů o zanechání kouření. Jeho reakce mě už ani nepřekvapila, neboť se opět rozčilil: *„Hmm... teďka už ne. Prostě sem rezignoval v tomhle směru... A víš ty co? Já si zapálím!“* (demonstrativně vytáhl cigaretu a zapálil si ji).

Strach z abstinčních příznaků a slabou motivaci jsem shledala i u informátora č. 9, který rovněž uvedl, že: *„...všechny pokusy ztroskotaly na nervech. Člověk, ktorej kouří,*

*je asi víc podrážděnej. Ale neříkej, že mě v tom kouření obtěžuje, protože nevím, jestli to je tím, že kouřím. Já možná jsem podrážděnej i normálně, i kdybych nekouřil. Ale já jsem podrážděnej člověk a kouření mě víceméně zklidní.“* A na jiném místě: *„Já nevím, já sem slaboch. Zkoušel sem to několikrát přestat kouřit, ale pak sem prostě šel, tu krabičku si koupil a pak si vzpomněl, vždyť já sem přece už nechtěl kouřit...hmm, tak co se dá dělat, už jsem si ji koupil.“*

Informátorka č. 1 jako překážku bránící ve změně uváděla alkohol a pro připomenutí odkazuje na podkapitulu o obranných mechanismech. U informátorky č. 2 je to naopak partner, který jí prý znemožňuje přestat kouřit *„Můj přítel je kuřák a já sem právě, jakoby když jsem měla ten čas, že sem to omezovala, tak sem měla docela dobře naběhnuto. Ani sem to nepotřebovala..., ale přítel kouří víc než já. Ten u mě jakoby zvětšil to kouření dost.“*

Nejvíce motivovaným kuřákem pro úspěšné zanechání kouření jsem shledala informátora č. 8, který se mi na konci rozhovoru svěřil *„Prostě sem si uvědomil, a vlastně taky díky tobě, že stojím sám proti sobě, když podporuju ty nadnárodní korporace. Lidi tam tvrdě pracujou na těch plantážích a já vlastně podporuju to, proti čemu se snažím bojovat.“* Také se několikrát pokoušel o zanechání kouření, kdy nejdelší jeho pauza trvala jeden rok. O jeho vnitřních motivacích mě přesvědčila i odpověď na to, zda si něco odpírá kvůli cigaretě. Zatímco všichni ostatní kuřáci odpovídali, že jídlo, peníze nebo čas, on prohlásil: *„Odpírám si pohled lidí na sebe.“*

Zprvu jsem si myslela, že mu vadí to, že ho vidí ostatní lidi kouřit. Vyvedl mě však z omylu: *„Nelíbí se mi, že já kouřím...ti lidi nevědí ten příběh toho, že ty takhle nekouříš. Že nekouříš furt, jenom si občas prostě zapálíš, že máš takový nervy. Oni si to hodně domýšlí ty lidi. Takže je neřeším, ty lidi okolo. Ale vadí mi to.“*

Poslední překážku bránící kuřákům zanechat kouření, kterou na tomto místě zmíním, je fyzická závislost na nikotinu. Někteří informátoři, hlavně informátorka č. 1 a č. 10, odmítali připustit, že by byli na cigaretách závislí. Pouze informátoři č. 4 a č. 9 si byli vědomi toho, že je to právě závislost na nikotinu, která jim brání v přistoupení ke změně. *„Vždyť to potřebuju sakra! Vždyť ti to povídám. To je závislost, ne snad? Se to dá tak nazvat.“* (Informátor č. 4).

*„Někdo si kouše nehty a má to jako zlovyk, ale nemůže se ho odnaučit... Žádný chemie v mozku to nevyvolává, prostě nemůže se toho zbavit. A to kouření je vyvolaný*

*nedostatkem nikotinu a nemůžeš se toho zbavit. A oni si ty nehty taky budou furt kousat, a nevíš proč.*“ (Informátor č. 9). Oba dva navíc působili dojmem, že svou závislost ospravedlňují a se současnou situací jsou smíření: *„Každý má svoje... Já kouřím.“* (Informátor č. 4). *„Jsem s tím smířenej... Třeba bez cigarety mi ani nechutná to kafe.“* (Informátor č. 9).

### **3.7. Shrnutí výsledků**

Na základě provedeného výzkumu jsem dospěla k závěru, že ambivalence u kuřáků, kteří se nacházeli ve stádiu kontemplace, byla ovlivněna souhrou několika faktorů. Významnou roli v uvědomování si negativního dopadu kouření na život kuřáků sehrály zdravotní rizika a sociální vlivy okolí. Ambivalence u všech informátorů spočívala zejména v tom, že vůči rizikovému chování zaujímal dva rozporuplné postoje.

Ambivalentní jedinci ve snaze snížit vzniklé napětí využívali obranné mechanismy ega. Ve většině případů se jednalo o racionalizaci a bagatelizaci problému. Většina kuřáků si své kuřácké chování vyčítala, přičemž někteří informátoři si ve svých výpovědích značně protiřečili. Všichni informátoři by však byli raději nekouřili.

Na vybraném vzorku nelze prokázat, že by ambivalentním jedincům bránilo ve změně chování pouhé bilancování mezi výhodami a nevýhodami kouření. Z mého výzkumu vyplynulo, že si všichni kuřáci uvědomují výhody a nevýhody kouření, ale nijak zvlášť je neporovnávají. Největší nevýhodou kouření bylo poškozování zdraví a ztráta financí. Oproti tomu výhodou byly uklidňující účinky cigaret jako pomoc při zvládnání zátěžových situací.

U osmi informátorů největší motivací přestat kouřit představovalo těhotenství u žen a reprodukční schopnosti u mužů. Zanechat kouření kvůli zdraví a fyzické kondici si přálo pouze pár jedinců. V mém výzkumu všichni informátoři uváděli překážky, které jim brání ve změně. Pro každého kuřáka znamenalo takovou bariéru něco jiného, přesto jsem mezi informátory našla jisté shody.

Jednalo se o faktory mající vliv na intenzitu jejich kouření, jakými byly stres, nervozita, deprese, přítomnost ostatních kuřáků a účinky alkoholu. U dvou informátorů to byl strach z abstinčních příznaků, u jedné informátorky zase obavy z přibírání na váze. Jiný informátor se naopak obával ztráty životního stylu a zpretrhání vazeb mezi přáteli kuřáky.

V několika případech si jedinci vědomě škodili nadměrným kouřením ve vypjatých situacích, jakými byly stres, nervozita, nemoc nebo deprese. U jedné informátorky jsem zpozorovala cílenou snahu eliminovat negativní dopady kouření, například zdravou stravou, cvičením a kosmetikou.

### **3.8. Etické otázky**

Všechny kroky plánovaného výzkumu jsem se rozhodla eticky ošetřit několika opatřeními. Všem participantům jsem vysvětlila, co je to za projekt, seznámila jsem je s účelem výzkumu a požádala jsem je o spolupráci. Každý věděl, že se výzkumu účastní dobrovolně a rozhovor může kdykoliv přerušit. Na nikoho jsem s poskytnutím rozhovoru nenaléhala a každému přání jsem vycházela vstříc. Získané údaje nebyly nijak zneužity a anonymita všech informátorů zůstala zachována. S daty jsem zacházela šetrným způsobem dle nařízení ochrany osobních údajů (Vaněk et al., 2003).

Informátoři nemuseli odpovídat na všechny otázky, když nechtěli a já jsem je k tomu nenutila. Počítala jsem s tím, že by mohly nastat situace, kdy by mi například odmítli něco sdělit nebo by nějakým způsobem ohrozili kvalitu výzkumu. V takových případech jsem se pokusila o zachování profesionálního přístupu s klidným vystupováním a příjemnou atmosférou během rozhovoru.

### **3.9. Diskuze**

Před realizací výzkumného projektu jsem si položila otázku, zda je výzkum dobře navržený a proveditelný. Ujistila jsem se, že oblast zájmu (problematika odvykání kouření) odpovídá výzkumnému problému (projevy ambivalence), získaným údajům (výpovědi ambivalentních kuřáků) i výše popsanému analytickému procesu. Zkontrolovala jsem, že sbírám správná data od správných lidí, a to efektivním způsobem. Ze vzorku jsem vyřadila jedince, kteří tam nepatřili (tj. *šťastné uživatele* a jedince odhodlané ke změně) a použila jsem pouze data, která vypovídala o jejich ambivalenci.

Jsem si vědoma toho, že vzorek je velice heterogenní, neboť obsahuje muže i ženy různých věkových kategorií s jinou intenzitou kouření. Nicméně toto nepovažuji za ohrožení kvality výzkumu, protože cílem bylo zmapovat projevy ambivalence u všech kuřáků, kteří se nacházejí ve stádiu kontempace. Proto nehrálo roli ani to, zda se jedná o příležitostného kuřáka či o silně závislého jedince na nikotinu.

Na druhou stranu musím přiznat, že v ojedinělých případech by se dalo polemizovat nad správným zařazením kuřáka do konkrétního stádia. Zejména informátor č. 9 působil místy dojmem, že se nachází někde na pomezí mezi prekontemplací a kontemplací, protože jeho ambivalence se projevovala velice slabě. Přesto jsem se rozhodla zařadit ho do stádia kontempace, protože vykazoval známky kontempace (nechce přestat kouřit, ale uvědomuje si problém, což se v prekontemplaci nepředpokládá).

Na základě několika prvních zkušebních rozhovorů jsem se rozhodla upravit znění některých otázek. Díky pilotáži jsem si uvědomila, že kladu zcela návodné otázky, které směřovaly k uzavřeným odpovědím, ze kterých by se toho nedalo moc vyčíst. Například místo otázky „*Uvažujete o změně?*“, jsem se nakonec ptala „*V jakých chvílích uvažujete o změně?*“ Proto jsem otázky přeformulovala tak, aby zůstaly co nejvíce otevřené, a svým informátorům jsem nechala volný prostor pro vyjádření.

V průběhu rozhovoru jsem si vedla poznámky do terénního deníku, kde jsem zachycovala i mimoslovní projevy informátorů, které mi toho hodně prozradily o jejich ambivalenci. Jednalo se hlavně o emocionální reakce, kdy se participanti rozčilovali nebo smáli. V jednom případě se informátorka č. 1 rozplakala, protože jsme narazily na citlivé téma, což ale nijak nenarušilo další průběh rozhovoru.

Ve třech případech jsem využila otevřené možnosti vrátit se k některým rozhovorům, abychom spolu s participanty doplnili některé výpovědi nebo upravili nejasnosti. Například informátor č. 8 vysloveně požadoval přeformulování svých výpovědí a trval na našem opětovném setkání. Během prvního rozhovoru mě dokonce požádal o zastavení nahrávání a přál si krátkou pauzu na rozmyšlení. Jeho přání jsem samozřejmě respektovala, stejně jako požadavek, ať nezveřejňuji jeho rozhovor, dokud si ho sám znovu neproje a některé věci mi nevyjasní.

Také informátor č. 9 mě kontaktoval později, aby se mi pochlubil, že chvíli nekouřil, když byl nemocný, což u něj bylo velmi neobvyklé. Tím navíc vyvrátil mé pochybnosti o jeho vhodném zařazení do stádia, neboť u *šťastného uživatele* bych takový zájem rozhodně nečekala.

Během analytické procedury bylo mou snahou zachovat vědecký přístup a objektivitu. Rovněž jsem neusilovala o prosazení nějaké své domněnky, překrucování skutečností a už vůbec ne o zatajování informací.

Po zvážení základních kritérií kvality výzkumu jsem dospěla k závěru, že se mohu opřít o poměrně vysokou validitu. Snadno jsem si mohla ověřit platnost zjištěných závěrů, pokud jsem skutečně zkoumala to, co bylo potřeba zkoumat. Na druhou stranu se nemohu spoléhat na vysokou reliabilitu, protože hodnověrnost takových výsledků se nedá změřit statisticky, jako je tomu u kvantitativního výzkumu.

V závěrečné zprávě jsem zohlednila odlišnosti primárních a sekundárních dat, abych se vyvarovala jejich případné záměně. Z výsledné studie musí jasně vyplynout, co je původní skutečnost a co je jen má vlastní interpretace. Například jsem prohlásila, že informátor ospravedlňuje své kouření a uvedla jsem důvody, které mě k takovému tvrzení vedly. Pro nezainteresované publikum tak bude zřejmé, co informátor sděluje, a jaký tomu já přiřkládám význam.

Z mého výzkumu vyšlo najevo, že záleží na několika faktorech, které se významným způsobem podílejí na výsledné ambivalenci u dotyčného kuřáka. Hlavní roli v uvědomování si negativních dopadů kouření sehrály sociální vlivy okolí a vnímání zdravotního rizika. Ambivalence u všech informátorů spočívala zejména v tom, že vůči rizikovému chování zaujímali dva rozporuplné postoje.

Všichni zúčastnění kuřáci zažívali kognitivní disonanci, která vedla k potřebě eliminovat tento nepříjemný stav mysli. Ambivalentní jedinci ve snaze snížit vnitřní napětí nevědomě využívali obranné mechanismy ega. Ve většině případů se jednalo o racionalizaci a bagatelizaci problému, které sloužily k zachování duševní rovnováhy. V ojedinělých případech jsem narazila na zvláštní projevy ambivalence, které spočívaly v excesech v užívání (nadměrném kouření) a kompenzacích, jakožto způsobu nakládání s problémem.

Porovná-li výsledky svého výzkumu s poznatky v teoretické části, mohu podpořit teorii, že převaha ztrát nad možnými zisky kouření, ani obavy o zdraví nehrají významnou roli v posunu z jednoho stádia do druhého. Ani skutečnost, že kuřáci kvůli svému kuřáckému chování strádají po finanční i sociální stránce, není dostatečně efektivní motivací pro to, aby kuřák přestal kouřit. Zato reprodukční schopnosti a touha založit rodinu se jeví jako významná motivace pro nekouření.

Na vybraném vzorku se ovšem nedá prokázat, že by ambivalence u nejistých kuřáků spočívala právě v porovnávání výhod a nevýhod kouření. Takové zjištění odporuje tvrzení, že ambivalentní kuřáci bilancují mezi výhodami a nevýhodami kouření, a že

z toho důvodu nemohou přestat kouřit. Z mého výzkumu vyplynulo, že si ambivalentní kuřáci sice uvědomují zisky a ztráty kouření, ale neporovnávají je.

Po komparaci výsledků srovnávacích studií TTM lze dále konstatovat, že sebedůvěra a posilování vztahů mezi kuřáky se skutečně jeví jako klíčový faktor v procesu změny chování. Z mé studie vyplynulo, že nejistí a málo sebevědomí jedinci se obávají ztráty stávajícího životního stylu, v němž kouření představuje způsob utužování přátelských vztahů mezi kuřáky navzájem. Sebedůvěra má skutečně rozhodující vliv na kuřákovu ambivalenci, neboť někteří jedinci se těší ze sociálních výhod kouření, jako je např. sociální soudržnost a navazování kontaktů s neznámými lidmi v situacích, kdy cigareta pomáhá odstranit strach/nejistotu a zvyšuje sebevědomí.

Také mohu potvrdit, že kuřáci ve fázi kontempace se vyznačují společnými charakteristikami, protože jsem mezi informátory našla jisté shody. Jednalo se o faktory mající vliv na intenzitu jejich kouření, jakými byly např. stres, nervozita, deprese, přítomnost ostatních kuřáků a účinky alkoholu.

Co se týče kouření v partnerství, nemohu prokázat jednoznačný vliv kouření partnera na ambivalenci informátorů, protože osm z deseti participantů bylo svobodných. Zbývající dva informátoři sice měli za partnera kuřáka, ale na takto malém vzorku nelze tento vliv na ambivalenci prokázat.

V neposlední řadě nelze opomenout ani sílu zvyku, chuť cigarety a euforické účinky nikotinu jakožto překážku bránící kuřákům přestat kouřit. Lze uzavřít, že na kuřákovu nerozhodnost ohledně změny působí jak psychosociální složka závislosti, tak i fyzická závislost na nikotinu, která se projevuje v podobě strachu z abstinenčních příznaků během odvykacího stavu.

## IV. ZÁVĚR

Tato studie se zabývala problematikou odvykání kouření. V této práci jsem zkoumala fenomén ambivalence a dopady kouření na život kuřáků, kteří se nacházeli ve stádiu kontemplance dle transteoretického modelu změny chování. Zjišťovala jsem, s čím se ambivalentní kuřáci potýkají a jak se svou ambivalencí nakládají. V teoretické části jsem se pokusila vystihnout, co je to závislost a ukázala jsem, čím se specificky vyznačuje závislost na nikotinu. Dále jsem nastínila možnosti léčby závislosti na nikotinu a představila jsem transteoretický přístup k odvykání kouření a jeho model stádií změny.

Vysvětlila jsem, v čem spočívá princip behaviorální změny a popsala jsem její průběh a jednotlivá stadia. V závěru teoretické části jsem ukázala pohled různých studií na transteoretický přístup a shrnula jsem poznatky některých výzkumů, které byly pro mou práci relevantní. Nakonec jsem se pokusila o zhodnocení účinnosti transteoretického modelu při úspěšnosti odvykání kouření.

V rámci provedeného výzkumu jsem se snažila zachytit a popsat veškeré projevy ambivalence, na které jsem během analýzy dat narazila. Z provedené studie vyšlo najevo, že záleží na více faktorech, které působí na kuřákovu ambivalenci. Významnou roli v uvědomování si problému sehrály sociální faktory a povědomí o zdravotním riziku kouření.

Po komparaci výsledků srovnávacích studií TTM mohu podpořit platnost některých poznatků. V mém výzkumu se sebedůvěra a sociální soudržnost mezi kuřky ukázaly jako klíčové faktory, které přispívají k nerozhodnosti přestat kouřit, protože kouření může usnadnit navazování kontaktů s neznámými lidmi.

Z mé studie dále vyplynulo, že ambivalentní kuřáci hledají důvody, které jim brání ve změně chování a vyzdvihují je na obranu toho, proč s kouřením dosud nepřestali. Ambivalentní kuřáci ve snaze eliminovat nepříjemné pocity, které jsou výsledkem jejich vnitřního rozporu, aktivují obranné mechanismy ega, čímž chrání svou duševní rovnováhu.

Doufám, že v rámci provedeného výzkumu se mi podařilo dosáhnout stanoveného cíle a já jsem díky tomu odhalila, na co ambivalentní kuřáci narážejí a jak s tímto jevem pracují. Věřím, že má práce by mohla být přínosem či námětem pro budoucí studie,



které by se zaměřily na motivace a obranné mechanismy u kuřáků v prekontemplaci, a výsledky následně porovnaly s mými závěry.

## Seznam použité literatury

- Aronson, E. (1972). *The social animal*. (2nd ed.). San Francisco: W. H. Freeman and company.
- Carr, A. (2003). *Snadná cesta jak přestat kouřit*. (2nd ed.). Praha: Earth Save CZ.
- Cormier, S., Nurius, P., & Osborn, C. J. (2012). *Interviewing and Change Strategies for Helpers*. (7th ed.). Belmont: Cengage Learning.
- Disman, M. (2007). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. (3rd ed.). Praha: Karolinum.
- Doll, R., & Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*. 221. Retrieved March 23, 2015, from <http://www.bmj.com.ezproxy.is.cuni.cz/content/2/4682/739>
- Etter, J. A. (2005). A comparison of the content, construct and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 77. Retrieved March 23, 2015, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871604002303>
- Gilman, S., & Zhou, X. (2006). *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Praha: Dybbuk.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. (2nd ed.). Praha: Portál.
- Kalina, K., et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Králíková, E. (2007). Vareniklin. Nová možnost léčby závislosti na tabáku. *Časopis Remedia online*. 1. Retrieved March 23, 2015, from <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2007/1-2007/Vareniklin-nova-moznost-lecby-zavislosti-na-tabaku/e-9p-9V-hp.magarticle.aspx>
- Králíková, E. (2008). Závislost na tabáku. Standard léčebného plánu. *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči*. Psych/1. Retrieved March 23, 2015, from [http://www.dashofer.cz/download/pdf/pks2/pks2\\_ukazka.pdf?wa=WWW08IX](http://www.dashofer.cz/download/pdf/pks2/pks2_ukazka.pdf?wa=WWW08IX)
- Králíková, E., & Kozák, J. T. (1997). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf.
- Králíková, E., et al. (2005). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis Lékařů českých*. (5), 144. Retrieved March 23, 2015, from [http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/27\\_34\\_zavislost\\_tabak.pdf](http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/27_34_zavislost_tabak.pdf)
- Králíková, E., et al. (2013). *Závislost na tabáku – epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York: Guilford.

- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Mravčík, V., et al. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Myers, D. (2013). *Social psychology*. (11th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Pešek, R., & Nečesaná, K. (2008). *Kouření aneb závislost na tabáku. Rizika, projevy, motivace, léčba*. Písek: Arkáda.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Rotgers, F., et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- Statistiky týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů*. Retrieved March 23, 2015, from [http://www.kurakovaplice.cz/koureni\\_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html](http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html)
- Světlák, M. (2009). *Motivační faktory kuřáckého chování* (Disertační práce). Retrieved February 17, 2015, from [http://is.muni.cz/th/13644/lf\\_d/](http://is.muni.cz/th/13644/lf_d/)
- Škála závislosti na cigaretách (Cigarette Dependence Scale, CDS)*. Retrieved May 12, 2015, from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2972/Skala-zavislosti-na-cigaretach-Cigarette-Dependence-Scale-CDS->
- Thirlaway, K., & Upton, D. (2009). *The Psychology of Lifestyle: Promoting Healthy Behaviour*. Abingdon: Routledge.
- Vaněk, M., et al. (2003). *Orální historie. Metodické a „technické“ postupy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.