



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

PRACOVNÍ POSTUP Léčba závislosti na tabáku

Vydání: 1. 3. 2010

Frekvence kontroly: 1x ročně

Česká asociace sester – Prezidium

Připomínkové řízení do: 2. 2. 2010

Odborný garant: MUDr. Eva Králíková, CSc. Datum: 31. 12. 2009

Schválil: Prezidium ČAS Datum:
Zpracovatelé: Kateřina Malá, Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná,
MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka Štěpánková

(Společnost pro léčbu závislosti na tabáku) Datum: 31. 12. 2009

Kontaktní osoba: Kateřina Malá E-mail: katerina.mala@uvn.cz

Nabývá účinnosti dne: 1. 3. 2010

Držitel dokumentu: Česká asociace sester – prezidium



Doporučení léčby závislosti na tabáku – pro sestry

1. DEFINICE A CÍL

Závislost na tabáku je samostatnou nemocí, nejčastější diagnózou v ČR. Týká se cca 2 500 000 pacientů a je příčinou téměř pětiny všech úmrtí. Účinná léčba závislosti na tabáku existuje, není však dostatečně nabízena a dostupná (3, 5, 13). Sestry jsou podle Světové zdravotnické organizace jednou ze čtyř zdravotnických profesí, které by se měly léčbou závislosti na tabáku systematicky zabývat: lékaři, dentisté, sestry a farmaceuti (13). Roli sester v této léčbě se věnuje stále více publikací a výzkumů (2, 6, 7, 10, 11).

Cílem těchto doporučení pro nelékařské zdravotnické profese (dále jen NLZP) je ucelení a sjednocení jejich postupů při léčbě závislosti na tabáku.

2. VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ

Závislost (návyk) je nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky. Definice závislosti, kterou závislost na tabáku splňuje, zahrnuje tyto body:

- silná touha (bažení) užívat látku
- nekontrolovatelné užívání (začátek, konec nebo množství užívání látky)
- tělesný odvykací stav při absenci látky, užívání látky pro zamezení abstinenčním příznakům
- tolerance látky – potřeba zvyšovat dávku pro dosažení účinku
- zanedbávání jiných potěšení kvůli užívání látky
- užívání látky přes jasný negativní účinek na zdraví

Závislost na tabáku – je chronické, recidivující a letální onemocnění. V Mezinárodní klasifikaci onemocnění Světové zdravotnické organizace je samostatnou diagnózou F17 (12). Nejčastější formou je kouření cigaret. V ČR na nemoci způsobené kouřením umírá ročně 18 000 lidí, což znamená 50 lidí denně. Jsou to především nádorová (8000 úmrtí ročně), kardiovaskulární (7000 úmrtí ročně) a respirační onemocnění (2000 úmrtí ročně), dále pak několik desítek ostatních nemocí (1000 úmrtí ročně) (8).

Závislost na tabáku zahrnuje psychosociální či psychobehaviorální složku a složku fyzickou (závislost na nikotinu).

Psychosociální závislost – je potřeba kouřit v určitých situacích, v určité společnosti, za určitých okolností. Je typem naučeného chování.

Závislost na nikotinu – vzniká nejčastěji u kuřáků kouřících denně, většinou 10 a více cigaret a majících potřebu zapálit si do hodiny po probuzení. Den bez kouření je problém, po několika hodinách abstinence se objevují abstinenční příznaky. Závislost na nikotinu může být z přibližně 50% podmíněna geneticky. Kolem 80 % kuřáků je na nikotinu závislých (5).



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Definice kuřáctví

Pravidelný (denní) kuřák – kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně.

Příležitostný kuřák – v době šetření kouří, ale méně než jednu cigaretu denně.

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

Nekuřák – nekouří a během života nevykouřil nikdy 100 a více cigaret.

Abstinence – dlouhodobá abstinence se definuje jako doba nejméně 6, raději však 12 měsíců od poslední cigarety, s biochemicky validizovanou abstinencí. Ke kouření se však kuřák může vrátit kdykoli, k léčbě závislosti na tabáku je třeba přistupovat jako k léčbě chronického onemocnění (3,4).

Validizace expozice tabákovému kouři je možná buď stanovením **kotininu** (= metabolit nikotinu) v moči, krvi nebo slinách (průkaz možný nejméně 48 hodin zpět) nebo zjištěním **koncentrace CO (oxidu uhelnatého)** ve vydechovaném vzduchu (průkaz možný 12 hodin zpět). Měření CO ve výdechu je možné s jednoduchým monitorem Smokerlyzer.

Abstinenční tabákový syndrom

Abstinenční příznaky jsou souborem fyzických a mentálních změn v důsledku nedostatku nikotinu.

Jsou dočasné a po určité době (řádově týdny až měsíce) vymizí (1,3):

1. craving – lačnění, bažení, touha po cigaretě
2. špatná nálada/deprese
3. podrážděnost/zlost/nespokojenost
4. úzkost/nervozita
5. neschopnost soustředění
6. neschopnost odpočívat
7. nespavost/obtížné usínání/buzení v noci
8. zvýšená chuť k jídlu/hlad/zvyšování hmotnosti

3. KOMPETENTNÍ OSOBY

Kompetentní osobou v prevenci a léčbě závislosti na tabáku je NLZP a lékař.

4. OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

a) Dělení závislosti

Závislost na tabáku začíná závislostí *psychosociální/behaviorální* a u většiny kuřáků se postupně vyvine závislost na nikotinu (*fyzická /drogová*).

Psychosociální/behaviorální závislost vzniká postupně tím, jak si kuřák zvyká žít s cigaretou, kouřit ve společnosti, při relaxaci či naopak ve stresových situacích. Během let si na ně zvyká



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

a upevňuje je (rituály). Tato závislost nesouvisí s chemickým složením cigaret. Fyzická/drogová závislost vzniká chemickou reakcí v mozku na nikotin-acetylcholinových receptorech. Závislost na nikotinu je principem podobná závislosti na heroinu, kokainu či jiným drogám. Proto je tak obtížné se jí zbavit, nikotin je dokonce návykovější než heroin.

b) Diagnostika

Závislý na tabáku je každý kuřák, který má problém přestat. Pro posouzení míry závislosti na nikotinu můžeme použít Fagerströmův test a to jak pro dospělé (4) (příloha 1), tak modifikovaný pro děti a adolescenty (9) (příloha 2). V zásadě jsou na nikotinu závislí ti kuřáci, kteří kouří denně, většinou 10 a více cigaret a do hodiny po probuzení si potřebují zapálit.

c) Intervence pro změnu životního stylu

Následující doporučení léčby (body c, d, e) vycházejí z mezinárodních (3) i českých (5) doporučení i z prací týkajících se přímo sesterské profese (2, 6, 7, 10, 11).

Podle svých časových možností s pacientem probereme jeho typicky kuřácké situace a snažíme se jej přimět, aby si předem připravil náhradní řešení – jak je prožije bez cigarety, jinak, jak změní své denní stereotypy a prožívání dne.

Obecně je možné se některým situacím vyhnout – pak je dobré cca na 3 měsíce to udělat: například nepít kávu, nejít do kuřácké společnosti či na oslavu, nepít alkohol.

Na situace, kterým se vyhnout nelze, by si každý měl PŘEDEM připravit náhradní řešení místo cigarety. Mělo by to navíc být řešení příjemné, aby se na ně kuřák mohl těšit: dechové či relaxační cvičení ve stresu, vyčištění zubů po jídle, pohodová činnost pro chvíle odpočinku (čtení, sudoku, vonná svíčka či podobně), vyčištěné auto, cigarety mimo dosah.

Součástí intervence je i prevence zvyšování hmotnosti – může mít příčinu jak mechanickou (jídlo namísto cigaret), tak ve vlivu nikotinu na metabolismus (nikotin zvyšuje bazální metabolismus až o 800 kJ/den a urychluje peristaltiku střeva, tedy při odvykání se může objevit např. zácpa). Doporučíme pohyb, zeleninu, vypít cca 3 litry neslazených tekutin denně, naopak omezení sladkých, tučných a moučných jídel. Sledovat hmotnost, při nárůstu zvýšit výdej a snížit příjem energie.



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Shrnutí intervence – režimová opatření:

Předpokladem úspěchu je pevné rozhodnutí pacienta přestat kouřit.

Pomoci mu stanovit si den D.

Informovat jej předem o způsobu léčby, doporučit léky, které by měl užívat dostatečně dlouho – nejméně 3 měsíce.

V předvečer dne D doporučit odstranit ze svého okolí cigarety a vše co s kouřením souvisí.

Předem s pacientem probrat situace, kdy obvykle kouří a pomoci mu najít náhradní nekuřácké řešení, připravit jej na změnu stereotypu prožívání dne.

Doporučit informovat okolí o záměru přestat kouřit, požádat o podporu přátelé, rodinu, kolegy.

Zvýšit tělesnou aktivitu, sledovat hmotnost.

Informovat o pozitivních stránkách nekouření (více peněz v rodinném rozpočtu, voňavé šaty, vlasy, bílé zuby, lepší pleť, snížení frekvence respiračních onemocnění, při užívání hormonální antikoncepce snížení rizika cévní mozkové příhody atd.).

Doporučit odměňovat sebe sama za dosažené úspěchy.

Snažit se vysvětlit důležitost už nikdy si nezapálit (cigaretu ani jiný tabákový výrobek) – toho, kdo byl jednou na nikotinu závislý, i jediná cigareta s největší pravděpodobností vrátí ke kouření.

d) Farmakologická léčba

Nikotin – náhradní terapie nikotinem (NTN), je u nás možná v podobě nikotinových náplastí (10, 15, 25 mg/16 hodin nebo 14, 21 mg/24 hodin), inhalátorů (10 mg) a žvýkaček (2 nebo 4 mg). Pastilky a mikrotablety se v roce 2009 přestaly prodávat. Principem této léčby je dodání nikotinu do mozku jinak než cigaretou. Z cigarety se do těla dostává nejen nikotin, s ním ještě dalších více než 4000 chemických látek. Proto užívání čistého nikotinu, v podobě NTN, je vždy méně nebezpečnou alternativou než kouření, zdravotní rizika nikotinu jsou zanedbatelná. NTN je tedy možné doporučit všem kuřákům, kteří nedokázali přestat bez léčby.

Výše popsané formy NTN jsou v lékárně volně prodejné.

Ačkoli NTN má kontraindikace těhotenství, recentní kardiovaskulární onemocnění nebo dětský věk, obecně platí, že NTN (čistý nikotin) je vždy bezpečnější než kouření.

Vzhledem k tomu, že většině kuřáků se nepodaří přestat naráz (ačkoli si to přejí), musíme respektovat tuto realitu. Pro ty, kteří to nedokázali, je možné NTN využít k postupnému odvykání – redukcí počtu cigaret (za redukcí se považuje méně než polovina původně kouřených cigaret) s tím, že pacient zároveň užívá některou z forem NTN k potlačení abstinčních příznaků, řádově po dobu týdnů či měsíců. Sama redukce však není cílem léčby, protože významně nesnižuje riziko – cílem je vždy naprostá abstinence.

Bupropion SR – lék, který se užívá také jako antidepressivum. Při léčbě deprese tímto lékem se zjistilo, že kuřáci ztrácejí chuť na cigaretu. Účinek není zcela jasný, i když podstatou je zvýšení dopaminu v synapsích blokováním jeho zpětného vychytávání. Vhodný je pro ty kuřáky, kteří mají problémy právě s depresí.

Tento lék je vázán na recept.

Vareniklin – je první lék, který je vyrobený speciálně pro léčbu závislosti na tabáku a



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

neobsahuje nikotin. Váže se na acetylcholin-nikotinové receptory v mozku stejně jako nikotin, tedy také způsobuje vyplavení dopaminu (agonistický vliv) a zároveň tyto receptory blokuje pro nikotin (antagonistický vliv).
Tento lék je vázaný na recept.

e) *Motivace*

Léčba závislosti na tabáku má smysl jen u těch kuřáků, kteří chtějí přestat. Ti, kteří přestat nechtějí, můžeme **motivovat**, například podle „5R“ (podle 3):

1. Relevance (relevance)

Intervence je účinnější, když je osobně relevantní, cílená na konkrétní pacientův stav, onemocnění, nález, rizika, rodinnou či sociální situaci nebo jiné charakteristiky, např. předchozí zkušenosti s odvykáním.

2. Risks (rizika)

Ptát se pacienta na možné zdravotní dopady kouření a identifikovat ty, které pacient podceňuje. Upozornit například, že kouření cigaret s nízkým obsahem dehtů/nikotinu neznamena snížení rizika nebo že bez rizika není ani kouření dýmek, doutníků nebo jiných forem tabáku. Zmínit akutní, dlouhodobá rizika i rizika pasivního kouření.

3. Rewards (odměny)

Identifikovat potenciální prospěch z toho, že pacient přestane užívat tabák. Příklady: zlepšení zdraví, více peněz, zlepšení chuti a čichu, lepší pocit ze sebe, domov, auto ani šaty nebudou zapáchat, dobrý příklad pro děti, přestane poškozování druhých tabákovým kouřem, lepší pocit ze sebe, více fit, zpomalí se stárnutí pleti.

4. Roadblocks (bariéry)

Identifikovat, co pacientovi brání přestat nebo jakých problémů se obává a na tato řešení pak orientovat svou intervenci. Typicky to bývají abstinenci příznaky, obava ze selhání, zvyšování hmotnosti, nedostatek podpory, deprese, postrádání tabáku, společnost kuřáků, nedostatečné znalosti o farmakoterapii.

5. Repetition (opakování)

Motivační intervenci opakovat při každé návštěvě nemotivovaného pacienta. Těm, kdo selhali, říci, že většina kuřáků zkouší přestat opakovaně, než se jim to podaří.



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

f) Centra pro závislé na tabáku

Pokud kuřák potřebuje intenzivnější léčbu a podporu, kterou nemůžeme poskytnout, můžeme jej doporučit na některé ze specializovaných pracovišť. Centra pro závislé na tabáku v ČR vznikají od roku 2005 a jsou součástí nemocnic/lůžkových zařízení. Nejčastěji vznikají při pneumologických, interních, kardiologických či psychiatrických odděleních.

Pracují zde všeobecná sestra a lékař, vyškoleni v prevenci a léčbě závislosti na tabáku.

Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální intervence (skupinové či individuální), doporučují farmakoterapii a dlouhodobě sledují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit.

Pacienti těchto center mají nárok na příspěvek zdravotních pojišťoven na léky závislosti na tabáku a lékaři mohou vykazovat speciální výkony této léčby.

Kontakty na www.slzt.cz

g) Telefonická linka pro odvykání kouření

V ČR funguje Linka pro odvykání kouření 844 600 500. Každý všední den od 12:00 - 20:00, za cenu místního hovorného z celé ČR, zde vyškolení konzultanti odpovídají na veškeré dotazy spojené s kouřením.

Shrnutí postupu - **Krátká intervence** (3)

Měl by aplikovat každý zdravotnický pracovník (NLZP, lékař i lékárník) při každém kontaktu s pacientem dle svých časových možností. Ve spěchu stačí dvě věty – dotaz na kouření a kuřákovi doporučení přestat, celá intervence zabere cca 3-5 minut.

Tato intervence je doporučením založeným na důkazech, plně osvědčeným.

Má 5 bodů, které v angličtině začínají „A“, proto „5A“, česky možno přeložit jako „5P“ (viz. tabulka 1)

Důležitá je jednoduchost a rozhodnost, s jakou je doporučení formulováno.



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Tabulka 1

1. Ptej se (ASK)	zda kouří, jak dlouho kouří, kolik denně (ev. týdně), jaký tabákový výrobek. Nekuřáka pochválit, dále nepokračovat.
2. Porad' (ADVISE)	jasné doporučení přestat kouřit. Např.: „Přestat kouřit je to nejdůležitější co můžete udělat pro své zdraví.“
3. Posud' (ASSESS)	ochotu přestat kouřit. Pokud pacient nemá zájem přestat, můžeme jen motivovat (viz 5 R) a při další návštěvě opakovat dotaz na kouření a doporučení přestat, ovšem s pochopením, např.: „Vím, že přestat je obtížné, ale pro Vaše zdraví nutné, mohu Vám pomoci, jen když Vy budete chtít.“ Pokud pacient chce přestat , v intervenci pokračujeme .
4. Pomáhej (ASSIST)	těm kteří chtějí přestat kouřit, doporuč: a) režimová opatření, b) náhradní terapii nikotinem - pod informace o správném užívání, c) specializovanou pomoc - Centra pro závislé na nikotinu, edukační sestry, info. o webových stránkách (www.slzt.cz , www.prestantekourit.cz , www.dokurte.cz) telefonní linka pro odvykání kouření: 844 600 500
5. Plánuj (ARRANGE CONTROLS) kontroly	platí pro ambulantní péči, specializovaná pracoviště, edukační sestry.

5. KOMPLIKACE

Abstinenční příznaky – viz kapitola II

Aktivně se na ně pacienta ptát a hledat řešení. Pokud pacient užívá NTN, většinou pomůže zvýšení dávky – jedná se o abstinenci příznaky z nedostatku nikotinu.

Pokud nastane relaps – je důležité odvykajícího povzbudit, aby se znovu pokusil přestat. Poradit, aby se z chyb, které vedly k relapsu, poučil – jak překoná kritickou situaci bez cigarety. Také viz „5R“, kapitola IVe).

6. DOKUMENTACE

Kuřácký status by vždy měl být součástí dokumentace pacienta, u kuřáků také případné intervence a jejich výsledek, u bývalých kuřáků prevence relapsu.



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

7. ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

Mezinárodní aktivity sester v kontrole tabáku

Sestry, největší skupina profesionální zdravotní péče na světě, jsou všeobecně málo využívány v aktivitách kontroly tabáku a léčby závislosti na tabáku. Vzhledem k růstu tabákové epidemie je ale angažování sesterské profese životně důležité. Sestry jsou přitom nepochybně dostatečně vybaveny a vzdělány k tomu, aby v této věci přispěly ke změnám. Bude ale třeba vytvořit pro ně centrálně organizovanou strukturu, která je bude podporovat ve společné práci při kontrole tabáku s ostatními skupinami.

Iniciativa Světové zdravotnické organizace (WHO, World Health Organization) Tobacco Free Initiative (TFI), tedy Iniciativa bez tabáku, je připravena podpořit národní sesterské asociace, aby se angažovaly v kontrole tabáku včetně léčby a navrhla ustavit „globální sesterskou síť proti tabáku. Cílem této sesterské sítě bude maximalizace potenciálu třináctimilionové pracovní síly v kontrole tabáku.

Tato síť bude působit pod vedením WHO/TFI, WHO úřadu sester a porodních asistentek a sítě zdravotních profesionálů. Poskytne technickou pomoc národním sesterským organizacím, povede vlastní webovou stránku. Bude připojena k mezinárodní radě zdravotních sester (ICN, International Council of Nurses).

Konkrétně by tato globální sesterská síť měla:

- * zvýšit počet NLZP, kteří se aktivně účastní v podpoře cílů Rámcové úmluvy o kontrole tabáku (FCTC).
- * podporovat národní sesterské asociace, aby přijaly Etický kodex kontroly tabáku pro zdravotnické profesní organizace WHO (viz. příloha 2)
- * stavět na znalostech a dovednostech sester při pomoci lidem přestat kouřit
- * zvýšit vědomosti sester o léčbě závislosti na tabáku založené na důkazech
- * publikovat možnosti odvykání kouření a doporučené postupy
- * podporovat sestry, aby se staly vzorem v kontrole tabáku
- * zvyšovat kulturu sester jako advokátů společnosti bez tabáku
- * podporovat sestry, aby přijaly aktivní úlohu v kontrole tabáku včetně legislativy na místní a národní úrovni včetně podpory „nekuřácké nemocnice“

8. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

NLZP by měl být vzorem v kontrole tabáku – sám nekouřit, být aktivní v podpoře nekuřáckého prostředí i v léčbě závislosti na tabáku – při každém klinickém kontaktu s pacientem aplikovat adekvátní část Krátké intervence (tabulka 1).



9. POUŽITÉ ZDROJE

1. American Psychiatric Association: Nicotine-induced disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Washington, American Psychiatric Association, 1994, 244-7
2. Bialous, S.A.: Tobacco use cessation within the context of tobacco control policy: Opportunities for nursing research, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S58-S63
3. Fiore M.C. et al.: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice guideline 2008 Update. US Department of Health Human Services, Public Health Service
4. Heatheron, T. F., Kozlowski, L., T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.: The Fagerström test of nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *Brit. J. Addiction*, 86, 1991, 1119 – 1127
5. Králíková, E., Býma, S., Cífková, R., Češka, R., Dvořák, V., Hamanová, J., Horký, K., Hradec, J., Keller, O., Konštacký, S., Kos, S., Kostřica, R., Kunešová, M., Kvapil, M., Langrová, K., Mayer, O., Petrů, V., Popov, P., Raboch, J., Rosolová, H., Roztočil, K., Sucharda, P., Vorlíček, J., Widimský, J.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, *Časopis lékařů českých*, 144, 2005, 5, 327 – 333, <http://www.cls.cz/archiv/clc5kralikova.pdf>
6. Malone, R.: Nursing's involvement in tobacco control: Historical perspective and vision for the future, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S51-S57
7. Miller, N. H.: Translating smoking cessation research findings into clinical practice: The „Staying free“ program, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S38-S43
8. Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J. et al.: Mortality From Smoking in Developed Countries 1950 - 2000. Oxford, UK, Oxford University Press, 1994, update 2006, www.deathsfromsmoking.net
9. Prokhorov, A.V., De Moor, C., Pallonen, U.E., Suchanek-Hudmon, K., Koehly, L., Hu, S.: Validation of the modified Fagerström Tolerance Questionnaire with salivary cotinine among adolescents, *Addictive Behaviors*, 25, 2000, 3, 429-433
10. Sarna, L., Bialous, S.A.: Strategic directions for nursing research in tobacco dependence, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S1-S9
11. Wewers, M., Sarna, L., Rice, V.H.: Nursing research in smoking cessation: A listing of the literature, 1996-2005, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S11-S14
12. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, WHO, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1992
13. World Health Organization: MPOWER, WHO, Geneva, Switzerland, 2008



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

10. PŘÍLOHY

Příloha 1

Fagerströmův test nikotinové závislosti – pro dospělé (4)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	
do 5 minut	3 body
za 6 – 30 minut	2 body
za 31 – 60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Kterou cigaretu byste nerad/a postrádal/a ?	
první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouříte?	
0 – 10	0 bodů
11 – 20	1 bod
21 – 30	2 body
31 a více	3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen/a a upoután/a na lůžko?	
ano	1 bod
ne	0 bodů

Orientační hodnocení:

0 – 1: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2 – 4: střední

5 – 10: silná závislost na nikotinu



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Příloha 2

Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti – kritéria pro adolescenty (9)

1. Kolik cigaret kouříš?	
více než 25	3 body
16 – 25	2 body
1 – 15	1 bod
2. Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Jak brzo po probuzení si zapaluješ první cigaretu?	
do 30 minut	2 body
za déle než 30 minut, ale před polednem	1 bod
odpoledne nebo večer	0 bodů
4. Které cigarety by ses nejméně rád/a vzdal/a (kterou si nejvíce vychutnáš)?	
první ranní	2 body
kterákoli před polednem	1 bod
kterákoli odpoledne nebo večer	0 bodů
5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříš, i když jsi nemocný/á a většinu dne v posteli?	
ano	1 bod
ne	0 bodů

Orientační hodnocení:

0 – 1: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2 – 4: střední

5 – 10: silná závislost na nikotinu



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Příloha 3

Etický kodex kontroly tabáku pro zdravotnické profesní organizace, který podpořily i mezinárodní sesterské organizace .

Organizace, které pod záštitou WHO přijaly Etický kodex kontroly tabáku pro zdravotnické profesní organizace v lednu 2004:

1. Asian Consultancy on Tobacco Control
2. Egyptian Medical Syndicate
3. European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO
4. European Forum of Medical Associations
5. European Respiratory Society (ERS)
6. EuroPharm Forum
7. European Medical Association on Smoking and Health (EMASH)
8. FDI World Dental Federation
9. Initiative for Cardiovascular Health Research in Developing Countries
10. International Agency on Tobacco and Health
11. International Commission on Occupational Health (ICOH)
12. International Council of Nurses (ICN)
13. International Federation of Medical Student Associations (IFMSA)
14. International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT)
15. International Pharmaceutical Federation
16. International Society of Nurses in Cancer Care
17. International Union Against Cancer
18. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
19. Medical Women's International Association
20. National Centre for Problems of Healthy Lifestyle Development
21. Nurses Network Against Tobacco and Substance Abuse of Thailand
22. SEARPharm Forum
23. Sindicato Médico del Uruguay
24. World Federation of Chiropractic
25. World Heart Federation
26. World Medical Association
27. World Organization of Family Doctors (WONCA)
28. World Self-Medication Industry (WSMI)
29. World Vision International

Tento kodex podpořila i Česká asociace sester dne 26.8.2009.



ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.

120 00 Praha 2, Londýnská 15

ČAS/PP/2010/0001

Etický kodex kontroly tabáku pro profesní organizace lékařů a dalších zdravotníků.

Preambule: v rámci aktivního podílu na snížení spotřeby tabáku a začlenění kontroly tabáku do zdravotních systémů na lokální, národní i globální úrovni, mají zdravotnické profesní organizace:

1. Podporovat své členy, aby byli osobním vzorem nekuřáctví a propagovali nekuřáckou kulturu.
2. Sledovat a hodnotit prevalenci kuřáctví ve vlastních řadách a realizovat příslušná opatření.
3. Veškeré akce pořádat jako nekuřácké, nekuřácké mít i vlastní prostory a podporovat v tom i ostatní.
4. Zařadit kontrolu tabáku na všechna relevantní fóra kongresů a konferencí týkajících se zdraví.
5. Stimulovat své členy, aby se ptali svých pacientů a klientů na spotřebu tabákových výrobků a expozici tabákovému kouři a aplikovali doporučené postupy léčby závislosti na tabáku, včetně intervence a kontrol.
6. Působit na zdravotní a vzdělávací centra, aby zařadila problematiku tabáku do svých osnov, do systému celoživotního a dalšího vzdělávání.
7. Aktivně se účastnit Světového dne bez tabáku WHO každoročně 31. května.
8. Nepřijmout žádnou formu podpory tabákového průmyslu – finanční nebo jakoukoli jinou, ani neinvestovat do tabákového průmyslu, a to jak organizace, tak jejich členové.
9. Zajistit, aby každá organizace měla jasně formulované zásady zakazující komerční nebo jakýkoli jiný vztah s partnery, kteří jsou jakkoli zainteresováni v tabákovém průmyslu (prohlášení o zájmech).
10. Zakázat prodej a propagaci tabákových výrobků ve svých prostorách.
11. Aktivně podporovat vládu v podepsání, ratifikaci a implementaci FCTC.
12. Věnovat na kontrolu tabáku finanční i jiné prostředky – včetně určitých prostředků na implementaci této rezoluce.
13. Účastnit se aktivit na kontrolu tabáku v rámci spolupráce zdravotnických profesních organizací.
14. Podporovat vznik nekuřáckých veřejných prostor.

**Přijato v Ženevě na setkání WHO „Zdravotnické profesní organizace a kontrola tabáku“
28. - 30.1. 2004.**