

Slovo úvodem

Po léta jsem svým kolegům z „rozvinutých zemí“ (USA, Austrálie, Kanada, UK a další) záviděla samozřejmou spoluprací se sestrami. Zájem sester o kouření pacientů je tam standardní součástí kvalitní ošetrovatelské péče stejně jako to, že sestry jsou v naprosté většině nekuřáckým příkladem pro své pacienty i sociální okolí, např. v USA jich kouří méně než 7 %.

Proto mne moc potěšila skupina našich sester, v zásadě autorek těchto doporučení, které od roku 2007 pravidelně školí své kolegyně v intervenování u kuřáků v rámci Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku (WWW.SL-ZT.CZ), která má i sesterskou sekci. Bylo jich už několik tisíc, většinou v systému „train the trainers“, tedy s předpokladem, že budou nabyté znalosti předávat na svých pracovištích dalším sestřám. Naše Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN se stalo centrem excelence pro sestry východní Evropy v kontrole tabáku v rámci projektu Mezinárodní společnosti sester v onkologické péči (WWW.ISNCC.ORG) – ve východní Evropě aktivita ojedinělá, mezinárodně oceněná.

V ČR je více než dvakrát tolik sester co lékařů, je tu tedy velký, dosud ne zcela využitý potenciál. Věřím, že tato malá publikace přispěje k tomu, že sestry, které kouří, cigarety odloží, že se všechny budou aktivně zajímat o kouření svých pacientů a tento suverénní postoj podpoří jejich sebevědomí kvalitního profesionála na mezinárodní úrovni.

prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.,
předseda Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku

1. Úvod

Závislost na tabáku je samostatnou nemocí. Týká se u nás více než 2 000 000 pacientů a je příčinou šestiny všech úmrtí. Účinná léčba závislosti na tabáku existuje, není však dostatečně nabízena a dostupná (2, 3, 4, 6, 7, 10). Sestry jsou podle Světové zdravotnické organizace jedním ze čtyř zdravotnických povolání, která by se měla intervenováním u kuřáků systematicky zabývat – těmito základními profesemi jsou lékaři, zubní lékaři, sestry a farmaceuti (14). Roli sester v této léčbě se věnuje stále více publikací a výzkumů (3), včetně ČR (12).

Sestry jsou nejpočetněji zastoupeným povoláním ve zdravotnictví. V ČR je kolem 100 000 sester, bohužel kolem 40 % z nich kouří (v USA jen 7 %) (5, 11). Pokud by každá sestra pomohla každý rok přestat kouřit jen jednomu kuřákovvi, znamenalo by to každoročně o 100 000 kuřáků méně.

Tato doporučení jsou souhrnem současných postupů při péči o aktivní i pasivní kuřáky jakožto standardní součástí kvalitní ošetrovatelské péče.

2. Základní pojmy

2.1. Závislost je nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky. Definice závislosti na tabáku zahrnuje tři základní body (1):

- ➔ Tabák je užíván ve větším množství a déle než bylo plánováno.
- ➔ Tolerance nikotinu, což se projevuje potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku.
- ➔ Po vysazení tabáku se objeví abstinenciční příznaky.

Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění. V Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-10) je samostatnou diagnózou: F17, tedy Poruchy duševní a Poruchy chování způsobené tabákem, F17.2 – Stav závislosti. Zajímavou diagnózou, která může mít velký edukační význam, je diagnóza Z58.7 – Expozice pasivnímu kouření (13).

Nejčastější formou je kouření cigaret. V ČR na nemoci způsobené kouřením umírá ročně 15 500 lidí, což je více než jeden plný autobus denně. Jsou to především nádorová (6900 úmrtí ročně, z toho 4700 na rakovinu plic), kardiovaskulární (5300 úmrtí ročně) a respirační onemocnění (2000 úmrtí ročně), dále pak několik set úmrtí na ostatní nemoci (1300 úmrtí ročně) (9).

Závislost na tabáku zahrnuje psychosociální či psycho-behaviorální složku a u většiny kuřáků i složku fyzickou (závislost na nikotinu) (4).

2.1.1. Psychosociální závislost je potřeba kouřit v určitých situacích, v určité společnosti, za určitých okolností. Je typem naučeného chování. 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 a upevňuje je (rituály). Tato závislost nesouvisí s chemickým složením cigaret.

2.1.2. Závislost na nikotinu bývá u kuřáků kouřících denně, většinou 10 a více cigaret a majících potřebu zapálit si do hodiny po probuzení. Den bez kouření je pro ně problém, po několika hodinách abstinence se objevují

abstinenční příznaky. Závislost na nikotinu je z více než 50 % podmíněna geneticky. Kolem 80 % kuřáků je na nikotinu závislých (4).

Fyzická/drogová závislost vzniká chemickou reakcí v mozku na nikotin-acetylcholinových receptorech. Závislost na nikotinu je principem podobná závislosti na heroinu, kokainu či jiných drogách. Proto je tak obtížné se jí zbavit, nikotin je dokonce návykovější než heroin.

2.2. Kategorie kuřáctví

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

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

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

Nekuřák – nekouří a během života nevykouřil nikdy 100 a více cigaret (14).

2.3. Úspěšná léčba, abstinence

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

2.4. Validizace (ověření) expozice tabákovému kouři

Je možná buď stanovením nikotinu (= metabolit nikotinu) v moči, krvi nebo slinách (průkaz možný nejméně

48 hodin zpět) nebo zjištěním koncentrace CO (oxidu uhelnatého) ve vydechaném vzduchu (průkaz možný 12 hodin zpět). Měření CO ve výdechu je možné jednoduchým monitorem.

2.5. Abstinční tabákový syndrom

Abstinční příznaky jsou souborem fyzických a mentálních změn v důsledku nedostatku nikotinu. Jsou dočasné a po určité době (řádově týdny až měsíce) vymizí (1, 4).

Mezi nejčastější patří:

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

Kompetentní osobou v intervenování u závislých na tabáku je každý klinický pracovník, který se setká s kuřákem.

3. Diagnostika

Závislý na tabáku je každý kuřák, který má problém přestat. Viz kapitola 2.1.

4. Intervence a režimová opatření

Následující doporučení léčby vycházejí z mezinárodních (4) i českých (5) doporučení i z prací týkajících se přímo sesterské profese (2, 7, 8, 10).

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 – tedy jinak, jak změni 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 může zvyšovat 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.

Základní body pro intervenci dle časových možností:

- ➔ Předpokladem úspěchu je pevné rozhodnutí pacienta přestat kouřit.
- ➔ Pomoci pacientovi stanovit si den D (do měsíce).
- ➔ Informovat jej předem o způsobu léčby, doporučit případně 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 přátele, rodinu, kolegy.
- ➔ Zvýšit tělesnou aktivitu.
- ➔ 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.
- ➔ Při selhání využít zkušeností pro další pokus a podpořit v něm.
- ➔ Využít každé příležitosti k pochvalě a povzbuzení pacienta – například „Ke dnešnímu dni jste již nevykouřil/a cigaret“.

5. Farmakologická léčba

Nikotin – náhradní terapie nikotinem (NTN), je u nás možná v podobě nikotinových náplastí, žvýkaček, pastilek, ústního spreje a orodispergovatelného (rozpuštěného) filmu. Existují i jiné formy, je třeba sledovat nabídku.

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 a to i v těhotenství či dětském věku u těch kuřáků, kteří nedokázali přestat bez léků. Všechny formy jsou volně prodejné (bez receptu) v lékárně.

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 – k redukci počtu cigaret (za redukci 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.

Dalšími léky, které jsou ale vázané na recept, je antidepresivum **bupropion** a v současnosti neúčinnější lék **vareniklin**. Oba je možné kombinovat s NTN.

6. Motivace

K odvykání kouření můžeme motivovat například podle pěti bodů „5R“ (4):

1. Relevance (význam pro osobu pacienta)

Intervence je účinnější, když se zohledňuje pacientův věk, vzdělání, současná osobní situace 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. Mluvit o pacientově konkrétní diagnóze a příznacích. 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 kondice, 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 abstinenční 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.

7. Intenzivní léčba – Centra pro závislé na tabáku

Pokud kuřák potřebuje intenzivnější léčbu a podporu, kterou nemůžeme poskytnout, můžeme doporučit některé ze specializovaných pracovišť. Centra pro závislé na tabáku jsou součástí nemocnic či lůžkových zařízení, nejčastěji při pneumologických, interních či kardiologických klinikách.

Pracují zde sestry a lékaři, vyškolení 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. Tato léčba je hrazena ze zdravotního pojištění.

Kontakty jsou na www.slzt.cz. Zde jsou také kontakty na možnosti odvykání kouření v lékárnách a další informace. Další možností podpory by měla být i Národní linka pro odvykání kouření 800 350 000.

8. Shrnutí postupu

Krátkou intervencí (do 10 minut) by měl aplikovat každý zdravotnický pracovník při každém kontaktu s pacientem (návštěva v ambulanci či první kontakt při hospitalizaci). V minimální verzi (několik desítek vteřin) je to alespoň dotaz na kouření, dát kuřákovi jasné doporučení přestat kouřit a nabídka léčby – minimálně leták.

Tabulka 1 Schéma krátké intervence „5P“

1. Ptej se (ASK)	Zda kouří, případně jak dlouho, jaký tabákový výrobek užívá. Nekuřáka pochválit.
2. Porad' (ADVISE)	Jasně doporučení přestat, např.: „Přestat kouřit je to nejdůležitější, co můžete pro své zdraví udělat“.
3. Posud' ochotu přestat (ASSESS WILLINGNESS TO QUIT)	Posilovat motivaci, např. podle schématu „5R“ (kapitola 6, str. 11)
4. Pomoz (ASSIST)	Pomoci pacientovi hledat nekuřácká řešení pro jeho typické kuřácké situace, stanovit den D, případně doporučit náhradní terapii nikotinem či jinou formu léčby
5. Plánuj další postup (ARRANGE CONTROLS)	Kontrolní návštěva, leták, doporučení Národní linky pro odvykání kouření 800 350 000 nebo některé z Center pro závislé na tabáku či jinam, viz www.slzt.cz

Tato intervence je doporučením založeným na důkazech, plně osvědčeným. Důležitá je jednoduchost a rozhodnost, s jakou je doporučení formulováno. Schéma krátké intervence je v tabulce 1.

Kontroly

Při dalších kontrolách se aktivně ptáme pacienta na abstinční příznaky (viz 2.5.). Pro jejich potlačení většinou pomůže zvýšení dávky NTN – jedná se o abstinční příznaky právě z nedostatku nikotinu.

Relaps

Závislost na tabáku je chronické, relabující onemocnění a relaps by pacienty neměl odradit – naopak, měli bychom jej podpořit v dalším pokusu přestat. Co fungovalo? Proč se ke kouření vrátil? Jak překoná kritickou situaci bez cigarety? Také motivace podle „5R“, viz kapitola 6.

9. Dokumentace pacienta

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

Příklad záznamu o užívání tabáku v dokumentaci pacienta

- Kouření: ne
 během života vykouřil 100 a více cigaret,
ale nyní nekouří _____dnů/měsíců/let
 kouří: _____ denně/týdně.
- Kuřák: krátká intervence, leták
 intenzivní intervence
 doporučen do Centra pro závislé na tabáku
/jinam: _____

10. Sesterská sekce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku, mezinárodní spolupráce

Sesterská sekce SLZT spolupracuje od roku 2012 s Mezinárodní společností sester v onkologické péči, International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC), www.isncc.org.

Prostřednictvím projektu ISNCC podpořeného nadací Bristol-Myers Squibb se sesterská sekce zapojila již do dvou různých projektů zaměřených na edukaci sester v problematice závislosti na tabáku, léčby a nutnosti intervence u kuřáků.

Poslední aktivitou v rámci této spolupráce je projekt ustavení Centra excelence ve vzdělávání sester v intervencích u kuřáků pro země východní Evropy (ČR, Maďarsko, Moldávie, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko). To zahrnuje

celodenní vzdělávací workshopy a online e-learningové edukační moduly ve výše zmíněných zemích.

11. Mezinárodní aktivity sester v kontrole tabáku

Sestry, největší skupina profesionální zdravotní péče na světě v počtu 13 milionů, 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.

Cíle:

- ➔ zvýšit počet sester, které 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)
- ➔ 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 a v podpoře projektu „nekuřácké nemocnice“ – viz www.slzt.cz

12. Závěr

Sestry by měly být vzorem v kontrole tabáku – samy nekouřit, být aktivní v podpoře nekuřáckého prostředí i v intervenování u závislých na tabáku – při každém klinickém kontaktu s pacientem alespoň aplikovat adekvátním způsobem krátkou intervenci (tabulka 1).

13. Webové stránky

- ➔ Společnost pro léčbu závislosti na tabáku **www.slzt.cz** (kontakty na více než 40 center pro závislé na tabáku, cca 150 lékáren poskytujících poradenství, národní telefonní linku pro odvykání kouření či mobilní aplikaci Quitnow! a další informace včetně sesterské sekce)
- ➔ Mezinárodní společnost sester v onkologické péči, International Society of Nurses in Cancer Care **www.isncc.org**
- ➔ Tobacco-Free Nurses **www.tobaccofreenurses.org**
- ➔ Somoke-Free Nurses New Zealand **www.smokefree-nurses.org.nz**
- ➔ Tobacco Control Nurses International v rámci Global Bridges **www.globalbridges.org** (www.globalbridges.org/Community/Nurses-TCNI)

14. Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: APA 2013, <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>
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. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;5: CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2. Review. PubMed PMID: 23728690.
4. Fiore, M.C. et al.: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice guideline 2008 Update. US Department of Health Human Services, Public Health Service
5. Králíková, E., Češka, R., Pánková, A., Štěpánková, L., Zvolská, K., Felbrová, V., Kulovaná, S., Zvolský, M.: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, *Vnitř Lék* 2015; 61(5, Suppl 1): 1S4–1S15
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. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). Brief Interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Available at: <http://www.nice.org.uk/PH1>
9. Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M.: Mortality from smoking in developed countries 1950-2005 (or later), update March 2012, Oxford University Press, <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>
10. Sarna, L., Bialous, S.A.: Strategic directions for nursing research in tobacco dependence, *Nursing Research*, 55, 2006, suppl. 4, S1-S9

11. Sarna, L., Bialous, S.A., Nandy, K., Antonio, A.L., Yang, Q.: Changes in smoking prevalences among health care professionals from 2003 to 2010-2011. *JAMA*. 2014 Jan 8;311(2):197-9.
12. Sarna, L., Bialous, S.A., Kralikova, E., Kmetova, A., Felbrova, V., Kulovana, S., Mala, K., Roubickova, E., Wells, M.J.: Impact of a smoking cessation educational program on nurses' interventions, *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 2014, 5, 314-321
13. World Health Organization: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*, WHO, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1992
14. World Health Organization: *MPOWER*, WHO, Geneva, Switzerland, 2008
15. World Health Organization, *Tobacco Free Initiative: WHO code of practice on tobacco control for health professional organizations*, 2004, available at: http://www.who.int/tobacco/control/health_professionals/en/index2.html

Příloha

Etický kodex kontroly tabáku pro zdravotnické profesní organizace. Tento kodex podpořila i Česká asociace sester dne 26. 8. 2009.

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 od 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 Rámcové úmluvy o kontrole tabáku.
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

K tomuto kodexu se přihlásila i Česká asociace sester.

