



## *Jak překonat tabákovou epidemii*

**Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči**  
IPCRG (International Primary Care Respiratory Group)

OBSAH:

1. Úvod	2
2. Vytvoření praxe podporující odvykání kouření	6
3. Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory	9
4. Podpora pokusu přestat kouřit: Motivační přístup	10
5. Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření	17
6. Alternativní přístupy k odvykání kouření	20
7. Poradenství k odvykání kouření pro specifické skupiny	21
8. Přílohy	
• Seznam přispěvatelů	23
• Zdravotní přínosy zanechání kouření	24
• Abstinenční nikotinový syndrom	25
• Seznam národních doporučení	26
• Detaily preskripce pro NTN	27
• Základ pyramidy reality	28
• Model iniciace kouření a odvykacích cyklů	30
• Motivační tenze	31
• Koncentrace nikotinu v plazmě po jednorázovém podání dávky	32
9. Literatura	33

# Jak překonat tabákovou epidemii

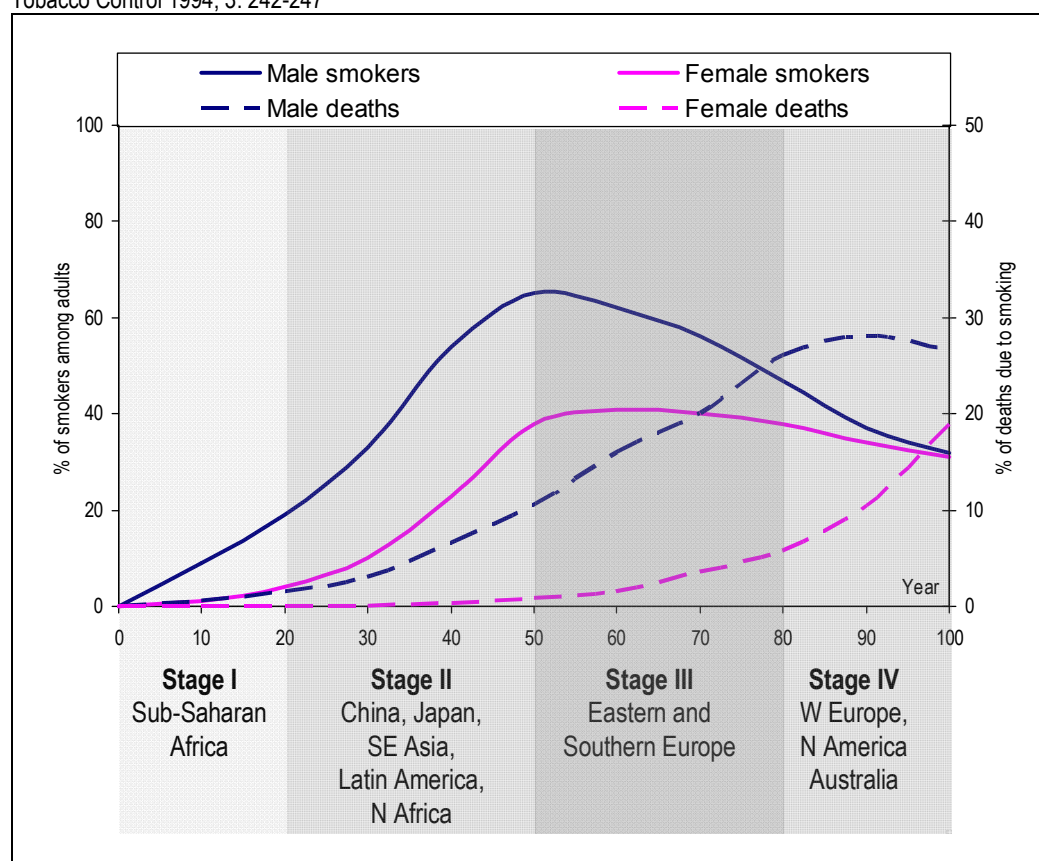
Cigarety zabíjejí polovinu svých celoživotních uživatelů. <sup>1,2</sup>

Různé země se nacházejí v různém stadiu tabákové epidemie, s třiceti až čtyřicetiletým časovým odstupem mezi vrcholem prevalence kouření a následným vrcholem počtu úmrtí, které jsou způsobeny užíváním tabáku. <sup>1</sup>

Celosvětově zemře v tomto roce přibližně 5 milionů lidí na nemoci způsobené užíváním tabáku. Předpokládá se, že do roku 2030 se tento počet zdvojnásobí. <sup>3</sup>

## Epidemie kouření:

Adaptováno dle Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control 1994; 3: 242-247



Přibližně 1 bilion lidí ve světě kouří. Přes tři čtvrtiny z nich žije v zemích s nízkými či nižšími středními příjmy (dle HDP) <sup>4</sup>, ve kterých počty kuřáků stále rychle stoupají. Dokonce i v Evropských zemích je prevalence kouření vyšší v nižších socioekonomických skupinách obyvatel, což přispívá k nerovnosti v oblasti zdravotním stavu. <sup>5,6</sup>

Prevalence kouření klesá v posledních dvou desetiletích v zemích s vysokými příjmy, avšak v zemích s nízkými či nižšími středními příjmy prevalence dosud stoupá. <sup>4</sup> Navíc lidé ze

zemí s nízkými příjmy jsou si méně vědomi rizik spojených s kouřením, stejně jako zásadního přínosu pro zdraví, pokud kouřit přestanou.<sup>4</sup>

Zdravotničtí pracovníci stojí v čele aktivit proti kouření. Tato doporučení IPCRG pro odvykání kouření, která jsou založena na expertízách z mnoha zemí, (viz [seznam přispěvatelů](#)), jsou zaměřena na poskytnutí praktických rad pro lékaře primární péče, pracujících v zemích s různými stádii tabákové epidemie.

## Přínosy zanechání kouření

Zanechání kouření vede k výrazným pozitivním účinkům na zdraví. Některé z nich (jako pokles hladiny CO-oxidu uhelnatého) se objevují již během několika hodin od poslední cigarety.<sup>7</sup> Další zlepšení zdravotního stavu (zlepšení chuti, zmírnění kašle a kýčání) nastávají v průběhu několika měsíců a postupná redukce rizika kardiovaskulárních a onkologických onemocnění pokračuje v průběhu dalších let. (viz [Zdravotní přínosy zanechání kouření](#)). Preventivní přístupy mezi mládeží mohou zabránit onemocněním za 30-50 let v budoucnosti, zatímco zanechání kouření mezi v současnosti dospělými kuřáky přináší pozitivní důsledky pro zdraví populace rychleji- během 20-30 let.<sup>8</sup>

## Role vládní politiky

Mnoho vlád institucionalizovalo změny v kontrole tabáku, které pomáhají vytvořit podporující prostředí pro kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit. Efektivní politika zahrnuje zákaz reklamy na tabákové výrobky a sponzorování tabákovými firmami, pravidelný růst cen tabákových výrobků, důraznější zdravotní varování, zákaz kouření na všech veřejných prostorech (pracoviště, restaurace, bary)<sup>9</sup> Podpora politiky prosazující nekuřácké prostory typicky vzrůstá mezi kuřáky i nekuřáky, jakmile jsou jednou tato opatření zavedena.<sup>9</sup>

Všichni zdravotničtí pracovníci, kteří chtějí vyjádřit podporu hnutí pro populační opatření zaměřená na kontrolu tabáku, se mohou seznámit s doporučeními Action on Smoking and Health (ASH) na [www.newash.org.uk](http://www.newash.org.uk)

## Mnoho pacientů si přeje přestat kouřit

Téměř tři čtvrtiny kuřáků deklarují zájem přestat kouřit, pokud jsou dotazováni v průběhu studií a průzkumů.<sup>10,11</sup> Neasistované pokusy jsou časté, ale jejich úspěšnost je nízká. Nikotin je vysoce návyková látka, kouření je chronické onemocnění s tendencí k relapsům- v obecné populaci kuřáků zkoušejících přestat kouřit je množství relapsů vysoké. Přirozené množství kuřáků, kterým se povede přestat kouřit, měřené v průběhu dlouhého období je i v zemi, kde je kontrola tabákové politiky dobře etablována, nižší než 2%.<sup>12</sup>

## Jak může zasáhnout lékař v primární péči

Přínejmenším mohou zdravotníci v primární péči přispět k vytvoření „nekuřácké praxe“ (link na sekci 2: [Vytvoření nekuřácké praxe](#)), ve které je kouření zakázáno a v čekárně je k dispozici literatura podporující odvykání kouření (letáky, brožurky, čísla Linky pro odvykání kouření).

Na úrovni konkrétních pacientů mohou zdravotníci ovlivnit počet kuřáků ve své zemi systematickým prováděním základní intervence s doporučením přestat kouřit a nabízením podpory všem pacientům, kteří kouří. (link na sekci 2: [Vytvoření nekuřácké praxe](#) 3: [Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory](#) a 4: [Podpora pokusu přestat kouřit: Motivační přístup](#)) Krátká intervence k odvykání kouření v primární péči je efektivní, s doloženou úspěšností mezi 2 a 3%.<sup>13</sup> Farmakologický přístup k odvykání kouření zvyšuje úspěšnost pokusu přestat kouřit ve srovnání s krátkou intervencí a behaviorální podporou. Ve všechny licencované produkty jsou však dostupné ve všech zemích. (link na sekci 5, [Farmakoterapie pomáhající pro odvykání kouření](#)) Kombinace krátké intervence s užitím farmakoterapie, proaktivním sledováním a kontaktem na Linku pro odvykání kouření může vyústit až v 20% úspěšnost pokusu přestat kouřit.<sup>14,15</sup>

Většina kuřáků navštíví svého praktického lékaře alespoň jedenkrát do roka,<sup>16</sup> což poskytuje praktickému lékaři příležitost přínejmenším pro krátkou intervenci. Mnozí označují praktické či rodinné lékaře za klíčový zdroj informací a vlivu na odvykání kouření.<sup>17,18</sup> Navzdory tomu, že odborníci se často obávají možného negativního vlivu na kontakt s pacientem, pacientova spokojenost je všeobecně vyšší, pokud se konzultace týká i kouření.<sup>19,20</sup>

Zdravotní sestry a odborníci na zdravý životní styl hrají taktéž roli v poskytování efektivních intervencí pro odvykání kouření a mohou být důležitými spolupracovníky lékařů primární péče v iniciativách podporujících odvykání kouření.<sup>21</sup>

Nedostatek času může být reálnou překážkou v primární péči. Ačkoli úspěšnost při odvykání kouření je významně vyšší s intenzivní intervencí, výsledky dosažené pomocí krátké, několikaminutové intervence jsou znatelné. (link na sekci 2: [Vytvoření nekuřácké praxe](#)) Přemýšlejte o možnosti jednodominutové strategie, která může být použita u všech pacientů, kteří kouří.<sup>22</sup>

## Bariéry odvykání kouření

**Přestat kouřit je obtížné a existuje mnoho bariér, které brání pacientům přestat kouřit:**

- Nikotin je vysoce návyková látka<sup>23</sup> Výrazné abstinční příznaky se objevují minimálně u poloviny kuřáků, kteří se snaží přestat kouřit.<sup>24</sup> (Link na [abstinční příznaky](#) a strategie jejich zvládnání)
- Pro kuřáky je obtížné si představit život bez cigaret
- Někteří kuřáci jsou přesvědčeni, že by měli být schopni přestat bez pomoci
- Dlouhodobý úspěch při odvykání kouření může vyžadovat větší počet pokusů přestat kouřit a relapsy mohou pacienta odradit od dalšího úsilí

- Někteří kuřáci si nejsou plně vědomi všech zdravotních rizik spojených s kouřením či je odmítají akceptovat
- Někteří kuřáci mají omezený repertoár strategií ke zvládnutí negativních emocí<sup>25</sup>
- Někteří kuřáci mají mylný názor, že přestat kouřit je jednoduché a proto se tímto problémem není třeba zabývat nyní<sup>26</sup>

**Navíc množství bariér může bránit lékařům primární péče hledat a využívat možnosti k poskytnutí rady, jak přestat kouřit. Může to být například:**

- Přesvědčení, že krátká intervence je neefektivní a pouze s malou pravděpodobností přinese výsledek
- Obava z uvedení pacienta do rozpaků otázkami týkajícími se kouření
- Obava z poškození vztahu lékař- pacient.
- Předpokládáný nedostatek motivace přestat kouřit mezi pacienty
- Nedostatek času
- Nedostatek výcviku, dovedností a zdrojů informací,<sup>28,29</sup> jehož výsledkem je užívání neefektivních strategií a nevyužívání strategií efektivních.<sup>30, 31, 32</sup>

## **Praktická doporučení IPCRG pro odvykání kouření**

Následující kapitoly poskytují lékařům primární péče praktický návod pro podporu odvykání kouření v jejich praxi.

1. Vytvoření praxe podporující odvykání kouření
2. Linky pro odvykání kouření a jiné zdroje podpory
3. Podpora pokusů přestat kouřit: Motivační přístup
4. Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření
5. Alternativní přístupy k odvykání kouření
6. Poradenství v odvykání kouření pro specifické skupiny

Tato doporučení byla vyvinuta na základě expertíz z mnoha zemí (viz [seznam účastníků](#)) a na základě konzultací se všemi členskými zeměmi IPCRG. (viz [Seznam členských zemí IPCRG](#)). Mnoho z těchto zemí má vlastní poradenství pro odvykání kouření dostupné v různých jazycích, včetně doporučení plně založených na důkazech (evidence-based guidelines). (viz [Seznam národních doporučení](#))

## Vytvoření praxe podporující odvykání kouření

Většina kuřáků navštíví svého praktického lékaře alespoň jedenkrát do roka. Ačkoli existuje velmi dobrá evidence, že doporučení přestat kouřit od praktického lékaře (GP) je efektivní, existuje mnoho překážek, bránících jejich zavedení do běžné praxe.<sup>27, 31, 33, 34</sup>

Jednou z těchto překážek je nedostatek času či alespoň pocit, že nedostatek času zabraňuje praktickému lékaři provádět efektivní poradenství. Krátká intervence se ale ukázala být efektivní v napomáhání kuřákům rozhodnout se pro pokus přestat kouřit. Mnoho kuřáků může podniknout pokus přestat kouřit na doporučení praktického lékaře, s referovanou 3% úspěšností odvykání na dobu alespoň šesti měsíců.<sup>13</sup>

Intenzivnější intervence (behaviorální podpora poskytovaná v sezeních delších než 30 minut či podpora v sezeních kratších než 30 minut s následnými kontrolami a farmakologickou podporou) resultuje v 19% úspěšnost při odvykání kouření.<sup>35</sup>

## Úrovně intervence

Pyramida představuje sérii následných kroků, které praktičtí lékaři mohou přijmout. (36) (Link na [Základnu pyramidy péče](#)) Základna pyramidy představuje intervenci, která nevyžaduje od praktického lékaře žádný čas pro intervenci. Pro velmi vytížené lékaře představuje způsob, jak nezvyšovat tlak na limitovaný čas konzultace.

Posunem do dalšího patra pyramidy se intenzita intervence zvyšuje. Je možností pro ty lékaře, kteří mají pro konzultaci k dispozici delší čas. Kliknutí na patra pyramidy odhalí na důkazech založené (evidence-based) aktivity, které mohou být zavedeny do praxe v závislosti na množství dostupného času.

## Úrovně intervence:

Adaptováno dle: Litt J, et al. Asia Pacific Fam Med. 2003; 2: 175-9

Klikněte na jednotlivá patra pro shrnutí doporučených aktivit.

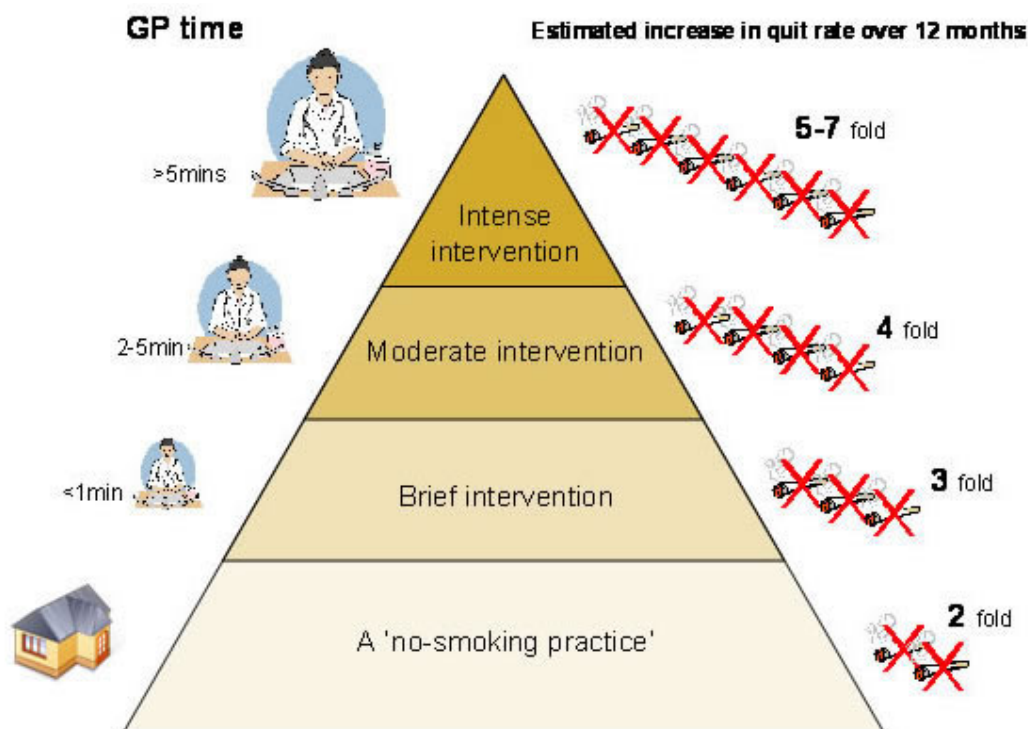
Komentář k pyramidě intervencí: Dosažené zvýšení počtu kuřáků, kteří přestali kouřit a nekouří po 12-ti měsících:

Nekuřácká praxe: 2x

Krátká intervence: 3x

Střední intervence: 4x

Intenzivní intervence: 5-7x



## Méně může znamenat více!

Pokud většina praktických lékařů zaznamenává kuřácký status do dokumentace, poskytuje kontakt na Linku pro odvykání kouření a vydává letáky s informacemi, jak přestat kouřit, dopad těchto aktivit bude větší než dopad několika praktických lékařů poskytujících intenzivní intervenci. Klíčem k úspěchu na všech úrovních je adekvátní trénink praktických lékařů a jejich týmů.<sup>37</sup>

### Nekuřácká praxe

- Vyvěste nekuřácké plakáty (Link na IPCRG „Toto je plakát nekuřácké praxe“)

- Zaveďte zákaz kouření ve všech prostorách. V některých zemích je počet kuřáků mezi lékaři vyšší než 60%, což odráží prevalenci v ostatní populaci.<sup>38</sup>
- Rutinně identifikujte a zapisujte kuřácký status pacienta
- Nabízejte svépomocné materiály, letáky a čísla na Linku pro odvykání kouření v prostorách čekárny (Link na sekci 3: [Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory](#))

### **Krátká intervence: Oportunní doporučení za méně než jednu minutu**

- Zeptejte se kuřáka či bývalého kuřáka na kouření alespoň jedenkrát ročně: Všichni členové týmu by měli zjišťovat kuřácký status při každé příležitosti
- Posuďte ochotu přestat kouřit, (link na sekci 4: [Podpora pokusu přestat kouřit: Motivační přístup](#)) poskytněte svépomocné materiály, odkažte na dostupné služby pro odvykání kouření (link na sekci 3: [Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory](#))

### **Střední intervence trvající 2-5 minut**

- Zeptejte se kuřáka či bývalého kuřáka na kouření alespoň jedenkrát ročně: Všichni členové týmu by měli zjišťovat kuřácký status při každé příležitosti
- Posuďte ochotu přestat kouřit a překážky pro zanechání kouření (link na sekci 4: [Podpora pokusu přestat kouřit: Motivační přístup](#))
- Návrh strategií k překonání bariér odvykání, poskytnutí svépomocných materiálů, dohodnutí dne D (link na: [IPCRG pomoc při odvykání kouření](#))
- Pomozte ve výběru vhodné farmakoterapie (link na sekci 5: [Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření](#))
- Plánujte kontrolní návštěvy (nebo odkažte na odpovídající službu) (Link na sekci 2: [Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory](#))

### **Intenzivní intervence (Pokud máte k dispozici více než 5 minut)**

- Zeptejte se kuřáka či bývalého kuřáka na kouření alespoň jedenkrát ročně: Všichni členové týmu by měli zjišťovat kuřácký status při každé příležitosti
- Posuďte ochotu přestat kouřit a překážky pro zanechání kouření. Prodiskutujte situace s vysokým stupněm rizika pro relaps a posuďte důvěru kuřáka v úspěch odvykání (link na sekci 4: [Podpora pokusu přestat kouřit: Motivační přístup](#))
- Navrhňte strategie k překonání bariér odvykání. Zaměřte se na otázku závislosti, návyků, spouštěčů nežádoucího chování, na negativní emoce. Hledejte spolu s pacientem řešení a vytvořte plán odvykání. (link na: [IPCRG pomoc při odvykání kouření](#))
- Pomozte při výběru vhodné farmakoterapie (link na sekci 5: [Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření](#))
- Plánujte kontrolní návštěvy (nebo odkažte na odpovídající službu) (link na sekci 2: [Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory](#))



## Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory

Telefonní poradenské služby, známé v mnoha zemích jako Linky pro odvykání kouření, jsou efektivní, prokazatelně účinnou strategií k podpoře odvykání kouření v široké populaci.<sup>39</sup> Linky mohou poskytnout kuřákovi přímou pomoc a asistenci při hledání nejvhodnější cesty pro odvykání kouření, ať již formou jediného rozhovoru či systematického programu s proaktivním poradenstvím.<sup>39</sup>

Linka pro odvykání kouření je dostupná v Severní Americe od roku 1980. V roce 1998 byla zřízena první linka pro odvykání kouření v EU ve Velké Británii. Nyní jsou linky pro odvykání kouření ve 24 evropských státech. Provozní a technické detaily o těchto linkách v Evropě, Severní Americe a Kanadě je možno nalézt na [http://www.naquitline.org/pdfs/NAQC\\_Quitline\\_06\\_by\\_pg.pdf](http://www.naquitline.org/pdfs/NAQC_Quitline_06_by_pg.pdf). Informace o australské lince je dostupná na [www.quitnow.info.au](http://www.quitnow.info.au).

Poznámka překladatele:

Číslo na Linku pro odvykání kouření v ČR je **855 600 500**, funguje za místní hovorné z celé republiky v každý pracovní den od 12 do 20:00 hodin.

Telefonní linky pro odvykání kouření se ukázaly být užitečným doplňkem (počet hovorů potřebných k léčbě = 4) k poradenství a podpoře poskytované v primární péči<sup>40, 41</sup>. Poradenství může být nabízeno reaktivně pro pacienty telefonující na linku, ale telefonní linky poskytující proaktivní či zpětné rozhovory se ukázaly být efektivnější.<sup>39, 42</sup> Existují doklady o tom, že již samotná dostupnost linky pro odvykání kouření může přispívat k odvykání v rámci populace. Studie srovnávající počty pacientů přestávajících kouřit v komunitě s linkou pro odvykání kouření a ve stejné komunitě bez takovéto linky našly větší množství těch, kdo přestávají kouřit, v komunitě s linkou.<sup>41</sup>

Tato data předpokládají, že zdravotníci v primární péči budou nejen odkazovat své pacienty na Linku pro odvykání kouření, ale také se snažit o zřízení linky v těch zemích, kde tato služba není dosud dostupná.

## Podpora pokusů přestat kouřit: Motivační přístup

Zdravotníci v primární péči mohou pomoci podpořit kuřáka před pokusem přestat kouřit, v průběhu pokusu, po úspěšném pokusu i během eventuálního relapsu.<sup>43, 44</sup> Porozumění různým stadiím, kterými lidé procházejí ještě před změnou chování, pomáhá zeptat se ve správný čas na správné otázky, ač je důležité pochopit, že všichni neprocházejí všemi stadii postupně. Kromě toho- chování lidí, zvláště pokud je ovlivněné závislostí, je velmi těžké předpovídat.

Stadia tzv. cyklu změny (precontemplation- předzáměrné stadium, contemplation- záměr, determination- příprava, action- akce, relapse and maintenance- relapsy a udržení abstinence) mohou být reflektována v průběhu procesu rozvažování a následného odvykání nebo naopak během relapsů a opětného kouření.<sup>45</sup> Mnoho z kuřáků, kteří krátkodobě uspějí a přestanou kouřit, opakovaně začne kouřit – podpora v tomto stadiu může být klíčová a může přesvědčit kuřáka v relapsu, aby opět zkusil přestat kouřit.

Model může pomoci klinikům pracovat s pacientem v průběhu času a podporovat ho. Cílem tedy není dosáhnout abstinence tady a teď, ale přiblížit pacienta pokusu přestat kouřit. Někteří kuřáci se mezi stadii pohybují rychle, u jiných může tento proces trvat roky. Proces je dynamický a zdravotnický tým musí být vždy pozitivní a nabízet pomoc.<sup>46</sup>

### Využívání cyklů změny

1. Zeptejte se pacienta, zda kouří. Pokud ano, zda zvažuje odvykání.
2. Jeho odpověď Vám pomůže zařadit pacienta dle stadia motivace.
3. Klikněte na odpovídající stupeň pro informace, jak můžete odpovídat a dosáhnout cíle – posunout pacienta směrem k pokusu přestat kouřit.

#### Cyklus změny:

Dle Prochaska JO, DiClemente CC. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5

Vysvětlivky k následujícím obrázkům:

Precontemplation- stadium předzáměrné

Contemplation – stadium změny

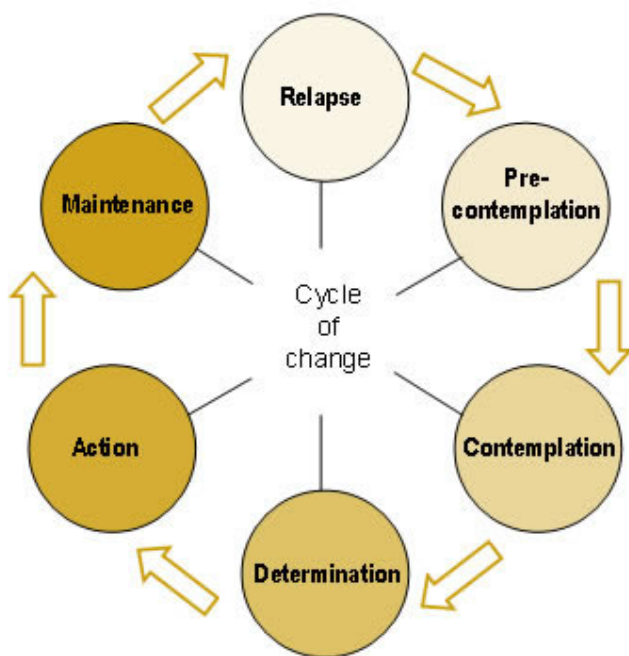
Determination – stadium přípravy

Aktion - akce

Maintenance – udržení abstinence

Relapse – event. relaps

Ačkoli model ilustruje 6 rozeznatelných stadií behaviorální změny jako cyklus, nemusí to znamenat, že kuřák bude postupně sledovat všechna stadia. Kuřák se může pohybovat dopředu, dozadu i napříč cyklem mnohokrát, než definitivně přestane kouřit.

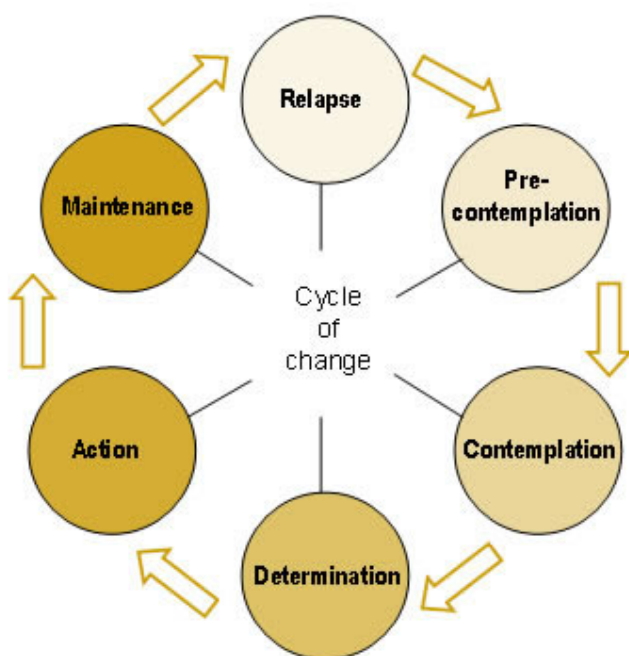


### Pre-contemplation:

**Stadium předzáměrné:** Kuřák v tomto stadiu ještě neuvažuje o možnosti přestat kouřit.

**Cíl:** Upozornit kuřáka na to, jak je pro něj a jeho zdraví důležité přestat kouřit a nabídnou mu pomoc, pokud bude chtít přestat kouřit.

**Reakce:** Buďte pozitivním partnerem v dialogu a získejte souhlas pacienta ptát se více na jeho návyky. Zjistěte míru závislosti na nikotinu, ptejte se na předchozí pokusy a zdůrazněte zdravotní přínosy odvykání kouření.

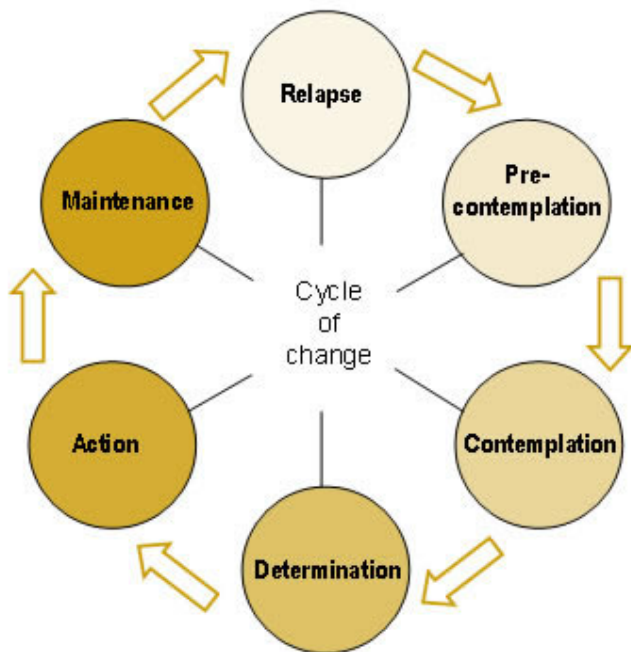


### Contemplation

**Stadium záměru:** Kuřák je v tomto stadiu velmi ambivalentní vůči odvykání. Chce přestat kouřit, ale současně má mnoho omluv pro odsouvání pokusu.

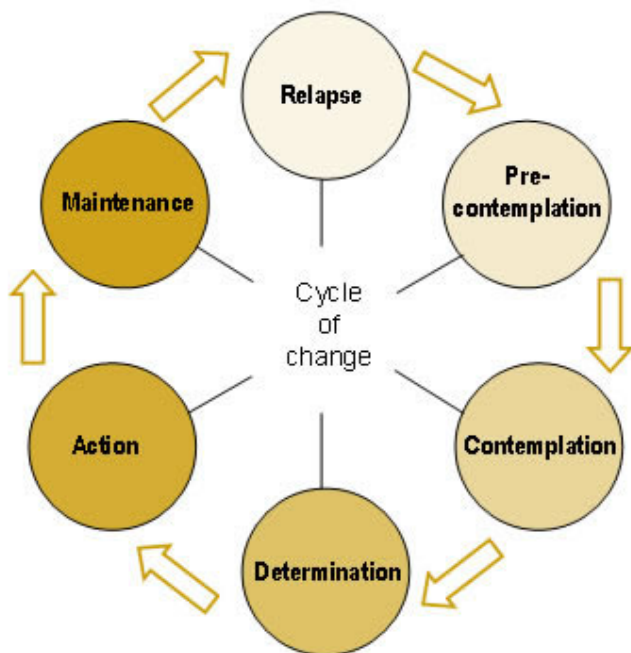
**Cíl:** Poskytnout podporu pro pokus přestat kouřit

**Reakce:** Buďte podporující a entuziastičtí! Věnujte čas plánování pokusu. Domluvte konkrétní datum. Hovořte o možnostech lékařské podpory včetně farmakoterapie a následných kontrol. Prodiskutujte problémy, které mohou být způsobeny abstinencí, včetně abstinčních příznaků. Plán odvykání může také zahrnovat „plán B“ pro případ relapsu.



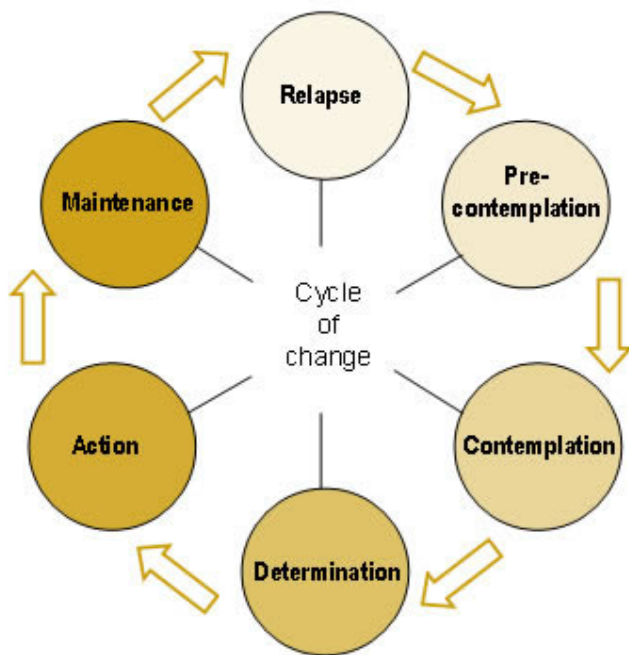
**Determination:**

**Příprava:** Kuřák v tomto stadiu je připraven zkusit přestat kouřit  
**Cíl:** Poskytnout podporu při pokus přestat kouřit  
**Reakce:** Buďte podporující a entuziaštičtí! Věnujte čas plánování pokusu. Dohodněte den D. Diskutujte o možnostech farmakoterapie a další podpory včetně dalšího sledování. Hovořte o možných problémech a abstinencech příznacích při odvykání kouření. Odvykací plán by měl také zahrnovat „plán B“ při eventuálním relapsu a další sledování celým týmem.



**Action:**

**Akce:** Pokus přestat kouřit probíhá  
**Cíl:** Sledovat sestavený plán a pokusit se být dostupný pro případ, že by se pacient cítil být blízko relapsu.  
**Reakce:** Poblahopřejte pacientovi, pokud uspěl. Souhlase, aby mohl přijít na kontrolu i v případě relapsu, pomozte mu najít omyly a přivést ho zpět k „Akci“, co nejdříve je to možné- mnoho kuřáků chce obnovit pokus ihned.

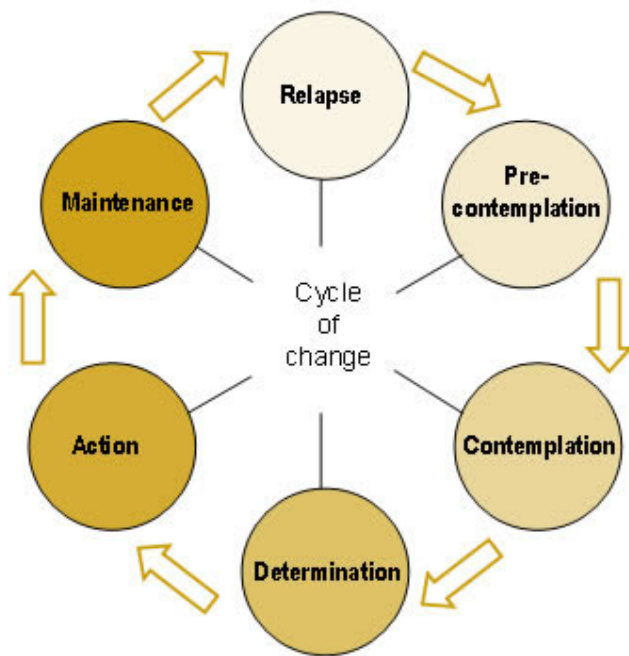


### Maintenance:

#### Udržení abstinence

**Cíl:** Udržet pacienta bez kouření

**Reakce:** Trvá nějaký čas, než se kuřák stane „bývalým kuřákem“. Může být potřeba opakovaná podpora. Vždy buďte pozitivní a zdůrazňujte pozitivní zdravotní efekty, které již dosáhl nekuřením.



### Relapse:

**Cíl:** Podporujte kuřáka a pomozte mu poučit se z proběhlého pokusu

**Odpověď:** Pokračujte v diskuzi, jak se posunout dále. Vysvětlete, že relaps je častý a většina kuřáků potřebuje vícero pokusů, než definitivně přestane kouřit. Nejste zase zpátky na startu! Zkusil jste, že můžete přestat kouřit alespoň na malou chvíli. Můžete se poučit z omylů, které se staly, a vzít je v úvahu při dalším pokusu.

## Obecné principy, které mohou pomoci podpořit kuřáka

Motivující, nehodnotící přístup během konzultace spíše pomůže angažovat pacienta než hodnotící, direktivní styl.<sup>47, 48, 49</sup> Hrát roli zajímavějšího se partnera, který se ptá a hledá pacientovy osobní důvody k odvykání, je opravdu pomocí. Motivační rozhovory užívají empatii spíše než konfrontaci a uznávají, že pacient, nikoli jeho lékař, je odpovědný za změnu chování.

Zde jsou 4 základní principy:

1. nahlížejte na chování jednotlivce jako na věc jeho osobní volby
2. nechte pacienta rozhodnout, o jak velký problém se jedná
3. vyhněte se hádkám a konfrontaci
4. Povzbuzujte pacienta k diskuzi o výhodách a nevýhodách provedení pokusu přestat kouřit<sup>50</sup>. (Link na [Motivační tenze](#))

## 5A = 5P

Přístup nazvaný 5A (v češtině 5P) je popisován v literatuře jako úspěšný mechanismus pro provádění kuřáka skrze pokus a po pokusu přestat kouřit.<sup>8, 35, 49</sup> Je komplementární k „Cyklu změny“. Otázka spojená s každým A (P) pomáhá klinikovi v práci na jednotlivých fázích procesu behaviorální změny.

**ASK** neboli Ptejte se na kuřácký status k zahájení diskuze o odvykání kouření

Zde jsou některé otázky, které mohou pomoci otevřít diskuzi o kouření:

- Jaký máte pocit z toho, že kouříte?
- Uvažujete, že byste přestal kouřit? Co považujete za nejtěžší na odvykání kouření?
- Jste připraven přestat kouřit nyní?
- Už jste v minulosti zkoušel přestat kouřit?
- Co vám pomohlo v předchozích pokusech?
- Co vedlo k relapsu?
- Jaké cesty dle vás vedou k úspěchu v odvykání kouření?

**ASSESS** – Posuďte ochotu přestat kouřit. Jak motivovaný je kuřák vůči pokusu přestat kouřit a jak silná je jeho závislost.

Zde jsou některé otázky, které mohou pomoci posoudit motivaci:

- Jaké jsou pozitivní stránky kouření?
- Jaká jsou negativa kouření?
- Čeho se obáváte vzhledem k odvykání?
- Na stupnici 1-10, jak vám záleží na tom, abyste přestal kouřit?
- Co by se muselo stát, abyste na této stupnici dosáhl 9-10?

- Při vysokém skóre: Co způsobilo zvýšení motivace ze 2 na 9?
- Jak je pro vás důležité přestat kouřit právě teď?
- Proč chcete přestat kouřit, jaké jsou vaše důvody?

Zde jsou některé otázky, které mohou pomoci posoudit důvěru ve vlastní schopnost přestat kouřit:

- Na stupnici od 1 do 10, nakolik věříte ve svou schopnost přestat kouřit?
- Pokud svoji důvěru kuřák ohodnotí nízko, např. 2 nebo 3, ptejte se, co by zvýšilo jeho sebedůvěru na stupň 9 či 10
- Je také užitečné zhodnotit bariéry pro odvykání:
- Co je dle vašeho názoru na odvykání nejtěžší?
- Co vám brání přestat kouřit?
- V jakých situacích nejpravděpodobněji kouříte?
- Ptejte se na předchozí pokusy: Co způsobilo, že jste opět začal kouřit?

Tyto otázky pomohou zjistit míru závislosti na nikotinu a tím pomohou doporučit vhodnou terapeutickou podporu:

- Jak dlouho po probuzení si zapalujete cigaretu?
- Kolik cigaret denně kouříte?
- Měl jste některé abstinenční příznaky při předchozích pokusech?
- Jak dlouhou dobu jste nejdéle dokázal nekouřit?
- (Kouření do 60 minut po probuzení či kouření více než 15 cigaret denně jsou silnými markery závislosti)

**ADVISE** = poradťe vhodné strategie zvládání k podpoře pokusu přestat kouřit

Použijte následující doporučení a rady k podpoře kuřáka, který chce přestat kouřit:

- Doporučit úplnou abstinenci je zcela zásadní.
- Upozorněte, že pití alkoholu je velmi silně spojeno s relapsem kouření.
- Poradťe svému pacientovi, aby informoval své přátele a rodinu o plánu přestat kouřit a požádal je o podporu. Zvažte napsání „kontraktu“ s určením dne D a uschovejte jej
- Doporučte odstranění cigaret z domova, auta i pracoviště
- Abstinenční příznaky se objevují především v prvních dvou týdnech a zřídka po 4-7 týdnech, relaps po této době je obvykle spojen s rizikovými podněty nebo stresovými emočními událostmi. Podejte praktickou radu ohledně zvládání abstinenčních příznaků. (Link na [Abstinenční nikotinový syndrom](#))
- Upozorněte pacienta na přínosy odvykání- především na ty, které se objevují ihned či brzy poté, co přestane kouřit: Za 8 hodin klesá hladina oxidu uhelnatého, chuť a čich se začínají zlepšovat po dvou dnech nekouření, po čtyřech týdnech se zotavují řasinky v respiračním traktu. (link na [Zdravotní přínosy zanechání kouření](#))

**ASSIST** = pomozte kuřákovi při pokusu přestat kouřit:

Pokud se pacient rozhodl přestat kouřit, zdravotník mu může pomoci následujícími cestami:

- Poskytnout asistenci při vytvoření plánu odvykání
- Pomoci pacientovi určit den D
- Poskytnout svépomocné materiály
- Zjistit potenciální bariéry a obtíže předpokládané pacientem
- Zhodnoťte potřebu farmakoterapie a doporučte její užívání u pacientů závislých na nikotinu
- Odkáže na Linku pro odvykání kouření či na proaktivní zpětné telefonické rozhovory, pokud jsou k dispozici ( link na sekci 2, [Linky pro odvykání kouření](#))

**ARRANGE** follow up = Plánujte kontrolní návštěvy:

Třetina kuřáku začne kouřit během prvního týdne a další třetina relabuje do 4 týdnů. Je důležité si uvědomit tento fakt a poskytovat průběžnou podporu nehodnotícím způsobem.

- Rutinně nabízejte kontrolu po sedmi dnech po dni D, zjistěte individuální úspěch či relaps
- Pochvalte úspěch, pokud při další návštěvě pacient stále nekouří
- Pokud byl někdo úspěšný v odvykání, je důležité mu poskytnout posílení, pozitivní zpětnou vazbu a pomoci udržet abstinenci
- Nemluvte o „selhání“, upozorněte, že relaps je běžný a pomozte pacientovi pracovat na tom „co jde špatně v tuto chvíli“ a jak se příště vyhnout relapsu
- Povzbud'te kuřáka ke získání podpory od rodiny a přátel



## Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření

Farmakoterapie, zvláště pokud je podporována behaviorálním poradenstvím, zvyšuje dlouhodobou úspěšnost při odvykání kouření ve srovnání s odvykáním bez léčby či s placebem.<sup>49, 51, 52, 53, 54</sup> Ačkoli přístup k farmakoterapii je různý v různých zemích, tam kde je dostupná, může být důležitým doplňkem k poradenství u kuřáků závislých na nikotinu. Kuřáci deseti a více cigaret denně, pokud jsou rozhodnutí přestat kouřit, by měli být povzbuzováni k užívání farmakoterapie jako pomoci při odvykání.<sup>8,50</sup>

Tři typy farmakoterapie byly schváleny pro pomoc kuřákům zkoušejícím přestat kouřit: Náhradní terapie nikotinem, bupropion a vareniklin.

### Náhradní terapie nikotinem

Náhradní terapie nikotinem (NTN) působí redukci závažnosti abstinčních příznaků nahrazením nikotinu v krvi. Tím redukuje abstinční příznaky spojené s odvykáním kouření, pomáhá kuřákům odolávat chuti na cigaretu. NTN je dostupná v řadě různých forem, zahrnujících žvýkačky, náplasti v různých silách, nosní spray, inhalátory a pastilky či tablety, ačkoli všechny formy nejsou schváleny ve všech zemích (v ČR jsou schváleny všechny formy kromě nosního spreje). NTN zvyšuje pravděpodobnost zanechání kouření(odds of quitting) přibližně 1,5 až 2x.<sup>51</sup>

#### Obecné principy užívání NTN

- Zahajte NTN v den předcházející dni D,( například náplasti by měli být aplikovány v noci před pokusem přestat kouřit, aby hladina nikotinu dosáhla stabilizovaného stavu)
- Pacient užívající NTN má hladinu nikotinu v organismu o mnoho nižší, než by dosáhl kouřením (link na [Koncentrace nikotinu v krvi](#) )
- Ke snížení abstinčních příznaků používejte dostatečnou dávku NTN o Předpisujte ji na dobu dvou týdnů, plánujte kontrolní návštěvy po dvou týdnech k poskytnutí podpory (Link na sekci [Podpora při pokusu přestat kouřit](#))
- Předepisujte plnou dávku po dobu 6-8 týdnů, poté ukončete či redukujte dávku postupně během čtyř týdnů (link na [Detaily preskripce](#))
- Není prokázáno, že by některé formy NTN měly vyšší účinek než jiné- výběr může být proto proveden dle preference pacienta.

#### Nikotinové žvýkačky

Cca 17% kuřáků, kteří užívají nikotinové žvýkačky, zůstává abstinenty o 12 měsíců později<sup>51</sup>

- vedlejší příznaky spojené s nikotinovými žvýkačkami zahrnují gastrointestinální obtíže a škytavku. Pacienti s náhradním chrupem mohou být neschopni užívat nikotinové žvýkačky
- Poučte pacienty o způsobu žvýkání „žvýkat a odložit“ ( Žvýkejte žvýkačku až ucítíte silnou chuť, poté ji uložte mezi dásně a tvář, žvýkejte znovu, až bude chuť slabá)<sup>55</sup>
- Vstřebávání nikotinu ze žvýkačky může být zhoršeno při současném užití kávy či kyselých nápojů

### **Nikotinové náplasti**

- Jsou k dispozici v různých variantách a velikostech, jsou určeny na 16- či 24-hodin a dodávají do organismu 7 mg až 22 mg nikotinu, v závislosti na použité náplasti. Náplasti dodávající 44 mg nikotinu jsou vhodné pro silné kuřáky.
- náplasti uvolňují v průběhu dne do organismu malé a stálé množství nikotinu (Link na [Koncentrace nikotinu v krvi při užití NTN](#))
- běžným vedlejším účinkem náplastí je podráždění a zarudnutí kůže

### **Nikotinový nosní sprej**

- Nikotinový nosní sprej a nikotinový inhalátor téměř zdvojnásobují pravděpodobnost odvyknutí<sup>51</sup>
- Nosní sprej ze všech forem NTN nejvíce napodobuje kinetiku nikotinu v organismu po vykouření cigarety (Link na [Koncentrace nikotinu v krvi při užití NTN](#))
- Vedlejší účinky nikotinu zahrnují podráždění nosu a hrdla, kašel a pálení v ústech

### **Nikotinové pastilky a podjazykové tablety**

Počty kuřáku, kteří vydrželi 12 měsíců nekouřit, se při užití nikotinových tablet pohybují okolo 17%<sup>51</sup>

- nikotinové tablety uvolňují 2 mg či 4 mg nikotinu v průběhu 30ti minut
- mezi vedlejší účinky patří pocit pálení v ústech, bolesti v krku, suché rty, kašel a ulcerace v dutině ústní.

### **Bupropion**

Bupropion je atypické antidepresivum, které snižuje chuť kouřit a snižuje závažnost nikotinových abstinenčních příznaků. Den D je obvykle plánován týden po začátku užívání.<sup>56</sup> Bupropion zdvojnásobuje pravděpodobnost odvyknutí kouření (úspěšnost odvykání se pohybovala okolo 19% versus 10% v kontrolní skupině)<sup>56</sup> Bupropion se ukázal být efektivní u širokého spektra populačních skupin, zahrnujících pacienty s chronickými onemocněními kardiovaskulárními či plicními (CHOPN)<sup>57</sup> Ačkoli neexistuje jednoznačná evidence, že přidání bupropionu k NTN zvyšuje dlouhodobou úspěšnost proti samostatné terapii, kombinace těchto forem se jeví rozumná v případech, kdy maximální terapie jedním z těchto preparátů je nedostatečná.<sup>58</sup>

Burpropion je typicky předepisován jako bupropion SR 150 mg dvakrát denně (s redukcí dávky na 1x 150 mg denně u starších pacientů a u pacientů s renálními či jaterními chorobami) Bupropion zdvojnásobuje úspěšnost odvykání kouření ve srovnání s placebem po 6- i 12- měsíčním sledování.<sup>56</sup>

- 7% až 12% pacientů netoleruje vedlejší účinky užívání a medikaci přeruší
- běžnými vedlejšími příznaky užívání bupropionu jsou nespavost (nad 30%), sucho v ústech (10-15%), bolesti hlavy (10%), zácpa (10%), nevolnost (10%) a agitovanost (5-10%)
- 1 člověk z tisíce je ohrožen křečovými stavy- proto je bupropion kontraindikován u pacientů s jejich anamnézou či zvýšeným rizikem vzniku<sup>57</sup>
- bupropion je dále kontraindikován u pacientů s mentální anorexií, bulimií, bipolární afektivní poruchou a těžkým jaterním onemocněním<sup>57</sup>
- bupropion interaguje s mnoha běžnými léčivými, např. s antidepresivy, antipsychotiky či antiarytmiky<sup>57</sup>

## Nortriptylin

Nortriptylin je tricyklické antidepresivum, které se užívá pro léčbu deprese od roku 1963. Není licencován pro odvykání kouření. Přesto v dávce 75 mg denně (nižší u starších pacientů) vykazuje zvýšení úspěšnosti při odvykání kouření ze 7 % na 17 % ve srovnání s placebem (NNT=10)<sup>56</sup> a může tak být lékem volby v zemích, kde cena licencované terapie brání jejímu užití. Znamé vedlejší účinky zahrnují sedaci, sucho v ústech, „lehkou hlavu“ a riziko srdeční arytmie. Stav po recentním IM je kontraindikací podávání. Den D je vhodné dohodnout v průběhu druhého týdne léčby, délka užívání je obvykle 7 až 12 týdnů bez nutnosti postupného snižování dávky.<sup>57, 59</sup>

## Vareniklin

Vareniklin je selektivní parciální agonista  $\alpha 4\beta 2$  nikotin acetylcholinového receptoru, působí snížení chuti na cigaretu a zmírnění většiny nikotinových abstinčních příznaků. Pokud pacient kouří v průběhu terapie, má tento lék potenciál snížit uspokojení spojené s kouřením. Vareniklin se ukázal být signifikantně efektivnější než placebo z hlediska dlouhodobé abstinence, s úspěšností 21.4% versus 8% v kontrolní skupině.<sup>60, 61, 62, 63, 64</sup>

- NTN a bupropion vykazují stejnou úspěšnost odvykání po jednom roce. Ve srovnávacích studiích s bupropionem však byl vareniklin úspěšnější.
- Vedlejší účinky zahrnují nauseu (přes 30%), nespavost (14%), abnormální sny (13%), bolesti hlavy (13%), zácpu (9%), plynatost (6%) a zvracení (5%). Není zde riziko křečí.
- Vareniklin nemá být užíván v těhotenství.
- Dávkování: V týdnů přede dnem D nejprve 0.5 mg 1x denně po 3 dny, poté 4 dny 0.5 mg 2x denně, ode dne D 2x denně 1 mg po dobu dvanácti týdnů
- Vareniklin je nový lék a proto je ještě brzy hodnotit všechny vedlejší účinky. Pacienti užívající tuto medikaci by měli být pozorně sledováni.

## Alternativní přístupy k odvykání kouření

Akupunktura a hypnoterapie jsou často doporučovány jako účinná pomoc při odvykání kouření. Je zvláštní, že praktičtí lékaři jsou často nadšenými podporovateli obou těchto přístupů, ačkoli dosud neexistují žádné důkazy, které by tyto přístupy podporovaly.

Akupunktura je metoda tradiční čínské medicíny, která je založena na užití jehel, které stimulují určité body v těle. Byla subjektem mnoha kontrolovaných studií a dvě metaanalýzy revidovaly jejich výsledky<sup>65, 66</sup>. Tyto metaanalýzy shledaly, že neexistují vědecké důkazy, že akupunktura či obdobné metody mohou zvýšit počet lidí, kteří dokáží přestat kouřit. Zvláště nebyl žádný rozdíl ve studiích, které srovnávaly účinnost aktivní a inaktivní akupunktury. Autoři metaanalýz konstatovali, že vzhledem k metodologickým problémům nelze vyvodit definitivní závěr a je třeba dalších studií v této oblasti.

Celková úroveň těchto studií byla hodnocena posuzovateli jako slabá. Pravděpodobnost odvyknutí kouření (odds ratio) byla 1.29 po 6 měsících a 1.03 po 12 měsících<sup>66</sup>.

Existuje mnoho typů hypnoterapie (léčení pomocí hypnózy). Některé se pokoušely oslabit přání kouřit, jiné posílit vůli přestat kouřit a další pomoci se koncentrovat na odvykací program. Ačkoli některé nekontrolované studie naznačovaly benefit, Cochrane systematic review uzavírá, že v kontrolovaných studiích hypnoterapie neprokázala větší efekt na míru úspěšnosti při odvykání kouření oproti stavu bez léčby.<sup>67</sup>

## Poradenství v odvykání kouření pro specifické skupiny

Je mnoho specifických skupin pacientů, pro které by mělo být poradenství v odvykání kouření specificky uzpůsobeno.

### Těhotné ženy

Kouření má závažný vliv na nenarozené dítě, který zahrnuje nízkou porodní váhu, předčasně porod a zvýšenou perinatální mortalitu<sup>68</sup>. Kouření je rizikovým faktorem pro náhlou smrt dítěte (SIDS)<sup>69</sup>, která je nejčastější příčinou úmrtí dětí mezi jedním měsícem a jedním rokem věku.<sup>70</sup>

V optimálním případě by měla žena přestat kouřit, ještě než otěhotní. V reálném světě většina žen, které plánují založit rodinu, nepřestane kouřit před otěhotněním. Těhotenství je tak impulsem pro pokus přestat kouřit.<sup>71</sup> Nejvýhodnější přestat kouřit je pro matku i dítě ještě před otěhotněním nebo co nejdříve v průběhu těhotenství.

Asi 20-30% těhotných žen- kuřáček přestane během těhotenství kouřit, až 70 % z nich se však ke kouření vrátí ještě během těhotenství nebo po narození svého dítěte.<sup>68</sup> Jedním z důvodů tohoto relativně malého počtu žen, které přestanou kouřit, je malé množství lékařů, kteří nabízejí efektivní strategie pro odvykání kouření.<sup>72</sup> Intervence pro odvykání kouření během těhotenství jsou zvláště efektivní, jelikož si ženy většinou uvědomují přínosy nekouření pro sebe i své dítě. Sledování ještě v době po porodu snižuje množství relapsů.

Programy pro odvykání kouření v těhotenství jsou efektivní<sup>68</sup>. Vzhledem k tomu, že dávka nikotinu z NTN (náhradní terapie nikotinem) je menší než dávka získaná kouřením, předpokládané riziko pro nenarozené dítě je menší než riziko pokračování v kouření. Přesto je v současné době nedostatek důkazů o bezpečnosti farmakoterapie v průběhu těhotenství a benefity užití náhradní nikotinové terapie v těhotenství musí být pečlivě zváženy a prodiskutovány s matkou. Jiná farmakoterapie (bupropion a vareniklin) není v průběhu těhotenství doporučena.

### Dospívající

Každý den se 80 000 až 100 000 dospívajících z celého světa stane závislých na tabáku. Pokud tento trend bude pokračovat, 250 milionů současných dětí zemře na onemocnění spojená s užíváním tabáku<sup>73</sup>. 80% kuřáku začíná kouřit v adolescenci, což má komplexní důvody<sup>66</sup>. Zde jsou některé individuální předpovědní faktory (prediktory):

- kouření rodičů zvyšuje riziko
- kouření sourozenců či jiných členů domácnosti zvyšuje riziko kouření u dospívajících
- dospívající s menším množstvím vztahů v rodině, škole a společnosti častěji kouří
- přímá dostupnost cigaret zvyšuje riziko pro dospívající
- programy škol zaměřené na edukaci v oblasti kouření snižují riziko kouření dospívajících
- sociální podpora snižuje riziko kouření dospívajících
- vyšší množství fyzické aktivity může být ochranný faktor proti zahájení kouření

Tlak vrstevníků, reklama, vliv médií a obavy z nárůstu váhy mohou také ovlivnit dospívající, aby začali kouřit<sup>49</sup>. Progrese od nekouření k počátku kouření a dále k pravidelnému kouření se vyvíjí v mnoha identifikovaných stádiích, ačkoli současné poznatky předpokládají, že závislost na tabáku se vyvíjí u dospívajících velmi rychle a může se objevit ještě před

začátkem každodenního kouření.<sup>75, 76.</sup> Perioda experimentování před vznikem závislosti se předpokládá, nemusí však být přítomna.

### **Co říci dospívajícím v diskuzi, abychom je odradili od kouření:**

Dospívajícím více záleží na jejich současném vzhledu, zdraví a finanční situaci než na tom, co ovlivní jejich budoucí zdraví.

- Když přestanete kouřit,lepší se váš vzhled
- Přestat kouřit znamená ušetřit peníze. Spočítejte konkrétní finanční náklady na kouření za jeden rok a dospívajícímu je sdělte.
- Přestat kouřit znamená vyhnout se špatnému dechu a žlutým zubům
- Přestat kouřit může zvýšit vaši potenci
- Přestat kouřit znamená menší expozici toxinům a chemikáliím
- Přestat kouřit vám vrátí pocit kontroly nad vlastním chováním
- Skoncování s kouřenímlepší vaše dlouhodobé zdraví

Krátká intervence či behaviorální poradenství je zřejmě efektivní, ale u dospívajících to ještě nebylo jednoznačně prokázáno.<sup>77</sup> Randomizované, placebem kontrolované studie s NTN nebyly provedeny mezi mladými kuřáky a tyto léky jsou licencovány pouze pro použití u dospělých<sup>71</sup>

### **Mentální onemocnění a kouření**

Lidé, kteří mají problémy s mentálním zdravím kouří s větší pravděpodobností než lidé bez mentálního onemocnění. Lidé s psychotickým onemocněním jsou s více než trojnásobnou pravděpodobností silnými kuřáky (více než 20 cigaret denně) ve srovnání s lidmi bez psychózy (35 % versus 9%)<sup>78</sup>. To může být částečně dáno zmírněním některých symptomů, spojených s psychiatrickými onemocněními, působením nikotinu.

Kouření a deprese jsou vzájemně propojeny: přibližně třetina lidí, kteří vyhledají léčbu pro odvykání kouření, má depresivní onemocnění v anamnéze.<sup>79</sup> Antidepresiva bupropion a nortriptylin jsou efektivní pomocí při odvykání kouření u lidí s anamnesou deprese, ale i bez ní<sup>57</sup>. Je třeba pamatovat na to, že bupropion může v interakci s jinými léčivy zvýšit pohotovost ke křečím.

## Seznam přispěvatelů

Onno Van Schayck, The Netherlands, Chair of IPCRG Guidance Sub-Committee

Hilary Pinnock, UK, Editor

Anders Ostrem, Norway

Johan Buffels, Belgium

Dimitris Giannopoulos, Greece

Svein Hoegh Henrichsen, Norway

Janneke Kaper, The Netherlands

Oleksii Korch, Ukraine

John Litt, Australia

Ana Moran, Spain

Kawaldip Sehmi, European Quitlines

Hakan Yaman, Turkey

Nick Zwar N, Australia

Project management by Siân Williams

Administrace: Sam Louw.

Vytvoření těchto doporučení bylo umožněno vzdělávacím grantem firmy Pfizer Europe.

Tato doporučení jsou k dispozici na webu pod [Creative Commons licence for non-commercial use](#) pro umožnění maximální míry mezinárodního sdílení a rozšiřování .

IPCRG doporučení pro odvykání kouření jsou doplněna nápovědou (desktop helper)  
Tisková verze je také k dispozici na vyžádání na sekretariátu IPCRG (email [Sam.Knowles@abdn.ac.uk](mailto:Sam.Knowles@abdn.ac.uk)) nebo u reprezentantů firmy Pfizer.

## Zdravotní přínosy odvykání kouření:

Zdroj: Action on Smoking and Health. *Factsheet Number 11 Stopping Smoking* ASH 2007. <http://www.ash.org.uk/>

<b>Čas od poslední cigarety</b>	<b>Pozitivní změny zdravotního stavu</b>
<b>8 hodin</b>	Hladina nikotinu a oxidu uhelnatého v krvi s sníží na polovinu, hladina kyslíku se vrátí k normálu
<b>24 hodin</b>	Oxid uhelnatý je eliminován z těla
<b>48 hodin</b>	Nikotin je eliminován z těla Chuťové pohárky se začínají restituovat
<b>1 měsíc</b>	Zlepšuje se vzhled – kůže ztrácí šedavou barvu a stává se méně vrásčitou. Regenerace řasinek v respiračním traktu začíná Většina abstinčních příznaků vymizí
<b>3 – 9 měsíců</b>	Kašlání a kýčání postupně mizí
<b>5 let</b>	Riziko srdečních onemocnění se sníží na polovinu ve srovnání s kuřákem
<b>10 let</b>	Riziko rakoviny plic je poloviční ve srovnání s kuřákem, který nepřestal kouřit



## Abstinenční nikotinový syndrom

Adaptováno dle: Action on Smoking and Health (ASH) *Factsheet Number 11: Stopping Smoking* ASH 2007.

<http://www.ash.org.uk>

Tvání	Symptom	Incidence (%)
<48 hodin	Pocit lehkosti v hlavě	10
< 1 týden	Poruchy spánku	25
< 2 týdny	Horší soustředění	60
	Touha po nikotinu	70
< 4 týdny	Podrážděnost či agrese	50
	Deprese	60
	Zhoršená schopnost odpočinku	60
< 10 týdnů	Zvýšená chuť k jídlu	70

### 4 'D'

Toto jsou návrhy pro zvládnutí chuti na cigaretu a cesty ke snížení rizika relapsu. Chuť na cigaretu je nejčastější v několika prvních dnech od poslední cigarety.<sup>59</sup>

1. DRINK. Pijte pomalu vodu a držte ji déle v ústech pro uchování její chuti
2. DEEP breathe. Zhluboka dýchejte. Pomalu se nadechněte a opět pomalu vydýchnete
3. DO. Dělejte nějakou činnost, abyste odvrátili svoje myšlenky od kouření. Fyzická námaha a cvičení jsou dobrou alternativou
4. DELAY. Nepoddávejte se chuti kouřit. Po pěti minutách chuť na cigaretu slábne a vaše rozhodnutí nekouřit se vrátí zpět.

(Link na [IPCRG pomoc při odvykání kouření](#))

## Seznam národních doporučení

### List of national guidelines

#### WHO

WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. WHO Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. Copenhagen. WHO.2001  
<http://www.euro.who.int/document/e73285.pdf> • *English*

#### Australia

Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J. Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Commonwealth of Australia. Canberra. 2006.  
<http://www.racgp.org.au/guidelines/smokingcessation> • *English*

#### Belgium

Gailly J. Arrêter de Fumer / Stoppen met Roken. 2005  
[http://www.ssmg.be/new/files/RBP\\_Tabac.pdf](http://www.ssmg.be/new/files/RBP_Tabac.pdf) • *French*  
<http://www.wvvh.be/Page.aspx?id=945> • *Flemish*

#### Netherlands

Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenthen AJM, Bax W, Wind LA. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap, 2007, 50: 306-314.  
[http://nhg.artsenet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_R194921324831550](http://nhg.artsenet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_104_TICH_R194921324831550) • *Dutch*

#### Spain

Torreclilla García M; Plaza Martín MD; Ruano García R. Consejo medico e intervención minima sistematizada. En: Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Capítulo IV. Barrueco Ferrero M et al. 2006  
[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual\\_prevenccion\\_tratamiento\\_tabaquismo.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual_prevenccion_tratamiento_tabaquismo.pdf) • *Spanish*

Cohen VC, Rodriguez AM, Jimenez ME. Et al Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)  
<http://www.cica.es/~samfyc-gr> • *Spanish*

#### Turkey

T.C. Sağlık Bakanligi Birinci Basamaga Yönelik Tani ve Tedavi Rehberleri 2003.  
[http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/1\\_basamak\\_t%C4%B1bbi\\_ted\\_kitap.pdf](http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/1_basamak_t%C4%B1bbi_ted_kitap.pdf) • *Turkish*

#### UK

West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:12.987-999.  
[http://www.brit-thoracic.org.uk/bts\\_guidelines\\_smokecess.html](http://www.brit-thoracic.org.uk/bts_guidelines_smokecess.html) • *English*

#### US

Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Clinical practice guideline for the management of tobacco use. Washington, DC 2004  
<http://www.oqp.med.va.gov/cpg/TUC3/G/TUC-2004.pdf> • *English*

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, US Department of Health and Human Services, 2000  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.7644> • *English*

Další užitečné zdroje informací :

European Network for Smoking Prevention <http://www.ensp.org>

## Detaily preskripce forem NTN

Zdroj: Molyneux A. Nicotine replacement therapy. BMJ 2004;328:454-456

Forma	Dávka	Způsob užívání
<b>Náplast</b>	16hod náplast: 15, 10, nebo 5 mg; 24hod náplast: 21, 14, nebo 7 mg	Aplikujte jednu náplast denně na čistou, neporušenou pokožku Sundejte před spaním (16hod náplast) nebo příští ráno (24hod náplast) Aplikujte novou náplast na jiné místo
<b>Žvýkačka</b>	2 nebo 4 mg na 1 ks	Žvýkejte žvýkačku dokud se neobjeví silná chuť, zbytek odložte mezi dásně a tvář Žvýkejte znovu, když chuť zeslábne
<b>Inhalátor</b>	10 mg v jedné náplni	Inhalujte dle potřeby
<b>Podjazyková tableta</b>	2 nebo 4 mg na 1 ks	Nechte pomalu rozpouštět pod jazykem
<b>Pastilka</b>	1, 2, nebo 4 mg v jednom ks	Umístěte mezi dásně a tvář a nechte rozpustit
<b>Nosní spray</b>	10 mg/ml, 0.5 mg na dávku	Jeden střík do každé nostrily dle potřeby

Nežádoucí účinky všech forem: pálení v krku, škytavka, indigestce, nevolnost, bolest hlavy, palpitace (ale bez škytání pro inhalátor a navíc svědění, zarudnutí a vyrážku pro náplasti)

Doporučte kuřákům, aby nekouřili v průběhu užívání NTN.

## Pyramida reality:

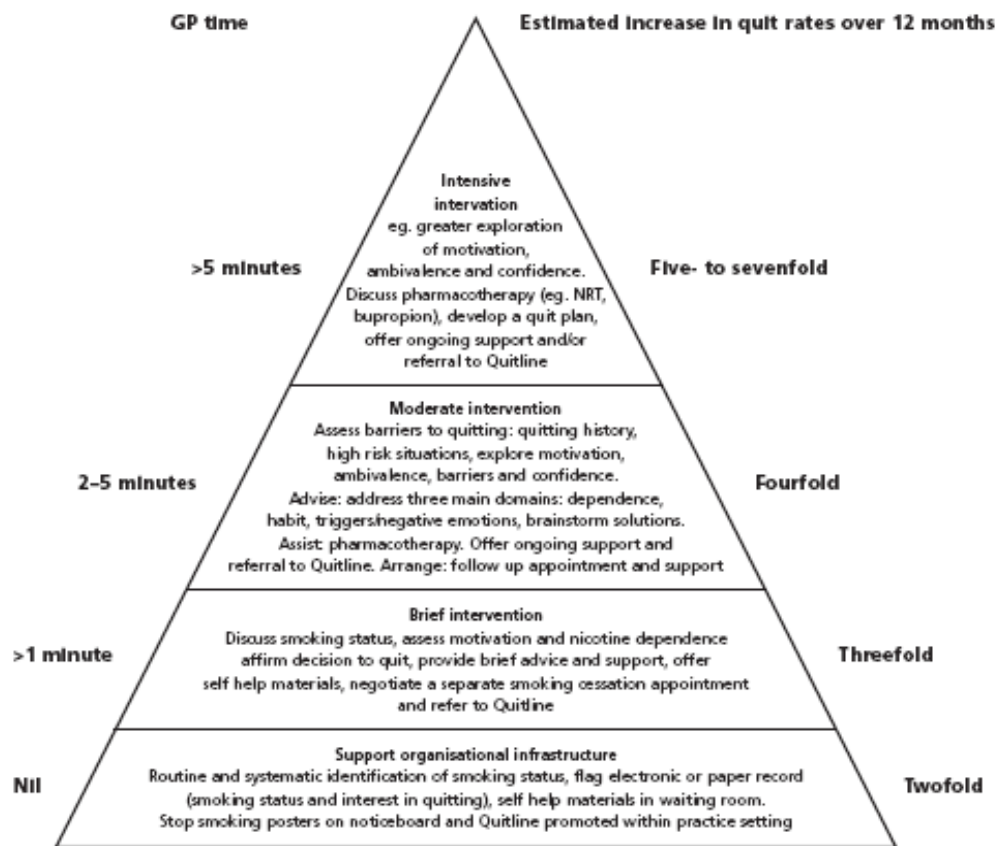


Figure 5. Reality pyramid for smoking cessation

Reproduced with permission from Blackwell Publishing: Litt J, Ling M-Y, McAvoy B. How to help your patients quit: practice based strategies for smoking cessation. *Asia Pacific Family Medicine* 2003;2:175-9.

Pyramida reality reflektuje několik klíčových principů.<sup>20, 80</sup> Zaprvé otázku množství času, které konzultace vyžaduje (zobrazené jako jednotlivá patra pyramidy) a množství praktických lékařů, kteří budou tuto intervenci provádět. Například mnoho lékařů je připraveno provádět krátkou intervenci, méně jich rutinně poskytuje intenzivnější intervenci zahrnující strategie chování (behaviorální strategie), která zabere jen 5-10 minut. Dispoziční čas (čas, který má praktický lékař k dispozici pro svoji obvyklou práci) se liší v rozmezí 60 sec až po 5 minut, s průměrnou rutinní konzultací trvající 30-60 sekund.

V průměru praktický lékař stráví méně než jednu minutu rutinní konzultací týkající se odvykání kouření.<sup>81,82</sup> Spodní patro pyramidy NEVYŽADUJE žádný čas praktického lékaře

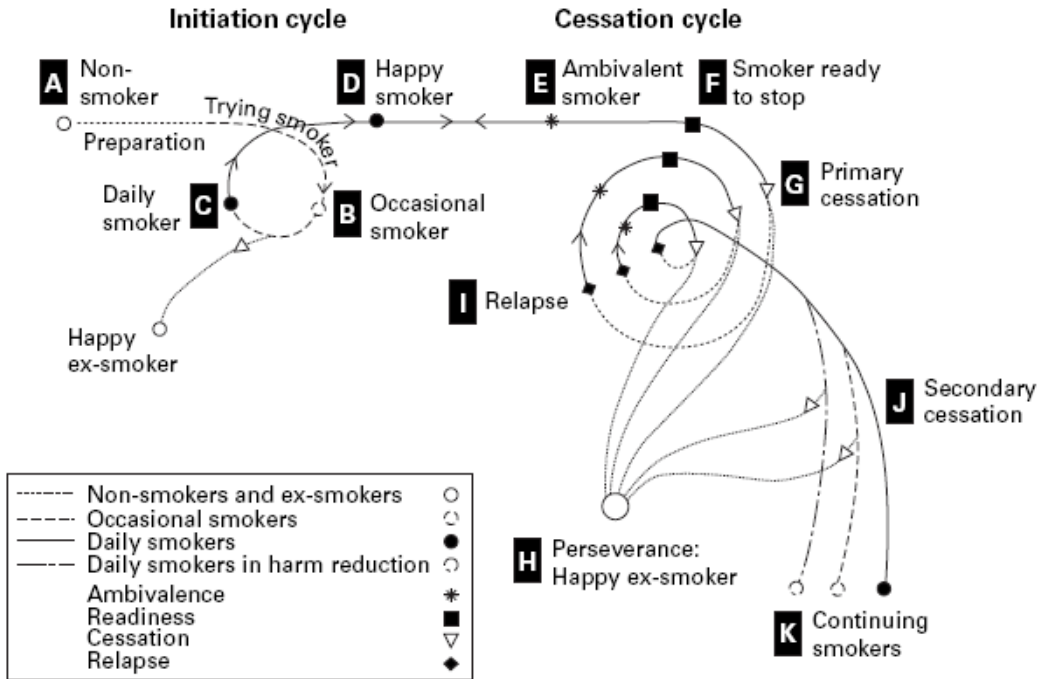
pro konzultaci. Aktivita jsou zde směřovány k výkonu praxe. Toto může být atraktivní pro velmi zaměstnané lékaře, kteří nemají k dispozici ani 30 sekund na celou konzultaci. Druhým aspektem pyramidy reality je “méně může znamenat více”, což je varianta populačního zdravotního paradoxu.<sup>83</sup>

To znamená, jestliže většina praktických lékařů bude ve své praxi zaznamenávat kuřácký status pacienta, bude odkazovat na Linku pro odvykání kouření a vydávat materiály podporující odvykání kouření, populační dopad těchto aktivit bude větší než efekt malého množství lékařů provádějících intenzivní intervenci.

Konečně, pyramida symbolizuje sérii následných kroků, které může provést praktický lékař. S postupem v pyramidě směrem nahoru se intenzita intervence nabízené praktickým lékařem zvyšuje. Rozčlenění pyramidy dle časových intervalů pomáhá lékařům také vybrat efektivní intervenci, kterou budou ve své praxi poskytovat, pokud budou mít na konzultaci více času. Vzestupná patra pyramidy poskytují doporučení, které aktivity jsou nejužitečnější při určitém množství času. Základní patro pyramidy reprezentuje situaci, která nevyžaduje od praktického lékaře žádný konzultační čas. Pro velmi zaměstnané lékaře tedy nepředstavuje zvýšení tlaku na (již tak vzácný) konzultační čas.

# Model počátků kouření a cyklů odvykání

Zdroj: Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000; 9: 113



V rámci pokusů pochopit „životní cyklus kouření“ bylo vyvinuto mnoho modelů iniciačních a odvykacích fází.<sup>44</sup> Tyto více či méně komplexní modely se snaží popsat „kariéru kuřáka“ od jeho první až k poslední cigaretě.<sup>45</sup> Prignaut popisuje množství kritických bodů této kariéry:

A: Nekuřák

B: Příležitostný či zkoušející kuřák. Vzhledem k návykové povaze kouření pouze velmi málo kuřáků setrvá v tomto stadiu

C: Pravidelný kuřák

D: Spokojený kuřák. Nemá obavy z kouření. Tato fáze může přetrvávat mnoho roků a je ekvivalentem předzáměrného (pre-contemplative) stadia popisovaného v cyklech změny<sup>44</sup>

E: Ambivalentní kuřák. Začíná vážit výhody a nevýhody kouření. Podporující intervence v tomto záměrném (contemplative) stadiu může pomoci kuřákovi připravit se na pokus přestat kouřit a stadium akce. Nevhodná intervence může posílit kouření zpozdít posun do dalšího stadia.

F: Příprava na zanechání kouření

G: Akce: První pokus přestat kouřit.

H: Někteří uspějí a stanou se „spokojenými nekuřáky“...

I: Mnozí relabují a pokračují několikrát po kruzích spirály....

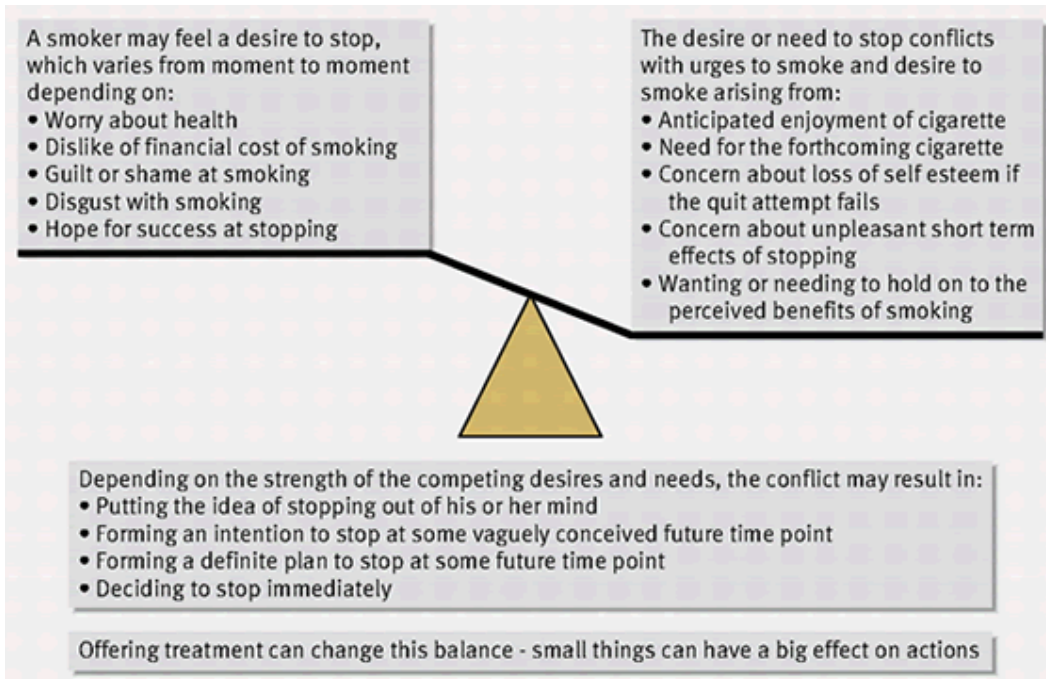
J: ....před konečným úspěchem ve snaze přestat kouřit

K: Někteří pokračují v kouření

Nikdy dva kuřáci nesledují stejnou cestu, ale model podobný tomuto může pomoci klinikům vystihnout bod, ve kterém se v rámci své kuřácké kariéry pacient nachází, a přizpůsobit tomu vhodně svůj přístup.

## Motivační tenze

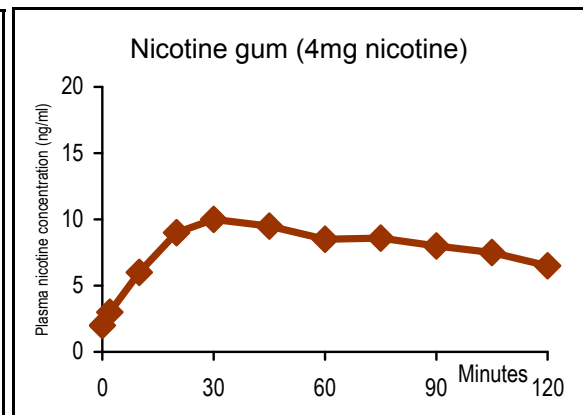
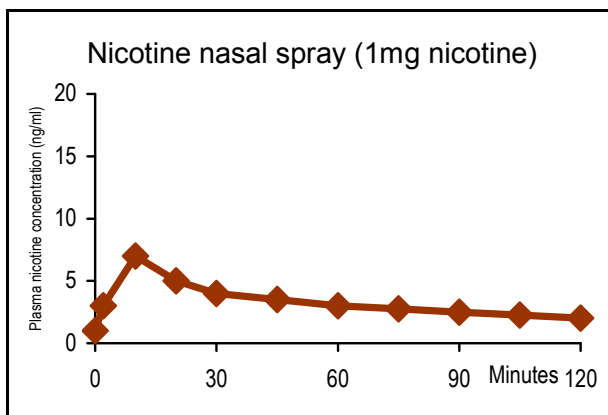
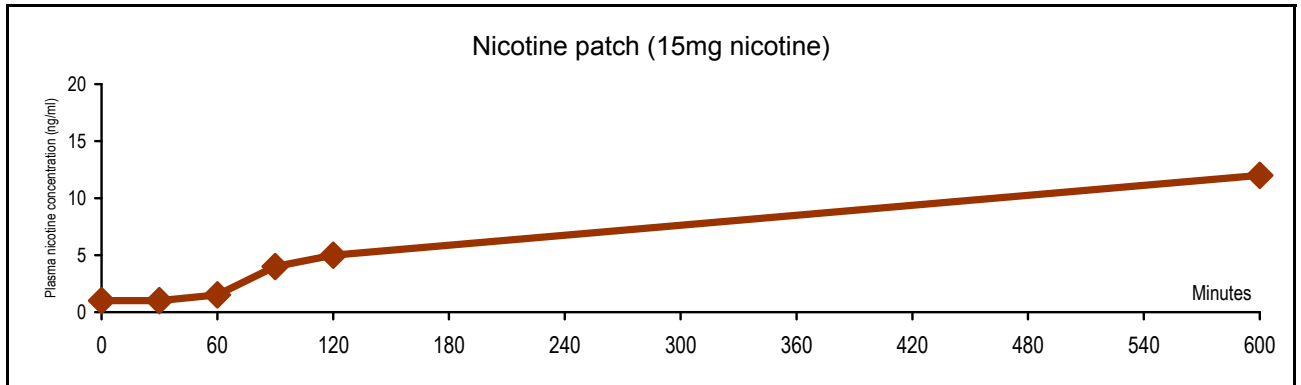
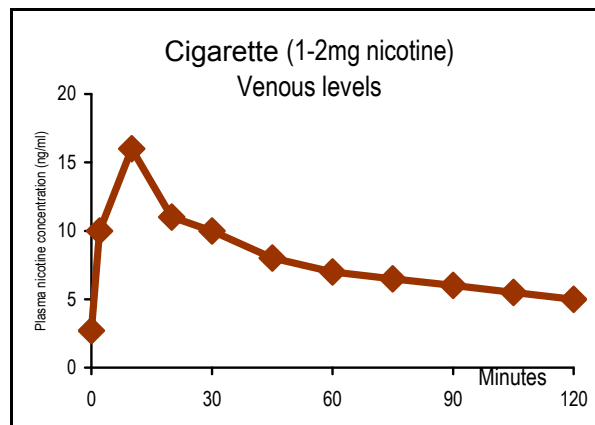
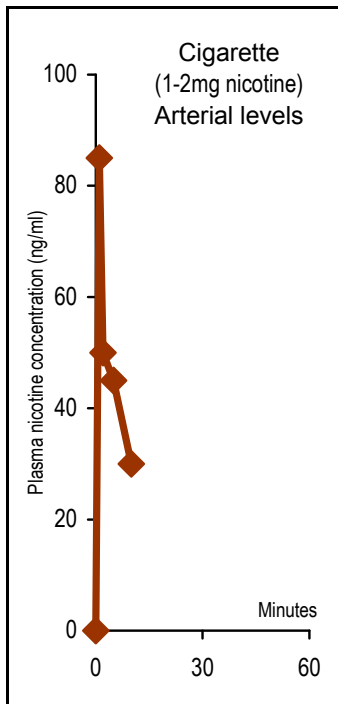
Zdroj: Aveyard, P, West R. Managing smoking cessation. BMJ 2007;335:37-41 (adapted from West R, Shiffman S. Smoking cessation: fast facts. Oxford: Health Press, 2007)



Většina kuřáků si přeje přestat kouřit,<sup>10, 11</sup> a vítá proto příležitost k diskuzi o možnostech podpory při odvykání kouření.<sup>13</sup> Na pacienta zaměřený přístup (patient-centred approach) znamená ptát se pacientů na jejich kouření, uvědomovat si, že to mohli zkusit již několikrát v minulosti, a probírat s nimi existující možnosti podpory při pokusu přestat kouřit.<sup>50</sup> Kuřáci balancují mezi svým přáním přestat kouřit a svojí potřebou kouřit: Krátká nabídka pomoci s respektem k jejich motivační tenzi může pacientovi pomoci posunout se směrem k pokusu přestat kouřit.

# Plasmatické koncentrace nikotinu po podání jedné dávky nikotinu.

Adaptováno dle : Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. N Engl J Med 1995;333:1196-203





## Literatura:

1. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-247
2. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004; 328: 217-219
3. World Health Organization. The Tobacco Atlas. Geneva 2002.  
[http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco\\_atlas/en](http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en)
4. Prabhat Jha, Chaloupka FJ, Corrao M, Binu J. Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25: 597-609
5. Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. Rotterdam 2005  
[http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI\\_EU\\_Profile.0.pdf](http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile.0.pdf)
6. Bostock Y. Searching for the solution. Women, smoking and inequalities in Europe. Health Development Agency. London 2003 <http://www.inwat.org/pdf/INEQUALITIES.pdf>
7. Action on Smoking and Health (ASH) Factsheet Number 11: Stopping Smoking ASH 2007.  
<http://www.ash.org.uk>
8. WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. WHO Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. Copenhagen. WHO.2001.  
<http://www.euro.who.int/document/e73285.pdf>
9. Jamrozik K. Population strategies to prevent smoking. *BMJ* 2004; 328: 759-762
10. Taylor T, Lader D, Bryant A, Keysee L, McDuff TJ, et al. Smoking-related behaviour and attitudes, 2005. London, ONS, 2006 [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk)
11. Owen N, Wakefield M, Roberts L, Esterman A. Stages of readiness to quit smoking: population prevalence and correlates. *Health Psychol* 1992; 11: 413-417
12. Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. London, Royal College of Physicians, 2000
13. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: [10.1002/14651858.CD000165.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub2)
14. The COMMIT Research group. Community Intervention trial for smoking cessation (COMMIT): II Changes in adult cigarette smoking prevalence. *Am J Pub Health*. 1995; 85:193-200
15. Baillie A, Mattick R, Hall W. Quitting smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Aust J Public Health*. 1995; 19:129-31
16. Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25: 21-6
17. Duaso M, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in general practice: what do patients think? *J Adv Nurs*. 2002; 39: 472-9
18. Richmond R, Kehoe L, Heather N, Wodak A, Webster I. General practitioners' promotion of healthy life styles: what patients think. *Aust NZ J Pub Health*. 1996; 20: 195-200
19. Sciamanna C, Novak S, Houston T, Gramling R, Marcus B. Visit satisfaction and tailored health behavior communications in primary care. *Am J Prev Med*. 2004; 26: 426-30
20. Barzilai D, Goodwin M, Stange K. Does health habit counseling affect patient satisfaction? *Prev Med*. 2001; 33: 595-9
21. Svavarsdóttir MH, Hallgrímsdóttir G. Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1-7
22. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient. *Aust Fam Physician*. 2002; 31: 1087-94
23. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ* 2004; 328: 277-9
24. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology, and significance: a subjective review. *Nicotine Tob Res*. 2007; 9: 329-39
25. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25: 713-33
26. Weinstein ND, Slovic P, Gibson G. Accuracy and optimism in smokers' beliefs about quitting. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6 Suppl 3: S375-80
27. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and preconceived problems. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 87-91
28. Edwards D, Freeman T, Litt J, Roche A. GPs' confidence in and barriers to implementing smoking cessation activities: Compared to dentists, dental hygienists and pharmacists. *Aust J Primary Health* 2006; 12: 117-25
29. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*. 2005; 15: 140-

30. Lucan SC, Katz DL. Factors associated with smoking cessation counseling at clinical encounters: the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2000. *Am J Health Promot.* 2006; 21: 16-2
31. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction.* 2005; 100: 1423-31
32. Young J, Ward J. Implementing guidelines for smoking cessation: advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Fam Pract.* 2001; 18: 14-20
33. Castaldo J, Nester J, Wasser T, Masiado T, Rossi M, Young M, et al. Physician attitudes regarding cardiovascular risk reduction: the gaps between clinical importance, knowledge, and effectiveness. *Dis Manag.* 2005; 8: 93-105
34. Anderson P, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction.* 2004; 99: 299-312
35. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999
36. Litt J, Ling M-Y, McAvoy B. How to help your patients quit: practice-based strategies for smoking cessation. *Asia Pacific Fam Med* 2003; 2: 175-9
37. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 Issue 3. Art. No.: CD000214. DOI: [10.1002/14651858.CD000214](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000214)
38. Jamrozik K. Policy priorities for tobacco control. *BMJ* 2004; 328: 1007-9
39. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2006 Jul 19;3CD002850
40. Ossip-Klein D, McIntosh S. Quitlines in North America: evidence base and application. *Am J Med Sci* 2003; 326: 201-205
41. Ossip-Klein D, Giovino G, Megahed N, et al. Effects of a smokers' hotline: results of a 10-country self-help trial. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 325-32
42. Borland R, Segan CJ. The potential of quitlines to increase smoking cessation. *Drug Alcohol Rev.* 2006; 25: 73-8
43. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior.* New York: The Guildford Press, 1991.
44. Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005; 331; 961-963.
45. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative approach. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5
46. Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000; 9: 11
47. Soria R, Legido A, Escolano C, López Yeste A, Montoya J, A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation *Br J Gen Pract.* 2006; 56: 768-74.
48. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005; 55: 305-12
49. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating tobacco use and dependence.* Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000
50. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007;335;37-41
51. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; 3:CD000146
52. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005; 2:CD001292
53. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med* 2006; 145: 845-856
54. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, et al. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300
55. Molyneux A. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004; 328; 454-4
56. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007; 1:CD000031
57. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004; 328: 509-511
58. Foulds J, Steinberg MB, Williams JM, Ziedonis DM. Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence: past, present and future. *Drug Alcohol Rev.* 2006; 25: 59-71
59. Henrichsen SH. Helping patients quit smoking: brief interventions for healthcare professionals. *IPCRG Opinion* 3. [www.theipcr.org](http://www.theipcr.org)

60. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; Issue 1. Art. No.: CD006103. DOI: [10.1002/14651858.CD006103.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub2)
61. Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1571-1577
62. Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1561-1568
63. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:56-63.
64. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:47-55
65. White A, Resch KL, Ernst E. A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tob Control* 1999; 8: 393-397
66. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Art. No.:CD000009. DOI: [10.1002/14651858.CD000009.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000009.pub2)
67. Abbot, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. Art. No.:CD001008. DOI: [10.1002/14651858.CD001008](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001008)
68. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2000;(2):CD001055.
69. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991; 104: 71-76
70. Misra DP, Nguyen RH. Environmental tobacco smoke and low birth weight: a hazard in the work place? *Environ Health Perspect* 1999; 107: 897-890
71. Coleman T. Special groups of smokers *BMJ* 2004; 328: 575-577
72. Lee M, Hajek P, McRobbie H, Owen L. Best practice in smoking cessation services for pregnant women: results of a survey of three services reporting the highest national returns, and three beacon services. *J R Soc Health.* 2006; 126: 233-8
73. World Conference on Tobacco OR Health 2000. Tobacco fact sheet. August 2000 <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/facts.pdf>
74. Midford R, Munro G, McBride N, et al. Principles that underpin effective school-based drug education. *J Drug Educ* 2002;32:363-86
75. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007; 161: 704-10
76. Klein JD. Adolescents and smoking: the first puff may be the worst. *Can Med Assoc J.* 2006; 175: 262
77. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2006(4):CD003289
78. McNeil A. Smoking and mental health - a review of the literature *Smoke Free London Programme: London, 2001*
79. Wilhelm K, Wedgwood L, Niven H, Lambkin F. Smoking cessation and depression: current knowledge and future directions. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25: 97-107
80. RACGP. Putting Prevention into Practice. Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting. 2nd ed. Melbourne: RACGP 2006
81. Stange K, Flocke S, Goodwin M, Kelly R, Zyzanski S. Direct observation of rates of preventive service delivery by community family practice. *Prev Med.* 2000; 31: 167-76
82. Humair JP, Ward J. Smoking-cessation strategies observed in videotaped general practice consultations. *Am J Prev Med.* 1998; 14: 1-8
83. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985; 14: 32-8.