

# Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči

IPCRG (International Primary Care Respiratory Group)

## Jak překonat tabákovou epidemií

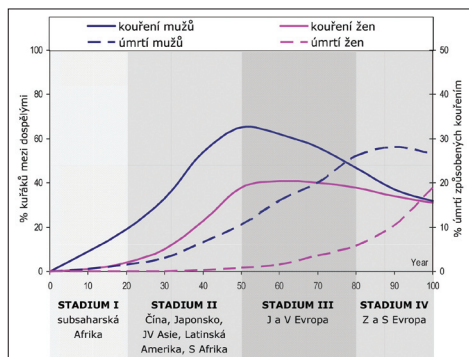
Cigarety zabíjejí polovinu svých celoživotních uživatelů.<sup>(1, 2)</sup>

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

Přibližně 1 bilión lidí ve světě kouří. Přes tři čtvrtiny z nich žije v zemích s nízkými či nižšími středními příjmy (podle HDP),<sup>(4)</sup> ve kterých počty kuřáků stále rychle stoupají.



Epidemie kouření

Adaptováno podle A POLEZ, AD., COLLISHAW, NE., PIHA, T. *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*. Tobacco Control, 1994, 3, p. 242–247.

Dokonce i v evropských zemích je prevalence kouření vyšší v nižších socioekonomických skupinách obyvatel, což přispívá k nerovnosti v oblasti zdravotního stavu.<sup>(5, 6)</sup>

Prevalence kouření v posledních dvou desetiletích v zemích s vysokými příjmy klesá, 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 expertizách z mnoha zemí (viz **Seznam příspěvatelů**), jsou zaměřena na poskytnutí praktických rad pro lékaře primární péče, pracujících v zemích s různými stadii 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 kýchání) 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 ve všech veřejných prostorách (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.newwash.org.uk](http://www.newwash.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

Zdravotníci v primární péči mohou přinejmenším přispět k vytvoření „nekuřácké praxe“ (viz **Vytvoření praxe podporující odvykání kouření**), 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 sys-

tematickým prováděním základní intervence s doporučením přestat kouřit a nabízením podpory všem pacientům, kteří kouří (viz **Vytvoření praxe podporující odvykání kouření, Linky pro odvykání kouření a další zdroje podpory, 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. Ne všechny licencované produkty jsou však dostupné ve všech zemích (viz **Farmakoterapie pomáhající odvykání kouření**). Kombinace krátké intervence s užitím farmakoterapie, proaktivním sledováním a kontaktem na Linku pro odvykání kouření může vyústit až ve 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 přinejmenším pro krátkou intervencí. 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 také 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 (viz **Vytvoření praxe podporující odvykání kouření**). 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 mno-**

## ho bariér, které brání pacientům přestat kouřit:

- Nikotin je vysoce návyková látka.<sup>(23)</sup> Výrazné abstinenční příznaky se objevují minimálně u poloviny kuřáků, kteří se snaží přestat kouřit.<sup>(24)</sup> (Viz **Abstinenční nikotinový syndrom** a strategie jeho zvládnání)
- Pro kuřáky je obtížné si představit život bez cigaret.
- Někteří kuřáci jsou přesvědčeni, že by měli být schopni přestat kouřit 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 zvládnání 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 výsledek přinese pouze s malou pravděpodobností.
- Obava z uvedení pacienta do rozpaků otázkami týkajícími se kouření.
- Obava z poškození vztahu lékař-pacient.
- Předpokládaný 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 příspěvovatelů**) 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 (PL) je efektivní, existuje mnoho překážek bránících jeho 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) rezultuje v 19% úspěšnost při odvykání kouření.<sup>(35)</sup>

## Úrovně intervence

Pyramida představuje sérii následných kroků,

kteří praktičtí lékaři mohou přijmout.<sup>(36)</sup> (Viz **Pyramida intervencí**) 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, p. 175-179.

Komentář k pyramidě intervencí: dosažené zvýšení počtu kuřáků, kteří přestali kouřit a nekouří po 12 měsících.

Nekuřácká praxe: 2krát

Krátká intervence: 3krát

Střední intervence: 4krát

Intenzivní intervence: 5-7krát

## 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 (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 (viz **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 (viz **Podpora pokusu přestat kouřit: motivační přístup**), poskytněte svépomocné materiály, odkažte na dostupné služby pro odvykání kouření (viz **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 (viz **Podpora pokusu přestat kouřit: motivační přístup**).
- Návrh strategií k překonání bariér odvykání, poskytnutí svépomocných materiálů, dohodnutí dne D (**IPCRG pomoc při odvykání kouření**).
- Pomozte ve výběru vhodné farmakoterapie (viz **Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření**).
- Plánujte kontrolní návštěvy (nebo odkažte na odpovídající službu) (viz **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.

- Posudte ochotu přestat kouřit a překážky pro zanechání kouření. Prodiskutujte situace s vysokým stupněm rizika pro relaps a posudte důvěru kuřáka v úspěch odvykání (viz **Podpora pokusu přestat kouřit: motivační přístup**).

- Navrhněte strategie k překonání bariér odvykání. Zaměřte se na otázku závislosti, návyků, spouštěčů nežádoucího chování, na negativní emoce. Hleďte spolu s pacientem řešení a vytvořte plán odvykání (**IPCRG pomoc při odvykání kouření**).

- Pomozte při výběru vhodné farmakoterapie (viz **Farmakoterapie pomáhající při odvykání kouření**).

- Plánujte kontrolní návštěvy (nebo odkažte na odpovídající službu) (viz **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 nejhodnější 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 844 600 500, funguje za místní hovorné z celé republiky v každý pracovní den od 12,00 hodin 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, efektivnější se však ukázaly být telefonní linky poskytující proaktivní či zpětné rozhovory.<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

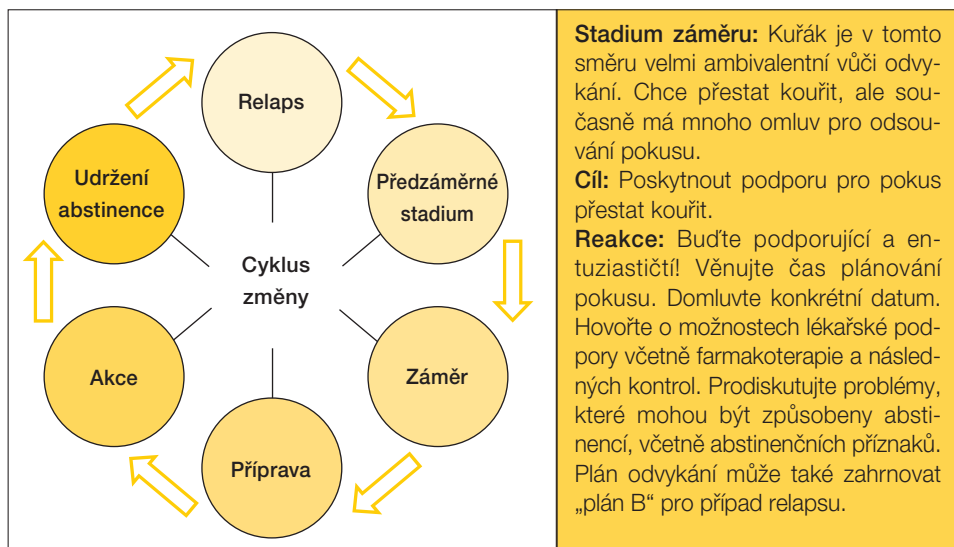
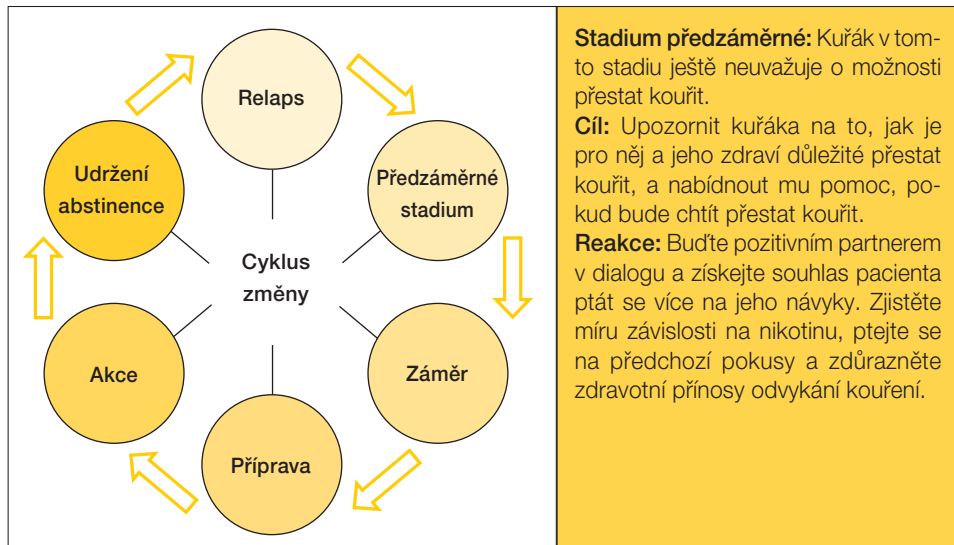
Zdravotníci v primární péči mohou pomoci podpořit kuřáka před pokusem přestat kouřit, v průběhu pokusu, po úspěšném pokusu i během eventuálního relapsu.<sup>(43, 44)</sup> Porozumění různým stadiím, kterými lidé procházejí ještě před změnou chování, pomáhá zeptat se ve správný čas na správné otázky,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

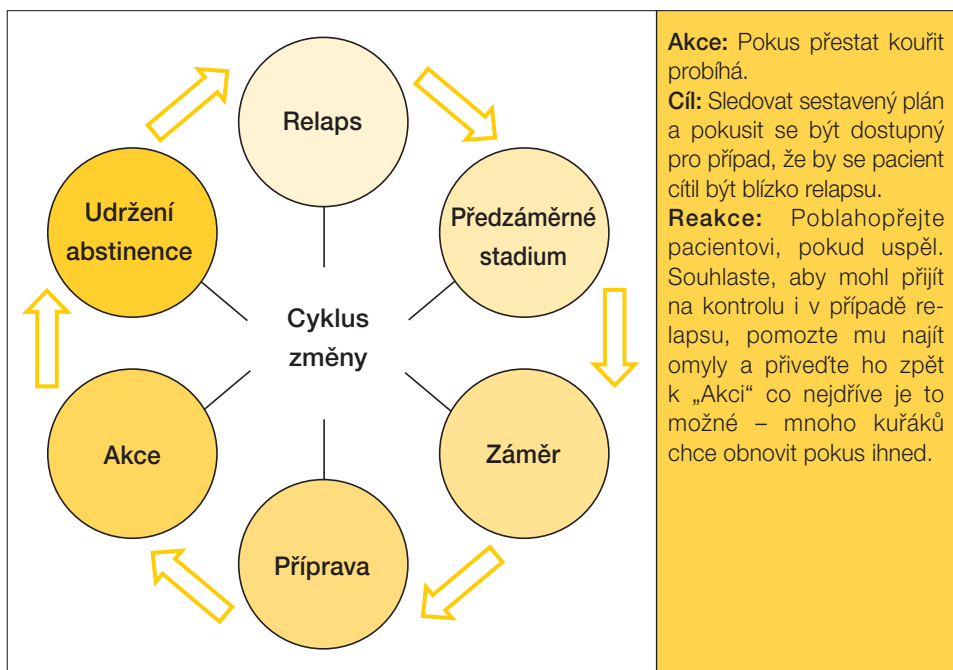
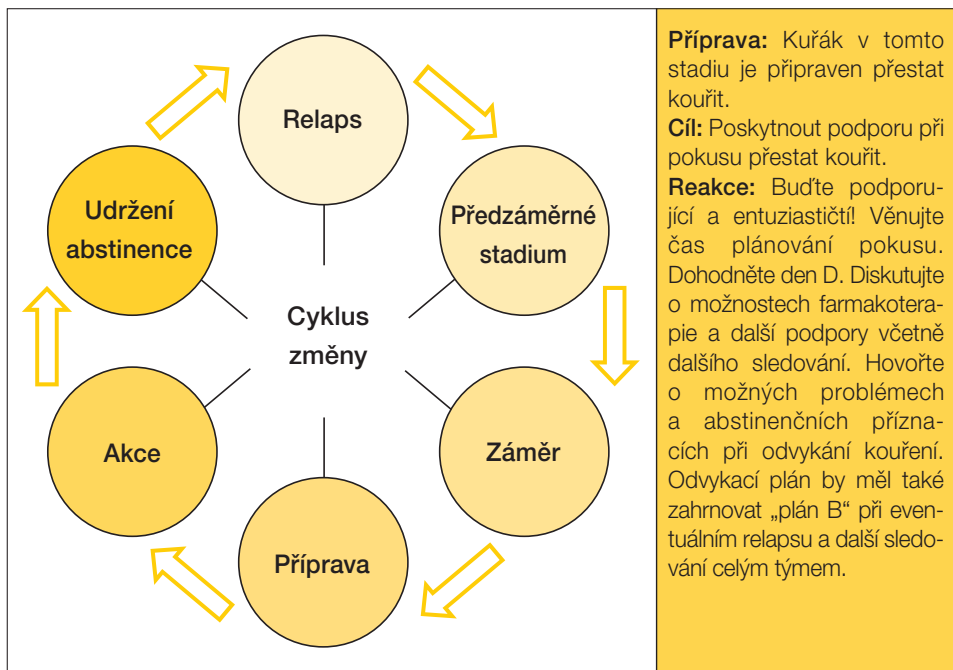
Stadia tzv. cyklu změny (precontemplation – předzáměrné stadium, contemplation – stadium záměru, determination – příprava, action – akce, relapse and maintenance – relapsy a udržení abstinence) mohou být reflektována v průběhu procesu rozvažování a následného odvykání nebo naopak během relapsů a opětovného 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.

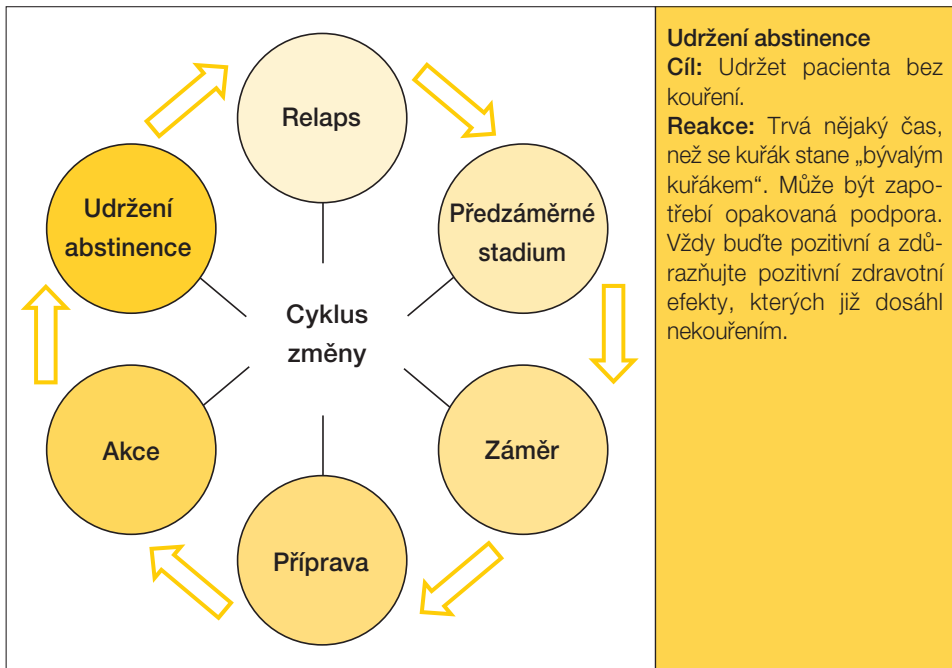
Model může pomoci klinikům pracovat s pacientem v průběhu času a podporovat ho. Cílem tedy není dosáhnout abstinence tady a teď, ale přiblížit pacienta pokusu přestat kouřit. Někteří kuřáci se mezi stadii pohybují rychle, u jiných může tento proces trvat roky. Proces je dynamický a zdravotnický tým musí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



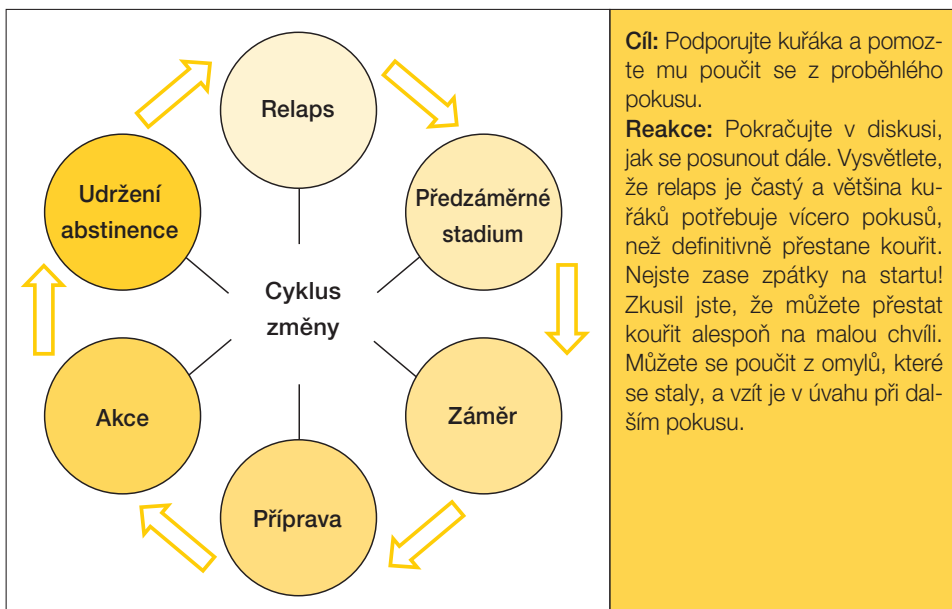




### Udržení abstinence

**Cíl:** Udržet pacienta bez kouření.

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



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

**Reakce:** Pokračujte v diskusi, jak se posunout dále. Vysvětlíte, 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.

Cyklus změny

Podle PROCHÁZKA, JO., DICLEMENTE, CC. J Consult Clin Psychol, 1983, 51, p. 390–395.

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.



## Obecné principy, které mohou pomoci podpořit kuřáka

Motivující, nehodnotící přístup během konzultace pomůže angažovat pacienta spíše než hodnotící, direktivní styl.<sup>(47, 48, 49)</sup> Hráť 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 diskusi o výhodách a nevýhodách provedení pokusu přestat kouřit.<sup>(50)</sup> (Viz **Motivační tenze**).

## 5A = 5P

Přístup nazvaný 5A (v češtině 5P) je popisován v literatuře jako úspěšný mechanismus pro provázení 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 diskuse o odvykání kouření.

Zde jsou některé otázky, které mohou pomoci otevřít diskusi 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 podle vás vedou k úspěchu v odvykání kouření?

**ASSESS** – Posudte 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?
- Jak vám na stupnici 1–10 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:

- Nakolik na stupnici od 1 do 10 věříte ve svou schopnost přestat kouřit?
- Pokud svoji důvěru kuřák ohodnotí nízko, např. 2 nebo 3, ptejte se, co by zvýšilo jeho sebedůvěru na stupeň 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 abstinenci 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** = poradte vhodné strategie zvládnání 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.
- Poradte 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.
- Abstinenci 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 zvládnání abstinenci příznaků (viz **Abstinenci 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 (viz **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 určit den D.
- Poskytnout svépomocné materiály.
- Zjistit potenciální bariéry a obtíže předpokládané pacientem.
- Zhodnotit potřebu farmakoterapie a doporučit její užívání u pacientů závislých na nikotinu.
- Odkázat na Linku pro odvykání kouření či na proaktivní zpětné telefonické rozhovory, pokud jsou k dispozici (viz **Linky pro odvykání kouření**).

**ARRANGE** follow up = plánujte kontrolní návštěvy.

Třetina kuřáků začne kouřit během prvního týdne a další třetina relabuje do 4 týdnů. Je důležité si tento fakt uvědomit 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 relapsu vyhnout.
- Povzbudte 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 placeboem.<sup>(49, 51, 52, 53, 54)</sup> Ačkoli přístup k farmakoterapii je v různých zemích různý, tam, kde je dostupná, může být důležitým doplňkem k poradenství u kuřáků závislých na nikotinu. Kuřáci deseti a více cigaret denně, pokud jsou rozhodnuti 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 redukcí závažnosti abstinenci příznaků nahrazením nikotinu v krvi. Tím redukuje abstinenci 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 sprej, inhalátory a pastilky či tablety, ale 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 2krát.<sup>(51)</sup>

### Obecné principy užívání NTN

- Zahajte NTN v den předcházející dni D (například náplasti by měly 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 (viz **Koncentrace nikotinu v krvi**).
- Ke snížení abstinčních příznaků používejte dostatečnou dávku NTN.
- Předepisujte ji na dobu dvou týdnů, plánujte kontrolní návštěvy k poskytnutí podpory po dvou týdnech (viz **Podpora pokusu přestat kouřit**).
- Předepisujte plnou dávku po dobu 6–8 týdnů, poté ukončete či redukuje dávku postupně během čtyř týdnů (viz **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 nikotinovým 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 veli-

kostech, 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 (viz **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 (viz **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 kuřáků, kteří vydrželi 12 měsíců nekouřit, se při užití nikotinových tablet pohybuji okolo 17 %.<sup>(51)</sup>

- Nikotinové tablety uvolňují 2 mg či 4 mg nikotinu v průběhu 30 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 abstinčních 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 dlouhodo-

bou úspěšnost proti samostatné terapii, kombinace těchto forem se jeví rozumná v případech, kdy maximální terapie jedním z těchto preparátů je nedostatečná.<sup>(58)</sup>

Bupropion je typicky předepisován jako bupropion SR 150 mg dvakrát denně (s redukcí dávky na 1krát 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 12měsíčním sledování.<sup>(56)</sup>

- 7 až 12 % pacientů netoleruje vedlejší účinky užívání a medikaci přerušuje.

- Vážnými vedlejšími příznaky užívání bupropionu jsou nespavost (nad 30 %), sucho v ústech (10–15 %), bolesti hlavy (10 %), zácpa (10 %), nauzea (10 %) a agitovanost (5–10 %).

- Jeden 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. Známé 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 abstinenčních 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 nauzeu (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 týdnu před dnem D nejprve 0,5 mg 1krát denně po 3 dny, poté 4 dny 0,5 mg 2krát denně, ode dne D 2krát 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 a 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 dokážou přestat kouřit. Zvláště nebyl žádný rozdíl ve studiích, které srovnávaly účinnost aktivní a inaktivní akupunktury. Autoři metaanalýz konstatovali, že vzhledem k metodologickým problémům ne-

Ize 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 pokoušejí oslabit přání kouřit, jiné posílit vůli přestat kouřit a další pomoci se koncentrovat na odvykáč 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, předčasnou porodu 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 před otěhotněním. V reálném světě většina žen, které plánují založit rodinu, toto optimum nesplní. Těhotenství je tak impulsem pro pokus přestat kouřit.<sup>(71)</sup> Nejvhodnější pro matku i dítě je přestat kouřit ještě před otěhotněním nebo co nejdříve v průběhu těhotenství.

Asi 20–30 % těhotných žen – kuřaček 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 kou-

ření 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 % kuřáků 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 ochranným faktorem proti zahájení kouření.
- Tlak vrstevníků, reklama, vliv médií a obavy z nárůstu váhy mohou dospívající také ovlivnit, aby začali kouřit.<sup>(49)</sup> Progrese od nekouření k počátku kouření a dále k pravidelnému kouření se vyvíjí v mnoha identifikovaných stadiích, 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 diskusi, 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, zlepší 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 kouřením zlepšuje 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 anamnézou deprese, ale i bez ní.<sup>(67)</sup> Je třeba pamatovat na to, že bupropion může v interakci s jinými léčivými zvýšit pohotovost ke křečím.

### Zdravotní přínosy odvykání kouření

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

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

## Abstinenční nikotinový syndrom

Zdroj: 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 touha po nikotinu	60 70
< 4 týdny	podrážděnost či agrese deprese zhoršená schopnost odpočinku	50 60 60
< 10 týdnů	zvýšená chuť k jídlu	70

### 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, Ukradne; John Litt, Australia; Ana Moran, Spain; Kawaldip Sehmi, European Quitlines; Hakan Yaman, Turkey; Nick Zwar, Australia; Project management by Siân Williams; Administratiou: 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)

Tištěná verze je také k dispozici na vyžádání na sekretariátu IPCRG (email Sam. Knowles@abdn.ac.uk) nebo u reprezentantů firmy Pfizer.

### 4 'D'

Toto jsou návrhy pro zvládání chuti na cigaretu a cesty ke snížení rizika relapsu. Chuť

na cigaretu je nejčastější v několika prvních dnech od poslední cigarety.<sup>(59)</sup>

**DRINK.** Pijte pomalu vodu a držte ji déle v ústech pro uchování její chuti.

**DEEP breathe.** Zhluboka dýchejte. Pomalu se nadechněte a opět pomalu vydýchnete.

**DO.** Dělejte nějakou činnost, abyste odvrátili svoje myšlenky od kouření. Fyzická námaha a cvičení jsou dobrou alternativou.

**DELAY.** Nepoddávejte se chuti kouřit. Po pěti minutách chuť na cigaretu slábne a vaše rozhodnutí nekouřit se vrátí zpět.

(Viz **IPCRG pomoc při odvykání kouření**)

### Pyramida reality odvykání kouření

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 sekund až 5 minut, s průměrnou rutinní konzultací trávící 30–60 sekund.

V průměru praktický lékař stráví méně než

## 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.wvh.be/Page.aspx?id=945> • **Flemish**

---

### Netherlands

**CHAVANNES, NH., KAPER, J., FRIJLING, BD., Van der LAAN, JR., JANSEN, PWM., GUERROUJ, S., DRENTHE, AJM., BAX, W., WIND, LA.** *NHG-Standaard Stoppen met roken.* Huisarts en Wetenschap, 2007, 50, p. 306–314.

[http://nhg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_104\\_TICH\\_R194921324831550](http://nhg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_104_TICH_R194921324831550) • **Dutch**

---

### Spain

**TORRECILLA GARCÍA, M., PLAZA MARTIN, MD., RUANO GARCÍA, R.** Consejo medico e intervención minima sistematizada. En **BARRUECO FERRERO, M., et al.** *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.* Capítulo IV, 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.* *Torax*, 2000, 55, 12, p. 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**

**FJORD, 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 preskripcie forem NT

Zdroj: MOLYNEUX, A. *Nicotine replacement therapy*. BMJ, 2004, 328, p. 454–456.

Forma	Dávka	Způsob užívání
Náplast	16h náplast: 15, 10 nebo 5 mg; 24h náplast: 21, 14 nebo 7 mg	Aplikujte jednu náplast denně na čistou, neporušenou pokožku. Sundejte před spaním (16h náplast) nebo příští ráno (24h náplast). Aplikujte novou náplast na jiné místo.
Žvýkačka	2 nebo 4 mg na 1 ks	Žvýkejte žvýkačku, dokud se neobjeví silná chuť, zbytek odložte mezi dásně a tvář. Žvýkejte znovu, když chuť zeslábně.
Inhalátor	10 mg v jedné náplni	Inhalujte podle potřeby.
Podjazyková tableta	2 nebo 4 mg na 1 ks	Nechte pomalu rozpouštět pod jazykem.
Pastilka	1, 2 nebo 4 mg v jednom ks	Umístěte mezi dásně a tvář a nechte rozpustit.
Nosní sprej	10 mg/ml, 0,5 mg na dávku	Jeden střík do každé nostrily dle potřeby.

Nežádoucí účinky všech forem: pálení v krku, škytavka, indigestce, nauzea, bolest hlavy, palpitace (ale bez škytání pro inhalátor a navíc svědění, zarudnutí a vyrážka pro náplasti). Doporučte kuřákům, aby v průběhu užívání NTN nekouřili.

jednu minutu rutinní konzultací týkající se odvykání kouření.<sup>(81, 82)</sup> Spodní patro pyramidy NEVYŽADUJE žádný čas praktického lékaře pro konzultaci. Aktivity jsou zde směřovány pro 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>

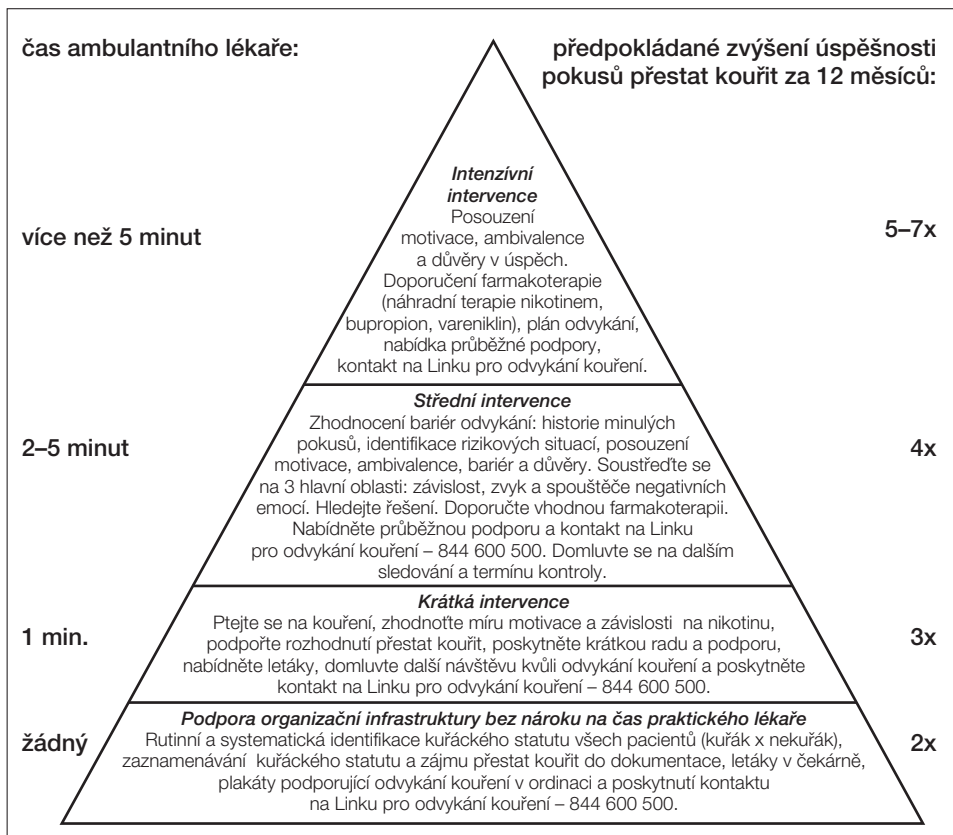
To znamená, jestliže většina praktických lékařů bude ve své praxi zaznamenávat kuřácký status pacienta, bude odkazovat na Linku pro odvykání kouření a vydávat materiály podporující odvykání kouření, populační dopad těchto aktivit bude větší než efekt malého množství lékařů provádějících intenzivní intervenci.

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

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>



Dle LITT, J., LING, MY., MCAVOY, B. *How to help your patients to quit: Practice based strategies for smoking cessation.* Asia Pacific Family Medicine, 2003, 3, p. 175–179.

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-contemplatiou) stadia popisovaného v cyklech změny.<sup>(44)</sup>

E: Ambivalentní kuřák. Začíná vážit výhody a nevýhody kouření. Podporující intervence v tomto záměrném (contemplatiou) stadiu může pomoci kuřákovi připravit se na pokus

přestat kouřit a stadium akce. Nevhodná intervence může zpozdit 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 klinickým vystihnout bod, ve kterém se v rámci své kuřácké kariéry pacient nachází, a přizpůsobit tomu vhodně svůj přístup.

Kuřák může mít přání přestat kouřit, které se časově mění v důsledku:

- starosti o zdraví
- nespokojenosti s finančními náklady na kouření
- pocitu viny či studu při kouření
- pocitu znechucení (zhnusení) z kouření
- naděje na úspěch při pokusu přestat kouřit

Přání nebo potřeba zanechání kouření jsou v konfliktu s nutkáním a přáním v něm pokračovat, které vyplývají z:

- předpokládaného požitku z cigarety
- potřeby příští cigarety
- obavy ze ztráty sebeúcty, pokud pokus o odvykání selže
- obavy z nepříjemných krátkodobých důsledků zanechání kouření
- přání nebo potřeby zachovat si vnímané přínosy kouření

V závislosti na intenzitě vzájemně si konkurujících přání a potřeb může konflikt vyústit v:

- vyloučení představy o zanechání kouření z mysli
- formulaci záměru přestat kouřit v nějakém nejasně stanoveném budoucím čase
- formulaci určitého plánu přestat kouřit v nějakém budoucím čase
- rozhodnutí přestat okamžitě

Nabídka léčby může tuto rovnováhu změnit – malé věci mohou mít velký vliv na akce.

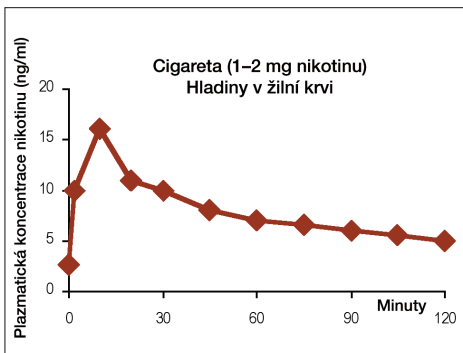
Zdroj: AVEYARD, P., WEST, R. *Managing smoking cessation*. BMJ, 2007, 335, p. 37–41.

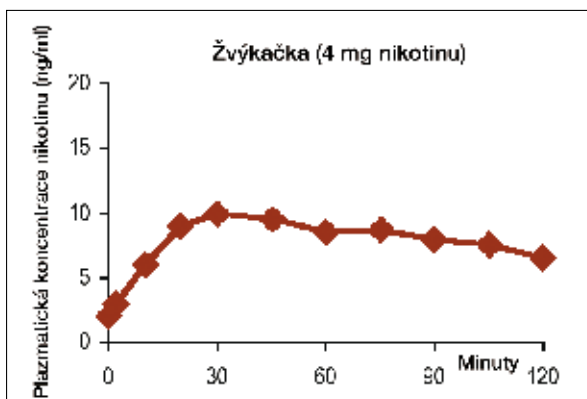
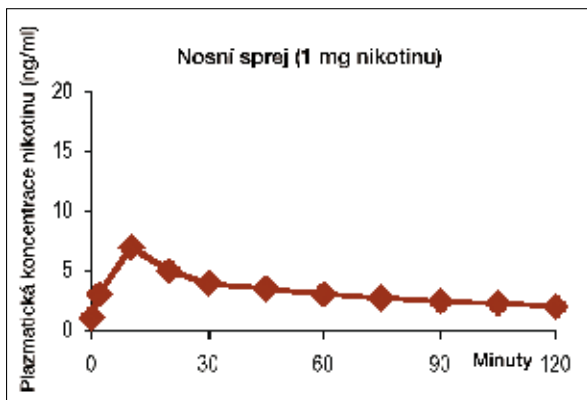
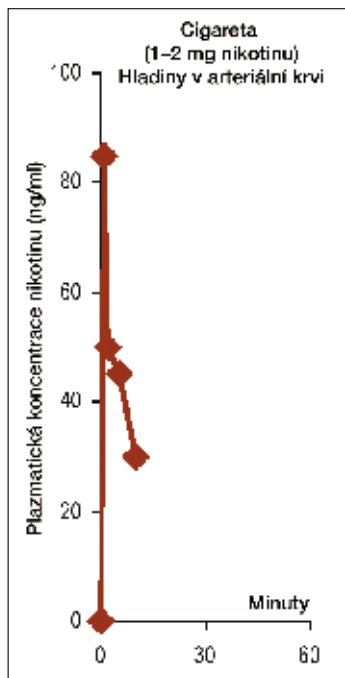
(Adapted from WEST, R., SHIFFMAN, S. *Smoking cessation: fast facts*. Oxford : Health Press, 2007)

## Motivační tenze

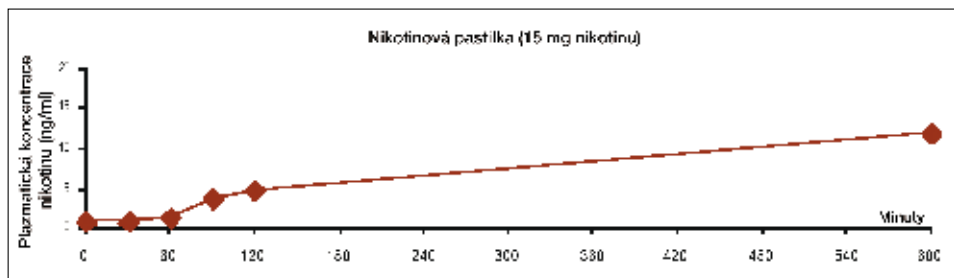
Většina kuřáků si přeje přestat kouřit,<sup>(10, 11)</sup> a vítá proto příležitost k diskusi o možnostech podpory při odvykání kouření.<sup>(13)</sup> Na pacienta zaměřený přístup (patient-centred approach) znamená ptát se pacientů na jejich kouření, uvědomovat si, že to mohli zkoušet již několikrát v minulosti a probírat s nimi existující možnosti podpory při pokusu přestat kouřit.<sup>(60)</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.

## Plazmatické koncentrace nikotinu po podání jedné dávky nikotinu





Adaptováno podle HENNINGFIELD, JE. *Nicotine medications for smoking cessation*. N Engl J Med, 1995, 333, p. 1196–1203.



## Literatura

- LOPEZ, AD., COLLISHAW, NE., PIHA, T. *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*. Tob Kontrol, 1994, 3, p. 242–247.
- EDWARDS, R. *The problem of tobacco smoking*. BMJ, 2004, 328, p. 217–219.
- World Health Organization. *The Tobacco Atlas*. Ženeva, 2002, [http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco\\_atlas/en](http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en)
- PRABHAT, J., CHALOUKKA, FJ., CORRAO, M., BINU, J. *Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage*. Drug Alcohol Rev, 2006, 25, p. 597–609.
- 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)
- BOSTOCK, Y. *Searching for the solution. Women, smoking and inequalities in Europe*. Health Development Agency. London, 2003, <http://www.inwat.org/pdf/INEQUALITIES.pdf>.
- 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, p. 759–762.
- 10. TAILOR, T., LADER, D., BRYANT, A., KEYSEE, L., McDUFF, T.J., 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, p. 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
- 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, p. 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, p. 129–131.
- 16. ZWAR, NA., RICHMOND, RL.** *Role of the general practitioner in smoking cessation.* *Drug Alcohol Rev*, 2006, 25, p. 21–26.
- 17. DUASO, M., CHEUNG, P.** *Health promotion and life-style advice in general practice: what do patients think?* *J Adv Nurs*, 2002, 39, p. 472–479.
- 18. RICHMOND, R., KEHOE, L., HEATHER, N., KODAK, A., WEBSTER, I.** *General practitioners' promotion of healthy life styles: what patients think.* *Aust NZ J Pub Health*, 1996, 20, p. 195–200.
- 19. SCIAMANNA, C., NOVAK, S., HOUSTON, T., TRAMPING, R., MARCUS, B.** *Visit satisfaction and tailored health behavior communications in primary care.* *Am J Prev Med*, 2004, 26, p. 426–430.
- 20. BARZILAI, D., GOODWIN, M., STANGE, K.** *Does health habit counseling affect patient satisfaction?* *Prev Med*, 2001, 33, p. 595–599.
- 21. SVAVARSDOTTIR, MH., HALLGRÍMSDOTTIR, G.** *Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling.* *J Clin Nurs*, 2007, 16, p. 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, p. 1087–1094.
- 23. JARVIS, MJ.** *Why people smoke.* *BMJ*, 2004, 328, p. 277–279.
- 24. HUGHES, JR.** *Effects of abstinence from tobacco: etiology, animal models, epidemiology, and significance: a subjective review.* *Nicotine Tob Res*, 2007, 9, p. 329–339.
- 25. BROWN, RA., LEJUEZ, CW., KAHLER, CW., STRONG, DR., ZVOLENSKY, MJ.** *Distress tolerance and early smoking lapse.* *Clin Psychol Rev*, 2005, 25, p. 713–733.
- 26. WEINSTEIN, ND., SLOVIC, P., GIBBON, G.** *Accuracy and optimism in smokers' beliefs about quitting.* *Nicotine Tob Res*, 2004, 6, Suppl 3, S375–S380.
- 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, p. 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, p. 117–125.
- 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, p. 140–145.
- 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, p. 16–22.
- 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, p. 1423–1431.
- 32. ZOUNY, 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, p. 14–20.
- 33. CASTALDO, J., NESTER, J., WASSER, T., MASIADO, T., ROSSI, M., ZOUNY, M., et al.** *Physician attitudes regarding cardiovascular risk reduction: the gaps between clinical importance, knowledge, and effectiveness.* *Dis Manag*, 2005, 8, p. 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, p. 299–312.
- 35. WEST, R., McNEILL, A., RAW, M.** *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update.* *Torax*, 2000, 55, p. 987–999.
- 36. LITT, J., LING, MY., McAVOY, B.** *How to help your patients quit: practice-based strategies for smoking cessation.* *Asia Pacific Fam Med*, 2003, 2, p. 175–179.
- 37. LANCASTER, T., SILANY, 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
- 38. JAMROZIK, K.** *Policy priorities for tobacco control.* *BMJ*, 2004, 328, p. 1007–1009.
- 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, p. 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, p. 325–332.
- 42. BORLAND, R., SEGAN, CJ.** *The potential of quitlines to increase smoking cessation.* *Drug Alcohol Rev*, 2006, 25, p. 73–78.

43. MILLER, WR., ROLLNICK, S. *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*. New York : The Guildford Press, 1991.
44. ROLLNICK, S., HITLER, CC., McCAMBRIDGE, J., KINNERSLEY, P., ELWYN, G., RESNICOW, K. *Consultations about changing behaviour*. BMJ, 2005, 331, p. 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, p. 390–395.
46. PRIGNOT, J. *A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles*. Tob Kontrol, 2000, 9, p. 11.
47. SORIA, R., EGIDO, A., ESCOLANO, C., LÓPEZ YESTE, A., MONTOYA, J. *A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation*. Br J Gen Pract, 2006, 56, p. 768–774.
48. RUBAK, S., SANDBAEK, A., LAURITZEN, T., CHRISTENSEN, B. *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. Br J Gen Pract, 2005, 55, p. 305–312.
49. FJORD, 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, p. 37–41.
51. SILANY, 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, p. 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, p. 300.
55. MOLYNEUX, A. *Nicotine replacement therapy*. BMJ, 2004, 328, p. 454–454.
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, p. 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, p. 59–71.
59. HENRICHSEN, SH. *Helping patients quit smoking: brief interventions for healthcare professionals*. IPRCG Opinion 3. www.theiprcg.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
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, p. 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, p. 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, p. 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, p. 47–55.
65. WHITE, A., RESCH, KL., ERNST, E. *A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation*. Tob Kontrol, 1999, 8, p. 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
67. ABBOT STEAD, LF., WHITE, AR., BARNES, J. *Hypnotherapy for smoking cessation*. Art. No.:CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008
68. LUMLEY, J., OLIVEK, 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, p. 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, p. 897–890.
71. COLEMAN, T. *Special groups of smokers*. BMJ, 2004, 328, p. 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, p. 233–238.
73. **World Conference on Tobacco OR Health 2000.** *Tobacco fact sheet*. 2000, August, <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, p. 363–386.
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, p. 704–710.
76. KLEIN, JD. *Adolescents and smoking: the first puff may be the worst*. Can Med Assoc J, 2006, 175, p. 262.
77. GRIMSHAW, GM., STANTON, A. *Tobacco cessation interventions for young people*. Cochrane Database Systematic Reviews. 2006(4):CD003289
78. McNEIL, A. *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, p. 97–107.
80. RACGP. *Putting Prevention into Practice. Guidelines for the implementation of prevention in the general practice setting*. 2<sup>nd</sup> 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, p. 167–176.
82. HUMAIR, JP., WARD, J. *Smoking-cessation strategies observed in videotaped general practice consultations*. Am J Prev Med, 1998, 14, p. 1–8.
83. ROSE, G. *Sick individuals and sick populations*. Int J Epidemiol, 1985, 14, p. 32–38.
- Překlad: MUDr. Lenka Štěpánková.



Publikováno se souhlasem IPCRG.