proLékaře.cz | 7.11.2026

Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku

Eva Králíková, Richard Češka, Alexandra Pánková, Lenka Štěpánková, Kamila Zvolská, Vladislava Felbrová, Stanislava Kulovaná, Miroslav Zvolský

Vnitř Lék 2015; 61(5, Suppl 1): 1S4–1S15

Obsah

1. Úvod 1S5

2. Diagnostika 1S6

3. Léčba 1S7

3.1. Behaviorální a psychosociální intervence 1S8
3.2. Farmakologická léčba 1S9
3.2.1. Vareniklin 1S9
3.2.2. Náhradní terapie nikotinem (NTN) 1S9
3.2.3. Bupropion 1S10
3.2.4. Kombinace farmakoterapie 1S10
3.3. Krátká intervence 1S10
3.4. Centra pro závislé na tabáku 1S11

4. Harm reduction v užívání tabáku 1S11

5. Doporučení pro specifické skupiny 1S11

6. Závislost na tabáku v rámci zdravotnictví 1S12

7. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku 1S13

8. Zkratky 1S13

9. Literatura 1S14

proLékaře.cz | 7.11.2026

Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku

Eva Králíková[1,2,3], Richard Češka[4,5], Alexandra Pánková[1,2,3], Lenka Štěpánková[1,3], Kamila Zvolská[1,3], Vladislava Felbrová[1,3], Stanislava Kulovaná[1], Miroslav Zvolský[6]

[1] *Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolizmu 1. LF UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA*
[2] *Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN Praha, přednosta doc. MUDr. Milan Tuček, CSc.*
[3] *Společnost pro léčbu závislosti na tabáku Praha, předsedkyně doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.*
[4] *Centrum preventivní kardiologie III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolizmu 1. LF UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA*
[5] *Česká internistická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, předseda prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM*
[6] *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR Praha, ředitel doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.*

Souhrn
Závislost na tabáku je příčinou každého šestého úmrtí v ČR a souvisí s nemocemi celého těla. Léčba závislosti na tabáku by měla být samozřejmou součástí léčebně preventivní péče v rozsahu dle časových možností – od krátké intervence při každém klinickém kontaktu s pacientem až po intenzivní léčbu. Zahrnuje psychosociobehaviorální podporu a farmakoterapii. Měla by se týkat všech profesí v klinické medicíně – dle doporučení WHO především lékařů, sester, lékárníků a dentistů, a měla by být hrazena v rámci zdravotnických systémů. Z ekonomického hlediska je to jedna z nejvýhodnějších intervencí v medicíně. V naší populaci kouří asi 30 % jedinců ve věku nad 15 let (tedy asi 2 200 000 osob), diagnóza F17 se týká asi 1,75 milionu osob (zhruba 80 % kuřáků).

Klíčová slova: doporučený postup – farmaceuti – léčba – lékaři – závislost na tabáku – sestry – zdravotnické profese

Tobacco dependence treatment guidelines

Summary
Tobacco dependence causes every sixth death in the Czech Republic and is associated with diseases of the whole body. Treatment of tobacco dependence should be a standard part of clinical care to the extent of time available – from brief intervention at each clinical contact with patients up to intensive treatment. It includes psycho-socio-behavioural support and pharmacotherapy. It should apply to all professions in clinical medicine – as recommended by WHO mainly doctors, nurses, pharmacists and dentists, and should be covered within health care systems. Economically, it is one of the most cost-effective interventions in medicine. In our population over 15 years about 30 % smokes (about 2.2 million people), diagnosis F17 relates to approximately 1.75 million people (about 80 % of smokers).

Key words: doctors – health care professions – nurses – pharmacists – practice guideline – tobacco dependence – treatment

proLékaře.cz | 7.11.2026

1. Úvod

Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění, které zkracuje život více než polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i v ČR je příčinou každého 6. úmrtí, a to především na onkologická a kardiovaskulární onemocnění, dále způsobuje více než 80 % chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. V ČR dochází každoročně k 16 000 úmrtí, tedy 44 úmrtím denně, způsobených kouřením [1]. Diagnóza F17 je samostatnou nozologickou jednotkou v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (tab. 1) [2] a v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM 5) Americké psychiatrické společnosti (tab. 2) [3]. I když naprostá většina kuřáků zkouší přestat bez cizí pomoci, úspěšnost těchto pokusů bez asistence je nízká. V ČR kouří asi 30 % dospělé populace, tedy více než 2 miliony osob (asi 2 200 000). Asi 60–70 % z nich, tedy více než 1,5 milionu, si přeje přestat [4].

Dostupnost podpory a léčby pro ty kuřáky, kteří chtějí přestat, je jedním z bodů kontroly tabáku pro jednotlivé zdravotníky i pro celý zdravotní systém. Doplňuje jiné přístupy (vývoj daní z tabákových výrobků, restrikce jejich užívání a reklamy, regulace jejich obsahu a obrázková zdravotní varování, případně jednotná balení, nekuřácké veřejné prostory, informování veřejnosti a vzdělávání),

Tab. 1. Přehled vybraných kódů dle MKN-10 souvisejících s užíváním tabáku [2]

F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku	
F17.1 škodlivé použití	příklad: užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví poškození může být somatické, nebo psychické abúzus psychoaktivní látky
F17.2 syndrom závislosti	soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí
F17.3 odvykací stav	skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání odvykací stav může být komplikován křečemi
P04 postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem	
P04.2 postižení plodu a novorozence užíváním tabáku matkou	
T65 toxický účinek jiných a neurčených látek	
T65.2 tabák a nikotin	
Z50 péče s použitím rehabilitačních výkonů	
Z50.8 Péče s použitím jiných rehabilitačních výkonů	rehabilitace zaměřená na závislost na tabáku cvičení aktivit denního života (ADL), nezařazené jinde
Z58 problémy spojené s přírodním prostředím	
Z58.7 vystavení tabákovému kouři	pasivní kouření **nepatří sem:** poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (F17.–) abúzus psychoaktivní látky v osobní anamnéze (Z86.4) užívání tabáku (Z72.0)
Z71 osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami pro jinou poradu nebo lékařskou radu, nikde jinde nezařazenou	
Z71.6 porada při abúzu tabáku	**nepatří sem:** rehabilitace zaměřená na abúzus tabáku (Z50.8)
Z72 problémy spojené se životním stylem	
Z72.0 užívání tabáku	**nepatří sem:** závislost na tabáku (F17.2)
Z81 duševní poruchy a poruchy chování v rodinné anamnéze	
Z81.2 Zneužívání – abúzus – tabáku v rodinné anamnéze	stavy zařaditelné do F17.–

proLékaře.cz | 7.11.2026

Tab. 2. Definice závislosti a diagnostika. Upraveno podle Americké psychiatrické společnosti (DSM-V) [3]

Užívání tabákových výrobků déle než rok znamená naplnění nejméně 2 položek v následujících třech skupinách. Celkem uvádí DSM-V 11 symptomů ve 3 skupinách (A, B, C)	
A. tabák je užíván ve větším množství a déle než bylo plánováno:	1. neúspěšná snaha přestat užívat nebo redukovat užívání tabáku
	2. nadměrné množství času věnované získávání nebo užívání tabákových výrobků
	3. nutkavá potřeba užívat tabák
	4. nesplnění povinností nebo závazků kvůli užívání tabáku
	5. další užívání tabáku i přes nepříznivé sociální nebo společenské dopady
	6. vynechání sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch užívání tabáku
	7. užívání tabáku v rizikových situacích
	8. další užívání tabáku i přes vědomí fyzických nebo psychických problémů přímo tím způsobených
B. tolerance nikotinu, což se projevuje:	9. potřebou stále vyšších dávek nikotinu k dosažení žádoucího účinku
C. abstinenční příznaky po vysazení tabáku, což se projeví:	10. objevením abstinenčních příznaků typických pro nikotin
	11. vyšší potřebou nikotinu nebo jiného substitučního léku k potlačení abstinenčních příznaků
Klinik by měl **abstinenci dále specifikovat**:	1. časná remise – bez užívání tabákových výrobků 3–12 měsíců
	2. trvalá remise – bez užívání tabákových výrobků > 12 měsíců
	3. na dlouhodobé léčbě – např. náhradní terapie nikotinem
	4. v kontrolovaném prostředí – např. v nemocnici nebo vězení, kde není možné kouřit
Podrobnější stanovení **míry závislosti na tabáku**:	Z72.0: Osoby, které se setkaly s užíváním tabáku (2–3 symptomy)
	F17.2: syndrom závislosti (střední): 4–5 symptomů
	F17.2: syndrom závislosti (silný): 6 a více symptomů

ale má specifickou cílovou skupinu: kuřáky, kteří si přejí přestat kouřit a potřebují pomoc [5]. Prevence užívání tabáku (v případě úspěšnosti!) by snížila výskyt nemocí za 30–50 let, zatímco odvykání kouření dospělých kuřáků zlepší zdraví populace rychleji, za 20–30 let [6,7]. Začlenit léčbu závislosti na tabáku do zdravotních systémů doporučuje ve svém § 14 i Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO – Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), <http://www.fctc.org>, platná od 28. 2. 2005, kterou ČR ratifikovala v roce 2012 [8].

Přesto podpora a léčba závislosti na tabáku není ještě samozřejmou součástí všech evropských zdravotnických systémů, a to ani v ČR. Paradoxně v protikladu s omezenou dostupností léčby závislosti na tabáku jsou extrémně široce dostupné tabákové výrobky.

Ačkoli některých oborů medicíny se tato doporučení týkají více a jiných méně, jsou tato doporučení relevantní pro všechny klinické obory i všechny zdravotnické profesní skupiny. Přehled doporučených postupů většiny zemí je na <http://www.treatobacco.org>, doporučujeme zejména věnovat pozornost Austrálii, Novému Zélandu, Kanadě či UK.

2. Diagnostika

Závislost na tabáku má 2 složky: psychosociální/behaviorální a fyzickou/drogovou závislost na nikotinu.

Psychosociální a behaviorální závislostí kouření začíná (u nás bohužel nejčastěji asi ve 12–14 letech) a toto naučené chování se pak během let kouření pevně fixuje. Znamená to prožívání určitých situací s cigaretou, tzv. kuřácké stereotypy.

Drogová závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí, která snadno vzniká podle typu nikotinových acetylcholinových receptorů v mozku, jejichž stavba je asi z 50 % geneticky podmíněna. Splňuje plně definici závislosti, podle MKN-10 i DSM-V (tab. 1 a 2) [2,3]. Abstinenční tabákový syndrom je uveden v tab. 3.

Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10–15 cigaret denně a první cigaretu si potřebuje zapálit do hodiny po probuzení. Pro upřesnění je možné použít Fagerströmův test závislosti na cigaretách (Fagerström Test of Cigarette Dependence – FTCD), tab. 4 [9,10].

Diagnóza závislosti na tabáku spadá do skupiny závislostních diagnóz (tab. 1). Pro běžnou praxi doporučujeme uvádět alespoň F17.2 (závislost na tabáku – syndrom závislosti) a Z58.7 (expozice pasivnímu kouření) – ta může pacientovi pomoci pochopit význam i minimální dávky tabákového kouře, může hrát roli i např. v pediatrii (kouřící rodiče).

Základní kategorie kuřáctví [5]:

- **pravidelný (denní) kuřák**: kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně
- **příležitostný kuřák**: v době šetření kouří, ale méně než jednu cigaretu denně
- **bývalý kuřák**: kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří
- **nekuřák**: nikdy nevykouřil 100 a více cigaret

proLékaře.cz | 7.11.2026

Tab. 3. Minnesotská škála abstinenčních příznaků. Upraveno podle [36]

Prosíme, přečtěte si návod na webu <http://www.uvm.edu/~hbpl/?Page=minnesota/default.html> Pacienti vyplňují tuto škálu sami. Existuje i verze vyplňovaná terapeutem, viz uvedený odkaz. V nadpisu části pro pacienty se neuvádí výraz abstinenční příznaky cíleně, aby respondenti nebyli ovlivněni. Následuje vlastní text pro pacienty.

Prosíme, ohodnoťte, co jste pociťovali během posledních 24 hod
0 = vůbec ne **1** = nepatrně **2** = středně **3** = celkem dost **4** = velmi

1. zlost, podrážděnost, nespokojenost	0 1 2 3 4
2. úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
3. špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
4. touha kouřit	0 1 2 3 4
5. obtížné soustředění	0 1 2 3 4
6. zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
7. nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
8. neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
9. netrpělivost	0 1 2 3 4
10. zácpa	0 1 2 3 4
11. závratě	0 1 2 3 4
12. kašel	0 1 2 3 4
13. neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4
14. nevolnost	0 1 2 3 4
15. bolení v krku	0 1 2 3 4

Tab. 4. Fagerströmův test závislosti na cigaretách. Upraveno podle [9,10]

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností	
1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	do 5 min (3 body)
	do půl hod 2 body)
	do 1 hod (1 bod)
	za více než hod (0 bodů)
2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?	první po probuzení (1 bod)
	kteroukoliv jinou (0 bodů)
4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?	do 10 cigaret (0 bodů)
	11–20 cigaret (1 bod)
	21–30 cigaret (2 body)
	více než 30 cigaret (3 body)
5. Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)
6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?	ano (1 bod)
	ne (0 bodů)

Hodnocení závislosti na cigaretách: bodové rozmezí je 0–10 bodů, již jeden bod určitou závislost znamená.

3. Léčba

Léčba by měla být hrazena v rámci zdravotních systémů stejně jako léčba jiných nemocí [8]. Zahrnuje psychosociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu, přičemž lékem první volby jsou **vareniklin, náhradní terapie nikotinem a bupropion**. Jako úspěch můžeme hodnotit jen dlouhodobou abstinenci, tj. nejméně 6, raději 12 měsíců, navíc biochemicky verifikovanou: buď stanovením **CO ve vydechovaném vzduchu** nebo stanovením **kotininu** (metabolit nikotinu) **v plazmě nebo séru (kotinin v moči nebo slinách je méně přesný)**, s tolerancí maximálně do 5 cigaret za celé období 6 nebo 12 měsíců – Russellův standard [11]. Placebo má takto hodnocenou úspěšnost kolem 3–5 %, intenzivní psychobehaviorální intervence (tj. nejméně

Tab. 5a. Krátká intervence – 5 bodů (5A nebo česky 5P). Upraveno podle [5,17]

Barevně zvýrazněné jsou podstatné 3 body ve zkrácené formě.	
1. Ask – Ptát se	Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat: 1. od kolika, případně do kolika let věku kouří/kouřil 2. co kouří, případně jiná forma tabáku 3. kolik cigaret denně, případně týdně
2. Advise – Poradit	Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat
3. Assess – Posoudit	Posoudit ochotu přestat; nechce-li, je možná jen motivace: vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nálezu, diagnóze, obtížím, prognóze) pokud nechce přestat, motivovat (5R), jinak intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!)
4. Assist – Pomoci	**Pomoci** těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení farmakoterapie (vareniklin, NTN a/nebo bupropion) a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuelně doporučení do specializovaného centra pro závislé na tabáku
5. Arrange follow up – **Plánovat**	Plánovat kontrolní návštěvy

Tab. 5b. Krátká intervence – ABC – 3 body. Upraveno podle [17]

ASK	zeptat se na kouření
BRIEF ADVICE	kuřákovi jasně doporučit přestat nekuřáka pochválit a podpořit v abstinenci
CESSATION SUPPORT	nabídnout léčbu: leták, doporučení do Centra pro závislé na tabáku či jiné intenzivní léčby dle kontaktů na <http://www.sltz>.cz, telefonní linka, případně přímo intervence dle časových možností

proLékaře.cz | 7.11.2026

Příklad zápisu v dokumentaci:

Kouření od_____let do_____let, _____cigaret/doutníků/dýmek denně/týdně

Kuřák: doporučeno přestat kouřit:

1. nechce – předán informační leták

2. chce

- krátká intervence, doporučen do:
  seznam Center pro závislé na tabáku, vyškolení lékaři či poradenská centra v lékárnách je dostupný na <http://www.slzt.cz>
- intenzivní intervence + indikována farmakoterapie: _____

1 hod) asi 10 %. Farmakoterapie vždy navíc k intervenci zdvojnásobuje (NTN a/nebo bupropion), případně ztrojnásobuje (vareniklin) úspěšnost, pokud je užívaná nejméně 8–12 týdnů. Tedy farmakoterapie společně s intenzivní intervencí může dosáhnout abstinence asi u 30–35 % kuřáků [5,12–15].

Následující doporučení léčby vycházejí z amerického panelu [5], australských [16] a novozélandských [17] guidelines, Cochrane Review [13,14] i léčby v reálném životě [18] včetně ČR [15,19]. Další rozsáhlou literaturu je pak možné najít v citovaných zdrojích.

3.1. Behaviorální a psychosociální intervence

Krátká intervence (do 10 min): každý lékař by měl v dokumentaci každého pacienta identifikovat kuřáka a každému kuřákovi jasně doporučit přestat. Měl by posoudit motivaci přestat (tab. 5).

Pacient přestat **nechce**: pokusit se jej motivovat (vysvětlit souvislost kouření s nálezem, diagnózou, prognózou, obtížemi apod.) – a při další návštěvě opakovat dotaz na kuřáctví a doporučení přestat, ovšem empaticky.

Pacient přestat **chce**: zeptat se na nejčastější kuřácké situace a pokusit se jej přimět k tomu, aby si dopředu připravil náhradní řešení, jak je prožít bez cigarety, popřípadě jak se jim vyhnout. Případně doporučit některou z možností farmakoterapie. Pozvat pacienta na kontroly, zejména v prvních týdnech a měsících.

Intenzivní psychobehaviorální terapie: terapii by měl poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku – vyškolený lékař, dentista, sestra, farmaceut, adiktolog, psycholog či jiný klinický pracovník. Je to dlouhodobý program, čím delší a intenzivnější, tím účinnější (po intervenci delší než 3 hod se ale účinnost nezvyšuje). U nás standardně dostupná v Centrech pro závislé na tabáku (viz dále).

Na úvod rozhovoru s pacientem je vhodné použít **sebeposuzovací škálu**: požádat pacienta, aby ohodnotil na stupnici od 1 do 10 tyto 3 otázky (1 nejméně, 10 nejvíce):

Jak důležité je pro mě přestat kouřit?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak si věřím, že to dokážu?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak jsem připraven právě teď přestat kouřit?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pacient si **přeje** přestat: intervence dle časových možností, podpora motivace (tab. 5 a 6).

Pacient si **nepřeje** přestat: krátká intervence podporující motivaci (tab. 6).

Mezi důvody, proč pacient nechce přestat kouřit, může patřit např. nedostatek informací o škodlivých účincích užívání tabáku a výhod odvykání, finanční důvody, obavy z abstinenčních příznaků nebo demotivace z předchozích

Tab. 6. Podpora motivace (5R). Upraveno podle [5]

relevance	podpořit pacienta v hledání důvodů proč přestat kouřit specifických pro něj (zdravotní stav, rodinná situace apod), relevantně vzhledem k věku či vzdělání
risks	identifikace potenciálních negativních dopadů kouření v souvislosti s pacientovou diagnózou, prognózou, zdůraznění relevantních zdravotních rizik
rewards	identifikace potenciálních přínosů zanechání kouření relevantně k danému pacientovi (zlepšení zdraví, chuti, čichu, úspora apod)
roadbloks	identifikace možných překážek v odvykání (abstinenční příznaky, obava ze selhání, přírůstku hmotnosti, deprese, nedostatku podpory, nedostatek informací o možnostech léčby apod) a poskytnout cílené poradenství
repetition	motivační intervenci opakovat při každém klinickém kontaktu s nemotivovaným pacientem sdělit pacientům, kteří mají za sebou neúspěšné pokusy, že je většinou potřeba více pokusů, než se podaří přestat kouřit

proLékaře.cz | 7.11.2026

Tab. 7. Strategie motivačních rozhovorů s kuřákem. Upraveno podle [5]

vyjadřování empatie	používat otevřené otázky, tj. takové, na které nelze odpovědět pouze ano/ne nebo jednoslovně (jak důležité je pro vás přestat kouřit, co by se muselo stát, abyste přestal kouřit?)
	používat reflektivní naslouchání, sdílet porozumění; akceptovat právo pacienta odmítnout léčbu
rozvíjení rozporů	zdůraznit rozpory mezi pacientovým současným chováním (kouření) a hodnotami, které zastává, cíli, kterých chce dosáhnout (rodina je pro vás hodně důležitá, jak myslíte, že může působit to, že kouříte, na vaše děti?)
	podporovat řeč změny (je skvělé, že se chystáte přestat kouřit, jakmile skončí náročné období v práci)
	podporovat, pobízet ke změně (existuje léčba, která by měla pomoci zmírnit abstinenční příznaky)
zmírňování odporu	poskytovat reflexe, když pacient vyjadřuje odpor (vypadá to, že se cítíte pod tlakem, pokud jde o kouření)
	vyjadřovat empatii (obáváte se abstinenčních příznaků)
	zeptat se na souhlas s poskytnutím informací (zajímalo by vás, co by vám mohlo během odvykání pomoci?)
podpora vlastní kompetence	podpořit pacienta – minulé pokusy jsou zkušeností, ze kterých lze čerpat
	nabídnout volbu malých kroků směřujících k zanechání kouření (odkaz na informace, první krok přestat kouřit jen v domácnosti apod)

neúspěšných pokusů. Tito pacienti mohou reagovat na krátké motivační intervence, které jsou založeny na principech motivačních rozhovorů (tab. 6 a 7).

Pacient, **který přestává**: Pacienti, kteří právě přestávají kouřit, jsou ve velkém riziku relapsu. Pro dosažení dlouhodobé abstinence je proto doporučeno použití nejefektivnější dostupné léčby, tedy psychobehaviorální terapie a farmakoterapie. Lékař může pomoci najít/shrnout výhody abstinence, pomoci řešit reziduální problémy plynoucí z odvykání, které by mohly vést k relapsu (špatná nálada až deprese, přírůstek hmotnosti, silné nebo prolongované abstinenční příznaky, alkohol, jiní kuřáci v domácnosti, „uklouznutí" (laps). Zdůraznit, že jediná cigareta může kuřáka vrátit ke kouření. Pogratulovat k abstinenci, podpořit v ní. Zhodnotit/posoudit účinnost, popř. vedlejší účinky farmakoterapie, pokud ji pacient užívá.

3.2. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu, či pro ty, kteří nedokázali přestat bez léčby. Farmakologická léčba zabraňuje abstinenčním příznakům – pacient by neměl očekávat, že mu zabrání kouřit. K tomu je vždy nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu. Proto je farmakologickou léčbu třeba vždy kombinovat s psychobehaviorální intervencí.

3.2.1. Vareniklin

Vareniklin (Champix, 0,5 a 1 mg) je parciálním agonistou nikotinových acetylcholinových receptorů, subtypu $\alpha_4\beta_2$, který je typický pro snadný vznik závislosti a její intenzivnější formu. Je jednak agonistou nikotinu – po navázání na receptory se vyplaví dopamin v nucleus accumbens (pacienti uvádějí „nepotřebuji nutně kouřit" či „necítím se bez cigaret nijak mizerně"), jednak antagonistou – po vykouření cigarety se nikotin nemůže navázat na receptory, protože jsou obsazené vareniklinem a další dopamin po potažení se tak nemůže uvolnit, nepřichází typický pocit odměny (pacienti uvádějí „jako bych kouřil seno" nebo „není to ono").

Champix má úvodní balení na 2 týdny, kterým bychom měli začít a pacienta zkontrolovat na konci 2. týdne (potřebuje méně kouřit, cigareta chutná jinak = je nositelem $\alpha_4\beta_2$ receptorů a budeme pokračovat v léčbě). V 1. týdnu se užívají „slabší" tablety (0,5 mg), a to kvůli nejčastějšímu nežádoucímu účinku – nauzei po spolknutí tablety (do 30 min). Proto radíme užívat po jídle, ne nalačno a řádně zapít. Mírnou nauzeu udává kolem 30 % pacientů, ale většinou během několika týdnů odezní. Od 2. týdne se pokračuje dávkou 1 mg 2krát denně a teprve při této plné dávce se přestává kouřit. Vareniklin může způsobovat také poruchy spánku a neobvyklé sny – v tom případě pomůže užití druhé tablety odpoledne namísto večer před spaním. Nebylo prokázáno ani zvýšené kardiovaskulární riziko, ani výskyt neuropsychiatrických symptomů, a to ani v rozsáhlých studiích.

Vareniklin ztrojnásobuje úspěšnost v závislosti na míře intervence. Nemá žádné lékové interakce, vylučuje se nemetabolizován močí (cave! pouze těžké selhání ledvin). Není doporučeno podávat jej v těhotenství. Je vázaný na recept bez preskripčního omezení.

3.2.2. Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Principem NTN je nahrazení nikotinu z jiného zdroje než z tabáku a minimalizování abstinenčních příznaků. To umožní na počátku odvykání lépe se soustředit na změnu denních stereotypů a nekuřácké prožívání dne.

V ČR je na trhu **žvýkačka** (2 mg a 4 mg), **ústní sprej** (150krát 1 mg), **náplast** (Nicorette 10 mg/16 hod, 15 mg/16 hod a 25 mg/16 hod a Niquitin 7 mg/24 hod a 21 mg/24 hod), **pastilky** (Nicorette 4 mg, Niquitin 1,5 mg a 4 mg) a **orodispergovatelný (rozpustný) film** (Niquitin 2,5 mg), variace forem se ale mění a je třeba sledovat současnou situaci. Existují např. také váčky (pouch) či inhalátor.

NTN je volně prodejná v lékárně (bez receptu). Zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem, účinnost jednotlivých forem se významně neliší, proto si kuřák

proLékaře.cz | 7.11.2026

může sám zvolit typ NTN. Náplast uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které umožňují vnímat „peaky" a moderovat dávkování podle okamžité potřeby. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplastí s některou z ostatních (orálních, rychle působících) forem. Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů ztrácí uvedenou účinnost).

Stanovení dávky – orientačně: z náplasti se vstřebá za danou dobu (16 nebo 24 hod) množství uvedené na obalu. U orálních forem je ale vstřebatelná většinou zhruba polovina uvedeného množství, navíc vstřebávání závisí na pH. Nikotin se vstřebává při lehce zásaditém pH (okolo 8,5), proto současně s orální formou NTN doporučujeme nejíst ani nepít, zejména ne kyselé. U žvýkaček je důležité dodržet způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, jakmile začne pálivý pocit, odložit na asi 30 s pod jazyk nebo za dáseň, pak opakovat. Při příliš rychlém žvýkání pacient nikotin spolyká – tvoří se více slin, pálí v krku, může mít nauzeu a škytavku, navíc v žaludku se prakticky žádný nikotin nevstřebá. Pro orientaci je dobré si uvědomit, že kuřák vstřebá z jedné cigarety typicky kolem 1 mg, ale také až 3 mg nikotinu, podle intenzity kouření a bez souvislosti s druhem cigarety či informací na obalu. Roli hraje i individuální metabolizmus nikotinu. Proto je vhodné pacienta pozvat na kontrolu asi týden po zahájení léčby NTN: dokud má abstinenční příznaky, je dávka nikotinu nízká. Předávkování bývá vzácnější a pacient je snadno pozná sám (palpitace, návaly horka podobně jako při „překouření"), většinou však během léčby bývá poddávkován.

Jako **kontraindikace** jsou nejčastěji uvedena akutní kardiovaskulární onemocnění (KVO), těhotenství nebo dětský věk – NTN je však vždy méně nebezpečná než kouření, a proto je NTN indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby, doporučen je dohled lékaře. Také pro ty, kteří nedokáží přestat, znamená NTN v kombinaci s omezeným počtem cigaret nižší riziko než kouření v plné míře. Rovněž dlouhodobá léčba (měsíce i roky) je vždy lepší než kouření. NTN je vhodná také k potlačení abstinenčních příznaků během krátkodobé abstinence – např. v letadle, během hospitalizace, nejčastěji ve formě náplasti pro jednoduchou aplikaci.

3.2.3. Bupropion

Bupropion (dle SPC v indikaci deprese Wellbutrin SR 150 mg, Elontril 150 mg a 300 mg, v indikaci závislost na tabáku v ČR momentálně nedostupný Zyban SR 150 mg).

Bupropion se původně používal jen jako antidepresivum, inhibice reuptaku noradrenalinu a dopaminu však nevysvětluje zcela sníženou potřebu kouřit – přesný mechanizmus není znám. Je však jako jediné antidepresivum indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. Jeho účinnost (asi zdvojnásobení abstinence podobně jako NTN) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholizmu.

Bupropion SR 150 mg se začíná užívat 1–2 týdny před dnem D, v dávce 1 tbl (150 mg) ráno. Po týdnu se vytituje u většiny pacientů na 2krát 150 mg (Wellbutrin), stejná titrace dávky platí i v případě Elontrilu, který se však užívá jen jednou denně (150/300 mg). Léčba trvá rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů.

Bupropion je vázán na recept, ale bez omezení odbornosti, s příspěvkem zdravotní pojišťovny v indikaci deprese však předepisuje pouze psychiatr, neurolog nebo sexuolog.

Kontraindikacemi jsou především křečové stavy typu epilepsie, historie bulimie či anorexie a současné užívání inhibitorů MAO – v případě současné psychiatrické farmakoterapie je vhodné vždy konzultovat ošetřujícího lékaře. Není doporučeno podávat bupropion v těhotenství.

3.2.4. Kombinace farmakoterapie

Kombinace léků jsou vhodné zejména po předchozím selhání monoterapie, při stále trvajících abstinenčních příznacích, u silně závislých či po předchozích neúspěšných pokusech. Nejčastější kombinací je nikotinová náplast s některou z ústních forem nikotinu, dále bupropion a nikotin či bupropion a vareniklin. Vareniklin s nikotinem je možné rovněž kombinovat, zejména u silně závislých, je ale třeba zvážit, že kompetují o stejné receptory.

3.3. Krátká intervence

Zdravotníci by měli jako samozřejmou součást své klinické práce aplikovat krátkou intervenci (5A – česky 5P) s následujícími základními body: Ask (ptát se na kouření při každé příležitosti); Advise (poradit/doporučit všem kuřákům přestat); Assess (posoudit ochotu přestat); Assist (pomoci kuřákovi přestat); Arrange follow-up (plánovat kontroly) [5], případně pouze v tříbodovém schématu ABC [17]:

- A – zeptat se na kouření (**A**SK)
- B – kuřákovi jasně doporučit přestat (**B**RIEF ADVICE)
- C – nabídnout léčbu (**C**ESSATION SUPPORT) – přímo nebo doporučit Centrum pro závislé na tabáku, telefonní linku nebo dát leták), tab. 5a,b

Přinejmenším první 2 body – zeptat se na kouření a jasně doporučit přestat – je možné uskutečnit vždy, zaberou několik vteřin. Obecně je za krátkou intervenci považována doba do 10 min.

Několik možných bodů podpory:

- stanovení dne D a naprostá abstinence od tohoto dne
- zhodnocení předešlých zkušeností a poučení z nich (co pomohlo?, co selhalo?)
- osobní individuální plán
- identifikace pravděpodobných problémů a řešení, jak je překonat bez cigarety
- podpora přátel a rodiny
- farmakoterapie (adekvátní druh, dávka)
- v dokumentaci zaznamenat diagnózu „závislost na tabáku", syndrom závislosti – F17.2 (často užívaný termín „nikotinizmus" v MKN-10 nenajdeme!)

proLékaře.cz | 7.11.2026

3.4. Centra pro závislé na tabáku

V ČR fungují specializovaná centra pro závislé na tabáku, většinou na pneumologických, kardiologických nebo interních klinikách.

V centru pracuje minimálně jeden vyškolený lékař a jedna sestra – kurzy ČLK garantované Společností pro léčbu závislosti na tabáku. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření včetně návaznosti na indikované klinické obory a řešení komorbidit, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence (skupinové či individuální), indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit [19]. Poskytují rovněž informace, které se týkají užívání tabáku. Aktuální kontakty jsou na <http://www.slzt.cz>. Tato léčba je jednou z nejefektivnějších intervencí v medicíně s ohledem na náklady [7,19–21].

4. Harm reduction v užívání tabáku

Kliničtí pracovníci by měli informovat kuřáky o možnostech léčby závislosti na tabáku a v co nejvyšší možné míře ji podle svých možností nabízet těm kuřákům, kteří nedokázali přestat kouřit sami. Pokud se pacientovi nepodaří přestat ani při intenzivní aplikaci léčby založené na důkazech, je snížení rizika lepším řešením než kouření. Žádná forma tabáku však není „zdravější" – můžeme mluvit jen o nižší toxicitě, menší nebezpečnosti.

Redukce počtu cigaret má smysl jednak pouze za současné farmakoterapie, která zabrání kompenzačnímu kouření (menší počet cigaret kouřený intenzivněji), jednak jen po omezenou dobu (týdny, maximálně měsíce), vždy s cílem abstinence.

Bezdýmný tabák je tabák, který se nespaluje, aplikuje se do nosu (šňupací) nebo do úst (orální). Orální je ve formě žvýkacího tabáku nebo porcovaného tabáku (snus). Porcovaný tabák je v EU zakázaný s výjimkou Švédska, ale je dostupný na trhu např. přes internet. Ačkoli neobsahuje produkty spalování, neškodný není – obsahuje nitrosaminy a další kancerogeny, zvyšuje riziko řady nádorů, např. pankreatu, a dalších onemocnění.

E-cigarety jsou zařízení, v němž opět nic nehoří, jen se zahřívá tekutina s nikotinem za tvorby viditelné „páry", která se po několika vteřinách rozplyne. Typicky obsahují glycerin či propylenglykol, nikotin a příchutě, toxické látky se našly výjimečně a ve stopových množstvích. Také riziko pasivního kouření je blízké nule – ale nechtěli bychom normalizovat kouření tam, kam dávno nepatří. Rizikem je snadné vstřebáváni nikotinu – kuřáci, kteří se po e-cigaretách vracejí ke kouření, kouří někdy více než předtím. Dojmu naprosté neškodnosti bychom neměli podléhat, např. s e-cigaretami by mohli začínat mladí, kteří předtím nikdy nekouřili. První regulace EU navrhuje maximální koncentraci nikotinu 20 mg/ml a maximální objem náplně 2 ml, resp. 10 ml u doplnitelných verzí. Pravděpodobně mohou pomoci přestat kouřit [12].

Do oblasti harm reduction v žádném případě **nepatří kouření vodní dýmky** (vodnice, shisha, hookah). Naopak, vzhledem k nízké teplotě spalování je její kouř velmi koncentrovaný, objem potažení až dvojnásobný (120 ml) v porovnání s cigaretou. Dávka produktů spalování (CO, dehty) z jedné asi hodinové seance může odpovídat několika desítkám až stovkám cigaret a poměrně časté jsou hraniční klinické otravy oxidem uhelnatým, což bývá mylně vnímáno jako příjemně omamný vliv vodní dýmky.

5. Doporučení pro specifické skupiny

Těhotné kuřačky by měly dostat jasné informace o riziku kouření pro jejich plod a jasné doporučení přestat kouřit. Pokud ošetřující gynekolog nemá sám čas na intervenci, měl by doporučit specializovanou léčbu (viz výše). Primárně je v těhotenství doporučena intenzivní intervence, ale pokud kuřačka není schopna ani pak přestat bez léků kouřit, znamená NTN vždy menší riziko než kouření. Heslo „Každá cigareta poškozuje" platí v těhotenství naplno a doporučit jinou možnost než přestat kouřit (včetně nulové expozice pasivnímu kouření!) se neslučuje se současnou medicínou [5].

Adolescenti: intervence účinné u dospělých by měly být s příslušnou modifikací aplikovány i na mládež, u farmakoterapie jsou nejasné výsledky. Závislost na tabáku u adolescentů patří k syndromu rizikového chování v dospívání a bývá propojena s ostatními součástmi tohoto komplexu. Prevenci a léčbu závislosti na tabáku je v tomto věku třeba zaměřit na celý komplex rizikového chování a jeho příčiny [5].

Onkologičtí pacienti: i po onkologické diagnóze je třeba doporučovat odložení cigaret i nulovou expozici tabákovému kouři. Kouření významně snižuje účinnost radiační léčby i chemoterapie, zvyšuje jejich komplikace, zpomaluje hojení ran a zvyšuje komplikace chirurgické léčby, významně zkracuje dobu přežití a zhoršuje kvalitu života [22].

Pacienti s CHOPN: těžko je možné vdechovat více znečištěný vzduch než tabákový kouř. Nekuřáctví je základní podmínkou léčby CHOPN. Pacienti by však měli mít adekvátní očekávání – vědět, že ani po odložení cigaret se nemusí jejich nemoc zlepšit, zpomalí se jen zhoršování.

Kardiologičtí pacienti: přestat kouřit, to je nejúčinnější intervence v kardiologii: kardiovaskulární riziko klesne v řádu dnů o 1/3, po roce o 1/2 [23,24]. Důležitá je i nulová pasivní expozice tabákovému kouři (diagnóza Z58.7). Kouření působí komplexně – zhoršuje většinu kardiovaskulárních rizikových faktorů. Kardiovaskulární riziko zvyšuje i malá dávka tabákového kouře včetně kouření pasivního, již po několika minutách v zakouřeném prostředí jsou prokazatelné cévní změny a po uzákonění nekuřáckých vnitřních prostor klesl v takových zemích výskyt akutních koronárních syndromů řádově o několik procent [25,26].

Diabetici: kouření zhruba zdvojnásobuje riziko vzniku onemocnění diabetes mellitus 2. typu, zhoršuje inzulinovou rezistenci, průběh diabetu a snižuje účinnost léčby, poškozuje cévy: vliv se násobí, riziko cév-

proLékaře.cz | 7.11.2026

ních komplikací kouření a komplikací diabetu je v případě obojího najednou (= diabetik, který kouří) zhruba 14krát vyšší než pro diabetika či kuřáka samostatně, zhoršuje hojení ran (diabetická noha!), zvyšuje riziko cévních komplikací včetně selhání ledvin, zvyšuje riziko retinopatie, neuropatie [6,27].

Psychiatričtí pacienti kouří zhruba 2krát častěji než běžná populace, navíc bývají více závislí (intenzivnější kouření, větší spotřeba cigaret). Nemoci způsobené užíváním tabáku jsou nejčastější příčinou jejich úmrtí, např. schizofrenikům zkracují život v průměru o 25 let. I když potažení z cigarety znamená krátkodobý pocit zlepšení nálady, kouření psychiatrická onemocnění dlouhodobě zhoršuje, a to včetně deprese, bipolární afektivní poruchy, úzkostných poruch či schizofrenie. Navíc snižuje účinnost řady psychofarmak. Také mezi psychiatricky nemocnými kuřáky si většina přeje přestat. Úspěšnost léčby závislosti na tabáku je podobná jako u jiných kuřáků, ale potřebují intenzivnější a dlouhodobější léčbu. Nekuřácká psychiatrická oddělení jsou benefitem jak pro personál, tak pro pacienty – ovšem za předpokladu farmakologického pokrytí abstinenčních příznaků, nejčastěji nikotinovou náplastí – jednoduchá aplikace, netřeba zvažovat kontraindikace, je-li alternativou kouření: čistý nikotin je vždy méně rizikový než nikotin z tabákového kouře [28,29].

Také pacienti léčení pro **jiné závislosti** mají 2–3krát vyšší prevalenci kouření než běžná populace (70–90 %) a léčba závislosti na tabáku by jim měla být nabízena současně s léčbou jiné závislosti (v nekuřáckém prostředí, nekuřáckým personálem). Zvýší se tak úspěšnost léčby jiných závislostí [28,30]. Navíc vareniklin potlačuje abstinenční příznaky např. závislosti na alkoholu [31]. Vhodným vodítkem pro léčbu závislosti v adiktologii může být Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku, dostupná na <http://www.slzt.cz/nekuracke-nemocnice> (viz s. 1S13):
Typické jasně **vyvrácené mýty o kuřácích s psychickými poruchami** [29,30]:

- nechtějí přestat kouřit
- nemohou přestat kouřit
- odvykání by zhoršilo jejich psychiatrickou/adiktologickou nemoc
- odvykání by snížilo úspěšnost léčby jiných závislostí
- nekuřácké prostředí není možné na psychiatrii/adiktologii zavést

Plánovaný chirurgický zákrok: ideálně přestat kouřit nejméně 4–8 týdnů před chirurgickým zákrokem – znamená to kratší hospitalizaci, méně komplikací, rychlejší hojení [32]. Verifikované vyloučení aktivní expozice tabákovému kouři (kotinin v krvi) by mělo být součástí vyšetření potřebných k zařazení na čekací listinu **transplantací**.

Vysoká prevalence závislosti na tabáku bývá u osob s **nízkým socio-ekonomickým statusem**. Je třeba zohlednit specifika jako nízkou dostupnost internetu, rozdílné motivace, jazykové bariéry, kuřácké prostředí a podobně [6].

Podobně by bylo třeba speciálních programů pro **bezdomovce, vězně** a další populace s vysokou prevalencí kouření.

6. Závislost na tabáku v rámci zdravotnictví

Zdravotnická zařízení mají nepochybně zdraví podporovat, ne poškozovat, měla by být zcela nekuřácká.

Dostupnost behaviorální a psychosociální i farmakologické léčby by měla být co nejširší. Zdravotníci by měli být vzděláváni v léčbě závislosti na tabáku. Vzdělávání a nácvik různých typů intervencí by neměl být jen v rámci postgraduálního vzdělávání, ale měl by začínat na pregraduální úrovni, na lékařských fakultách, zdravotnických školách a dalších relevantních školách.

Doporučovat kuřákům přestat kouřit a související podpora je aktivitou celého zdravotnického systému a měla by být součástí co největšího počtu jeho oblastí. To platí jak pro nemocniční či ambulantní, tak pro komunitní péči. Protože je však v mnoha zemích stále vysoká prevalence kouření mezi zdravotníky, kromě vzdělávání v možnostech léčby závislosti na tabáku by měli zdravotníci být sami skupinou těch, kterým je třeba pomoci přestat kouřit. Trend v ČR je sice klesající, ale stále kouří kolem 15 % lékařů a 40 % sester [4]. Např. v USA kouří 2 % lékařů a 7 % sester [25].

Léčba závislosti na tabáku je ekonomicky velmi výhodná, spolu s očkováním dětí a užíváním aspirinu je mezi nejvýhodnějšími lékařskými intervencemi s ohledem na náklady [16]. Navíc asi 10 % nákladů zdravotních pojišťoven připadá na nemoci způsobené kouřením, celkové náklady společnosti/státu jsou ale nejméně dvojnásobné – prokouřená pracovní doba, neodpracovaná část aktivní části života, nižší ekonomická produktivita, sociální náklady, požáry či další [7,21].

Sestry – jsou nejpočetnější profesní skupinou ve zdravotnictví. Pokud by každá sestra pomohla přestat kouřit za rok jen jednomu kuřákovi, znamenalo by to každoročně 100 000 bývalých kuřáků. Sestry mají často bližší možnost kontaktu s pacientem než lékař. Aktuální aktivity a doporučený postup pro sestry viz Sesterská sekce Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku <http://www.slzt.cz/sesterska-sekce> včetně doporučeného postupu pro sestry [33,34].

Lékárníci – s podporou České lékárnické komory vznikají Centra odvykání kouření v lékárnách, kontakty na <http://www.lekarnici.cz> nebo přes odkaz na <http://www.slzt.cz>, včetně doporučeného postupu pro lékárníky [35].

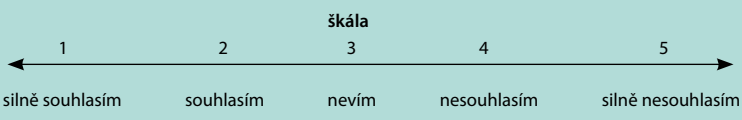
Tato léčba je možná i v rámci **adiktologických služeb**.

Telefonické linky pomoci (volání zdarma) patří mezi komplexní nabídku léčby závislosti na tabáku. U nás je částečně k dispozici číslo 844 600 500 za snížený tarif.

Nekuřácká nemocnice je mezinárodní projekt podporovaný WHO i MZ ČR. Znamená postupné splnění 40 bodů v 10 okruzích, nemocnice se hodnotí sama. Blíže informace včetně přístupového dopisu a sebehodnotícího dotazníku na <http://www.slzt.cz/> nekuracke-nemocnice.

proLékaře.cz | 7.11.2026

Škála postojů k léčbě závislosti na tabáku pro personál zabývající se léčbou jiných závislostí.
Upraveno podle [28] – všechny otázky jsou formulovány negativně, v ideálním případě bychom měli silně nesouhlasit



vliv tabáku	**bodové hodnocení**
tabák poškozuje zdraví méně než jiné návykové látky	1 2 3 4 5
kouření neovlivňuje naše klienty tak bezprostředně jako jiné návykové látky	1 2 3 4 5
závislost na tabáku působí našim klientům jen malé problémy, pokud vůbec nějaké	1 2 3 4 5
pro naše klienty je lepší kouřit tabák než užívat jiné drogy	1 2 3 4 5
závislost na tabáku neovlivňuje schopnost našich klientů fungovat ve společnosti	1 2 3 4 5
role klinických pracovníků	**bodové hodnocení**
léčba závislosti na tabáku není součástí programu léčby jiných závislostí	1 2 3 4 5
programy pro drogově závislé by se měly soustředit na soudem nařízenou léčbu, nikoli léčbu závislosti na tabáku	1 2 3 4 5
neměli bychom léčit závislost na tabáku, protože proto zde naši klienti nejsou	1 2 3 4 5
závislost na tabáku bychom neměli léčit zároveň s jinými závislostmi	1 2 3 4 5
vliv léčby závislosti na tabáku	**bodové hodnocení**
odvykání kouření by zhoršilo úzkosti a deprese našich klientů	1 2 3 4 5
kouření pomáhá našim klientům překonávat každodenní stres	1 2 3 4 5
léčba závislosti na tabáku by zpomalila zotavování našich klientů	1 2 3 4 5
není fér brát klientům tabák	1 2 3 4 5
přestat užívat všechny drogy najednou by pro naše klienty bylo příliš náročné	1 2 3 4 5

7. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT)

Sdružuje lékaře, sestry a další zdravotníky, kteří se aktivně zabývají léčbou závislosti na tabáku. V rámci postgraduálních vzdělávacích akcí školí lékaře, sestry a další v léčbě závislosti na tabáku. Iniciovala vznik Center pro závislé na tabáku a vede jejich databázi a průběžné doškolování, podílí se i na školení Center odvykání kouření v lékárnách ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou či doporučených postupech pro sestry a jejich školení ve spolupráci s Českou asociací sester. Více informací a kontaktů na <http://www.slzt.cz>.

SLZT také vydává letáky pro pacienty: např. Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s vámi, Moje cesta k nekuřáctví, Kouření a kila, Kouření a cukrovka, Kouření a onkologický pacient, Kouření a CHOPN, Kouření a těhotenství, Kouření a hormonální antikoncepce, Kouření a roztroušená skleróza, Nemoc – příležitost přestat kouřit, Kouření na vozíku, Pasivní kouření atd. Pro aktuální seznam viz web <http://www.slzt.cz>.

Užitečné webové stránky

- Společnost pro léčbu závislosti na tabáku <http://www.slzt.cz>
- Web o léčbě závislosti na tabáku <http://www.treatobacco.org> (základní text v češtině)
- Society for Research on Nicotine and Tobacco <http://www.srnt.org>
- Tobacco-Free Kids (USA) <http://www.tobaccofreekids.org>
- Quit (UK) <http://www.quit.org.uk>

Použité zkratky

DM – diabetes mellitus
DSM-V – diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti
EU – Evropská unie
FCTC – Framework Convention on Tobacco Control, Rámcová úmluva o kontrole tabáku
IM – infarkt myokardu
KVO – kardiovaskulární onemocnění
MAO – monoaminooxidáza
CMP – cévní mozková příhoda
MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. decenální revize

proLékaře.cz | 7.11.2026

MPOWER – Monitor tobacco use and prevention polices, Protect people from tobacco smoke, Offer help to quit tobacco use, Warn about dangers from tobacco, Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, Raise taxes on tobacco
MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRT, NTN – nicotine replacement therapy, náhradní terapie nikotinem
SPC – souhrn údajů o léčivém přípravku
SR – slow release, pomalé uvolňování
WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Podpořeno projekty PRVOUK P25/LF1/2 a IGA MZ ČR NT 121–70.

Literatura

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Mortality from smoking in developed countries 1950–2005 (or later) (update March 2012). Oxford University Press: Oxford. Dostupné z WWW: <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.

2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision: ICD-10. World Health Organization (WHO): Geneva 1992. Dostupné z http: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed: DSM-5. American Psychiatric Association: Washington (DC) 2013. ISBN 978–0890425558. Dostupné z WWW: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>.

4. Csémy L, Sovinová H, Sadílek P. Užívání tabáku v České republice 2013. SZÚ Praha 2014. Dostupné z WWW: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CPVZ_aktualne/Tabak_Sovinova/UzivaniTabaku2013.pdf>.

5. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services: Rockville (MD) 2008. Abstractum. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>.

6. World Health Organization (WHO): MPOWER. Tobacco Free Initiative (TFI). Dostupné z WWW: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

7. World Bank. Curbing the epidemic – governments and the economics of tobacco control (English). World Bank: Washington DC 1999. Dostupné z WWW: <http://documents.worldbank.org/curated/en/1999/05/437174/curbing-epidemic-governments-economics-tobacco-control>.

8. World Health Organization: Framework Convention on Tobacco Control, WHO – Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO. Dostupné z WWW: <http://www.fctc.org>.

9. Heatherton F, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86(9): 1119–1127.

10. Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res 2012; 14(1): 75–78.

11. West R, Hajek P, Stead L et al. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction 2005; 100(3): 299–303.

12. Brown J, Beard E, Kotz D et al. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. Addiction 2014; 109(9): 1531–1540.

13. Cahill K, Stevens S, Perera R et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.Cochrane Database Syst Rev 2013; 5: CD009329. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>.

14. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K et al. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. Addiction 2014; 109(9): 1414–1425.

15. Kralikova E, Kmetova A, Stepankova L et al. Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy. Addiction 2013; 108(8): 1497–1502.

16. Zwar N, Richmond R, Borland R et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011. ISBN 978–0–86906–331–6. Dostupné z WWW: <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Australia%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011.pdf>.

17. The New Zealand Guidelines to Help People to Stop Smoking. Update September 14, 2014. ISBN 978–0–478–42809–4 (print), 978–0–478–42810–0 (online). Dostupné z WWW: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking>.

18. Hurt RD, Ebbert JO, Hays JT et al. Treating tobacco dependence in a medical setting, CA Cancer J Clin 2009; 59(5): 314–326.

19. Králíková E, Kmeťová E, Felbrová V et al. Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012: přehled, ekonomika. Čas Lék Čes 2014; 153(5): 246–252.

20. Croghan IT, Offord KP, Evans RW et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. Mayo Clin Proc 1997; 72(10): 917–924.

21. Flack S, Taylor M, Trueman P et al. NICE. Cost-effectiveness of Interventions for Smoking Cessations. York Health Economics Consortium 2007. Final report. NICE and The University of York: 2007. Dostupné z WWW: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/evidence/smoking-cessation-services-economics-modelling-report-2>.

22. Shields PG, Herbst ES, Davis J et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Smoking Cessatio. Version I.2015. Dostupné z WWW: <http://cancer.osu.edu/~/media/Files/Shared/Press-Releases/Cancer/2015/NCCN-smoking-cessation-guideline.pdf?la=en>.

23. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA 2003; 290(1): 86–97.

24. Twardella D, Küpper-Nybelen J, Rothenbacher D et al. Short-term benefit of smoking cessation in patients with coronary heart disease: estimates based on self-reported smoking data and serum cotinine measurements. Eur Heart J 2004; 25(23): 2101–2108.

25. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. Circulation 2005; 111(20): 2684–2698.

26. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2009; 54(14): 1249–1255.

27. Yoon U, Kwok LL, Magkidis. Efficacy of lifestyle interventions in reducing diabetes incidence in patients with impaired glucose tolerance: a systematic review of randomized controlled trials. Metabolism 2013; 62(2): 303–314.

28. Hunt JJ, Cupertino AP, Gajewski BJ et al. Staff commitment to providing tobacco dependence in drug treatment: Reliability, validity, and results of a national survey. Psychol Addict Behav 2014; 28(2): 389–395.

29. Pisinger Ch. Smoking cessation in psychiatry: Is there sufficient evidence to recommend smoking cessation activities? A review of the literature. Network of Health Promoting Hospitals in Denmark: Copenhagen 2007. ISBN: 978–87–91688–09–6. Dostupné z WWW: <http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/DK-Mental_health_workshop_report.pdf>.

30. Hansen K. Four Myths About Smokers With Behavioral Health Conditions. California Smokers'Helpline. Dostupné z WWW: <http://info.nobutts.org/blog/bid/128426/Four-Myths-About-Smokers-With-Behavioral-Health-Conditions>.

31. Kalman D, Di Girolamo KS, Smelson G et al. Addressing tobacco use disorder in Smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation Services in substance use disorder. Treatment programs. Clin Psychol Rev 2010; 30(1): 12–24.

32. Wong J, Lam DP, Abrishami A et al. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Can J Anaesth 2012; 59(3): 268–279.

proLékaře.cz | 7.11.2026

33. Mala K, Felbrova V, Kulovana S et al. Smoking cessation guidelines for nurses. The Society for Treatment of Tobacco Dependence and The Czech Association of Nurses (in Czech). 2010. Dostupné z WWW: <http://www.slzt.cz/odborna-doporuceni>.

34. Sarna L, Bialous SA, Nandy K et al. Changes in smoking prevalences among health care professionals from 2003 to 2010–2011. JAMA 2014; 311(2): 197–199.

35. Kavalírová L et al. Doporučený postup – odvykání kouření. Česká lékárnická komora 2010. Dostupné z WWW: <http://lekarnici.cz/Pro-verejnost/PORADENSTVI---KONZULTACE/PORADENSTVI---KONZULTACE/Doporuceny-postup---Odvykani-koureni.aspx>.

36. Hughes JR. The effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res 2007; 9(3): 315–27. Dostupné z WWW: <http://www.uvm.edu/~hbpl/?Page=minnesota/default.html>.

doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.
✉ **eva.kralikova@lf1.cuni.cz**

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky
a Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN Praha
www.vfn.cz
www.slzt.cz

Doručeno do redakce 27. 3. 2015