



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny)

Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych,
działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej
oraz warunków realizacji tych programów
(art. 48aa ust. 1 Ustawy)

Raport nr: OT.434.6.2022

Warszawa, Maj 2023

Streszczenie

Problem decyzyjny

Agencja do dnia 02.05.2023 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, wydała 4 opinie dotyczące PZ (program zdrowotny)/PPZ uwzględniające profilaktykę uzależnień od tytoniu, w tym 1 opinię negatywną oraz 3 opinie pozytywne lub warunkowo pozytywne. Wszystkie projekty programów obejmowały działania informacyjno-edukacyjne oraz konsultacje ze specjalistą (100%). W niektórych przypadkach do pakietu interwencji załączono także badanie przesiewowe w kierunku uzależnień od tytoniu przy wykorzystaniu kwestionariuszy (50%), minimalną interwencję antynikotynową (50%) oraz szkolenia dla personelu medycznego (25%). W odniesieniu do interwencji edukacyjnych w analizowanych projektach, ich opis obejmował w głównej mierze podstawowe metody profilaktyczne, czynniki ryzyka oraz daleko idące konsekwencje zdrowotne związane z paleniem wyrobów tytoniowych. Edukacja realizowana była głównie w formie kampanii, akcji, szkoleń, spotkań, prelekcji bądź poprzez wykorzystanie materiałów edukacyjnych. Docelowo programy te skierowano do: populacji ogólnej, kobiet w ciąży, osób między 50 a 75 r.ż. wraz z dodatkowym czynnikiem ryzyka w postaci palenia wyrobów tytoniowych przez okres 20 paczolat oraz dzieci i młodzieży między 15 a 26 r.ż.

Podsumowanie problemu zdrowotnego

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą sfery psychicznej i fizycznej, polegającą na przymusowym i stałym zażywaniu nikotyny. Wiąże się ona z długotrwałym, codziennym używaniem wyrobów produkowanych z tytoniu (papierosy, fajki, cygara, bidis, szysza, tytoń do żucia, tytoń podgrzewany, snus itp.), zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu (papierosy elektroniczne, saszetki nikotynowe) bądź syntetyzowaną chemicznie. Znaczna część palaczy nie jest w stanie przestać palić z własnej woli i potrzebuje wsparcia. W kategoriach medycznych przewlekłe palenie jest definiowane jako: uzależnienie od tytoniu, uzależnienie od nikotyny, nałóg tytoniowy lub nikotynizm (ENSP 2020).

Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji uzależnienie od nikotyny, często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości – badania *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) przeprowadzone w 2009-2010 roku wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż. (NIZP PZH-PIB 2020).

Uzależnienie od nikotyny przejawia się silnym wewnętrznym pragnieniem i upośledzoną kontrolą używania nikotyny. Potrzeba przyjmowania nikotyny staje się priorytetem w stosunku do innych czynności oraz uporczywym nawykiem pomimo znajomości szkód lub negatywnych konsekwencji. Konieczność używania nikotyny wynika z biologicznego uzależnienia, któremu często towarzyszy subiektywne pragnienie jej dostarczenia, szczególnie w określonych sytuacjach społecznych bądź stanach emocjonalnych. Często u osób uzależnionych występują fizjologiczne cechy uzależnienia, w tym tolerancja na działanie nikotyny czy objawy abstynencyjne po zaprzestaniu lub ograniczeniu używania tego typu wyrobów (WHO 2023).

Do objawów zespołu odstawiennego należą: ostra lub niekontrolowana potrzeba palenia, drażliwość, agresja, złość, niepokój, zmęczenie, zwiększony apetyt, trudności z koncentracją, depresja, bóle głowy, nocne przebudzenia, lekka senność, zawroty głowy (ENSP 2020).

Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy stwierdzić u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez okres co najmniej 3 miesięcy. W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, określa się siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania jej używania. Skuteczne rzucenie palenia i pokonanie uzależnienia od nikotyny wymaga złożonego podejścia, które może obejmować poradnictwo, grupy wsparcia, terapię behawioralną i terapię farmakologiczną. Większość palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby (MZPE 2022).

Dym tytoniowy jest uznany za kancerogen najwyższej klasy, tzn. że nie ma żadnych wątpliwości co do jego rakotwórczego działania. Z danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC, ang. *International Agency for Research on Cancer*) wynika, że dym tytoniowy jest główną przyczyną raka płuca. Wykazano także jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a także raka piersi u kobiet (WHO/IARC 2004).

Zalecaną metodą rozpoczynającą proces leczenia jest minimalna interwencja antynikotynowa, trwająca zazwyczaj 2-3 minuty. Polega ona na identyfikacji pacjentów palących oraz zmotywowanie ich do zaprzestania palenia. W ramach przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej stosuje się zestaw pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” (NIO-PIB 2020).

Kluczowe środki mające na celu zmniejszenie popytu na wyroby tytoniowe wśród populacji jakie wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia to: ograniczenie liczby przypadków narażenia na bierne palenie, graficzne ostrzeżenia zdrowotne, kompleksowy zakaz reklamy, promocji i sponsoringu wyrobów tytoniowych oraz opodatkowanie wyrobów tytoniowych (WHO 2022).

Podsumowanie epidemiologii

W raporcie WHO z 2018 roku palenie tytoniu zostało wskazane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych (WHO 2018).

W polskim badaniu ankietowym przeprowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, w 2020 r. regularne palenie tytoniu zadeklarowało 23,1% mężczyzn i 14,9% kobiet. Codzienne stosowanie wyrobów elektronicznych z nikotyną zadeklarowało 10,8% mężczyzn i 7,1% kobiet (NIZP PZH-PIB 2020).

Zgodnie z aktualnymi mapami potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce jest tytoń, znajdujący się od 1990 r. na pierwszym miejscu. W Polsce czynnik ten przyczynił się do zwiększonej o ok. 19% utraty DALY w porównaniu do wartości globalnych, a jego udział na przestrzeni lat zmniejszył się o ok. 49% (na świecie o ok. 41%) (MPZ 2021).

Zgodnie z wynikami badania PolNicoYouth, 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową, podczas gdy 30% uczniów kontakt z nikotyną rozpoczęło od e-papierosa. Młodzież używa częściej e-papierosów (29,5%) niż tradycyjnych papierosów (26,2%) (NIZP PZH-PIB 2020). E-papierosy z liquidem i systemy podgrzewające tytoń są najpopularniejsze wśród młodych dorosłych. Z kolei systemy podgrzewające wydają się powoli zastępować e-papierosy w grupie dzieci i młodzieży (BSCh 2021).

Podsumowanie rekomendacji

Podczas wyszukiwania odnaleziono 27 rekomendacji towarzystw naukowych odnoszących się do profilaktyki i leczenia uzależnień od tytoniu (nikotyny). Wśród nich znalazły się także zalecenia Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Państwowego Instytutu Badawczego oraz zalecenia Polskich Ekspertów.

Zapobieganie inicjacji palenia

Polityka szkolna

Odnalezione rekomendacje wskazują na potrzebę opracowania w porozumieniu z młodzieżą i pracownikami jednostek oświatowych ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej, zakładającej bezwzględny zakaz palenia w szkołach (na terenie i wokół obiektu) oraz działania edukacyjne prowadzone przez dorosłych i rówieśników (NICE 2023, AAPD 2020, NIZP PZH-PIB 2020, ACPM 2018, AAP 2015). Ponadto, część towarzystw naukowych podkreśla, że edukacja antynikotynowa powinna być integralną częścią programu nauczania w szkołach (NICE 2023, NIZP PZH-PIB 2020).

Regulacje prawne

Autorzy odnalezionych rekomendacji są zgodni, że w ramach profilaktyki antynikotynowej kluczową rolę odgrywa eliminacja reklam i promocji tytoniu oraz zakazy palenia zarówno w przestrzeniach publicznych, jak i miejscu pracy czy ośrodkach opieki zdrowotnej. Dodatkowo, wskazuje się na potrzebę zmniejszania atrakcyjności papierosów (np. poprzez regularne i znaczne podwyżki cen oraz podatków), a także ograniczania punktów sprzedaży wyrobów tytoniowych (NICE 2023, AAPD 2020, ANA 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, ACC 2018, ACPM 2018, WHO 2013).

Masowe kampanie informacyjno-edukacyjne

Rekomendacje wskazują na potrzebę organizowania, planowania i realizacji ogólnokrajowych, regionalnych bądź lokalnych kampanii edukacyjnych za pośrednictwem środków masowego przekazu, mających na celu

zapobieganie inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie świadomości społeczeństwa na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych (NICE 2023, AAPD 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, WHO 2013).

Leczenie uzależnienia od tytoniu

W ramach profilaktyki wtórnej odnaleziono rekomendacje wskazujące na konieczność identyfikacji palących pacjentów oraz każdorazowej dokumentacji ich statusu palenia (NICE 2023, CBH 2022, MZPE 2022, NCEC 2022, AAP 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, AAPD 2020, ANA 2020, ACC 2018, ACPM 2018, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015). W celu podjęcia działań ukierunkowanych na zaprzestanie lub ograniczenie palenia wśród osób uzależnionych od tytoniu, zdecydowana większość wytycznych podkreśla istotę przeprowadzania minimalnej interwencji/krótkiej porady opartej na zasadzie 5P oraz oferowania wsparcia i poradnictwa behawioralnego (w ramach terapii poznawczo-behawioralnej, rozmów motywacyjnych, treningu umiejętności) w połączeniu z farmakoterapią wspomagającą rzucanie palenia (nikotynowa terapia zastępcza – NTZ, bupropion, wareniklina) (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, AAPD 2020, ACOG 2020, ANA 2020, ATS 2020, ACC 2018, CTFPHC 2017, ATTUD/SRNT 2016, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015). Poradnictwo behawioralne może być prowadzone stacjonarnie/face-to-face w ramach indywidualnych i/lub grupowych sesji terapeutycznych (NICE 2023, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ACC 2018, ATTUD/SRNT 2016, NCCN 2016). Ponadto, znaczna część towarzystw rekomenduje kierowanie i oferowanie poradnictwa behawioralnego w ramach tzw. antynikotynowych linii pomocowych (NICE 2023, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, USPSTF 2021, ANA 2020, CPSTF 2019, ACC 2018, ATTUD/SRNT 2016, NCCN 2016, AAP 2015).

W celu określenia nasilenia uzależnienia od tytoniu oraz gotowości do podjęcia próby rzucania palenia przez pacjenta, wytyczne wymieniają kwestionariusz Fagerströma oraz test Schneidera jako wystandaryzowane narzędzia umożliwiające opracowanie indywidualnego planu leczenia uzależnienia od tytoniu (KPE 2018, ESC 2016, NCCN 2016).

Szkolenia personelu medycznego

Wytyczne wskazują na potrzebę realizacji szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia minimalnej interwencji oraz leczenia uzależnienia od tytoniu (NICE 2023, NZMH 2021, MZPE 2022, ACC 2018).

Podsumowanie doniesień naukowych dot. skuteczności klinicznej

Do niniejszego opracowania włączono 66 publikacji mających na celu ocenę interwencji pomagających dzieciom, młodzieży oraz dorosłym rzucić i/lub ograniczyć palenie, jak i mających ograniczyć możliwość inicjacji nałogu.

Potwierdzone w odnalezionych doniesieniach naukowych interwencje z zakresu leczenia uzależnienia od tytoniu obejmują: interwencje behawioralne same lub w połączeniu z farmakoterapią, interwencje świadczone przez pielęgniarki i farmaceutów oraz poradnictwo świadczone za pośrednictwem telefonu i/lub Internetu.

Poniżej przedstawiono podsumowanie wyników pochodzących z analizy klinicznej. Pozostałe wyniki badań znajdują się w rozdziale 6.3.1 pt. „Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności”.

Interwencje behawioralne:

- Udowodniono, że prowadzenie dodatkowego poradnictwa w ramach standardowej opieki lub wieloskładnikowej interwencji, determinuje istotne statystycznie zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji – RR=1,31 [95%CI: (1,10; 1,55)] (Lindson 2021).
- Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej o zwiększonej intensywności w liczbie 4-8 spotkań ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących – RR=1,20 [95%CI: (1,02; 1,43)] (Hartmann-Boyce 2019).
- Wdrożenie interwencji behawioralnej w formie porady telefonicznej ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,37)] (Hartmann-Boyce 2019).

- Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej w formie kontaktu bezpośredniego ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących – RR=1,11 [95%CI: (1,03; 1,19)] (Hartmann-Boyce 2019).

Interwencje behawioralne w połączeniu z farmakoterapią:

- Wykazano, że uwzględnienie darmowych leków (wspomagających rzucanie palenia) w standardowym lub wielokomponentowym wsparciu w zakresie rzucania palenia istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji – RR=1,36 [95%CI: (1,05; 1,76)] (Lindson 2021).
- Wykazano, że dodanie do farmakoterapii interwencji behawioralnej ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u obecnie palących – RR=1,15 [95%CI: (1,08; 1,22)] (Hartmann-Boyce 2019).
- Stopniowa redukcja wypalanych papierosów w połączeniu z farmakoterapią, w porównaniu do tej interwencji z placebo lub brakiem farmakoterapii, ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia tytoniu wśród osób palących – RR=1,68 [95%CI: (1,09; 2,58)] (Lindson 2019a).

Farmakoterapia:

- Udowodniono, że wprowadzenie nikotynowej terapii zastępczej w jakiegokolwiek formie determinuje istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące – RR=1,55 [95%CI: (1,49; 1,61)] (Hartmann-Boyce 2018).
- Umożliwienie pacjentowi wyboru postaci leku (np. gum do żucia, plastrów, tabletek do ssania itp.) w ramach nikotynowej terapii zastępczej istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące – RR=1,37 [95%CI: (1,25; 1,52)] (Hartmann-Boyce 2018).

Interwencje świadczone przez personel medyczny:

- Wykazano, że interwencja świadczona przez farmaceutów lub personel apteczny, z elementami behawioralnymi o wysokiej intensywności (w postaci częstych i kilku godzinnych spotkań), wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie prawdopodobieństwa zaprzestania palenia przez osoby palące, będące pacjentami aptek, w których pracowali ww. farmaceuci – RR=2,30 [95%CI: (1,33; 3,97)] (Carson-Chahhoud 2019).
- Wykazano, że poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji >6 miesięcy od rozpoczęcia interwencji przez osoby dorosłe – RR=1,29 [95%CI: (1,21; 1,38)] (Rice 2017).

Interwencje internetowe, multimedialne i telefoniczne:

- Wykazano istotne statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia, >6 miesięcy od interwencji, w ramach wykonywania dodatkowych telefonów do uczestników linii wspomagających rzucanie palenia – RR=1,38 [95%CI: (1,19; 2,61)] oraz w przypadku wykonywania telefonów proaktywnych do palących osób, które nie korzystały z linii pomocowych – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,35)] (Matkin 2019).

Prowadzenie programów profilaktycznych:

- Prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców nie wpływa istotnie statystycznie na zmianę prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji – RR=1,10 [95%CI: (0,85; 1,41)] (Lindson 2021).
- Uczestnictwo w programie „*smoke free classes*” (konkursy, loterie, schematy nagradzania, finansowe nagrody, nagrody dla szkół/rodziny) nie wpłynęło istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przez początkowo niepalące dzieci i młodzież do 18 r.ż. – RR=1,00 [95%CI: (0,84; 1,19)] (Hefler 2017).

Gratyfikacje:

- Wykazano, że realizacja programów zorientowanych na zapewnianiu zachęt materialnych dla palących, prowadzi do istotnego statystycznie wzrostu prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej – RR=1,49 [95%CI: (1,28; 1,73)] (Notley 2019).

Aktywność fizyczna:

- Aktywność fizyczna w kombinacji z programami wspierającymi porzucenie nałogu, w porównaniu do wyłącznie tych programów, nie wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie i prewencję powrotu do palenia tytoniu – RR=1,08 [95%CI: (0,96; 1,22)] (Ussher 2019).

Zmiany legislacyjne:

- Na podstawie jednego badania nie wykazano istotnego statystycznie wpływu wprowadzenia do szkół polityki zdrowotnej, obejmującej zakaz palenia, wsparcie rówieśników oraz przekazywanie broszur edukacyjnych nt. niepalenia, na prawdopodobieństwo rozpowszechnienia palących uczniów do 18 r.ż. – RR=0,98 [95%CI: (0,71; 1,40)] (Coppo 2014).

Podsumowanie dowodów bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych odnaleziono wtórne doniesienia naukowe (n=5) oraz rekomendacje kliniczne (n=8), które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z prowadzeniem działań ukierunkowanych na profilaktykę uzależnienia od tytoniu.

Poniżej przedstawiono podsumowanie wyników badań i wniosków pochodzących z rekomendacji towarzystw naukowych. Szczegółowe informacje nt. bezpieczeństwa znajdują się w rozdziale 6.3.2 pt. „Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa”.

Bezpieczeństwo interwencji behawioralnych

- Ze względu na nieinwazyjny charakter interwencji i niskie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zdarzeń, szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu u dorosłych, młodzieży i ciężarnych kobiet są małe lub żadne (USPSTF 2021/2020).

Nikotynowa terapia zastępcza

- Zgłaszane działania/zdarzenia niepożądane wynikające ze stosowania nikotynowej terapii zastępczej były łagodne (Carson-Chahhoud 2019, Myung 2019, Fanshawe 2017).
- Do najczęstszych raportowanych zdarzeń niepożądanych podczas stosowania NTZ należą: ból gardła, czkawka, kaszel, rumień, świąd, ból barku/ramienia, ból/zawroty głowy, zaburzenia snu i ból stawów/mięśni (Myung 2019, Fanshawe 2017).
- Stosowanie NTZ jest bezpieczniejsze niż kontynuacja palenia i przewyższa korzyści nad potencjalnymi szkodami (RACGP 2021, NCCN 2016).
- W porównaniu do placebo, NTZ wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia bólu w klatce piersiowej, klasyfikowanego jako „sercowo-naczyniowe zdarzenie niepożądane” (NZMH 2021, USPSTF 2021, NCCN 2016).
- Działania niepożądane NTZ zależą od formy jej dostarczania – rumień skóry, wysypka, świąd, podrażnienie skóry i zaburzenia snu (koszmary sennie) podczas stosowania plastrów nikotynowych lub podrażnienie jamy ustnej, niestrawność i nudności przez NTZ dostarczaną doustnie (NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ACC 2018).

Bupropion

- W badaniu na populacji młodzieży palącej, w którym interwencją był bupropion, stwierdzono bóle głowy, drażliwość i bezsenność, jednak wyniki nie wykazały istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną. Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę w przypadku występowania zaburzeń snu w grupie interwencyjnej, w porównaniu do grupy kontrolnej (Myung 2019).

- Bupropion wpływa na ryzyko wystąpienia drgawek (0,1%), ale nie wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia problemów neuropsychiatrycznych lub sercowo-naczyniowych (NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ESC 2016).
- Częstymi działaniami niepożądanymi bupropionu są: bezsenność, ból głowy, suchość w ustach, nudności, zawroty głowy i niepokój (RACGP 2021).

Wareniklina

- Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu zdarzeń niepożądanych w grupie interwencyjnej przyjmującej wareniklinę + plastry nikotynowe w porównaniu do grupy kontrolnej otrzymującej wareniklinę + plastry placebo. W przypadku obu grup, do zdarzeń niepożądanych zgłaszanych przez uczestników należą: nudności, bezsenność, koszmary senne, bóle głowy, depresja, reakcja skórna (Chang 2015).
- Istnieją wysokiej jakości dane naukowe sugerujące 25% wzrost ryzyka wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych podczas stosowania warenikliny w porównaniu z placebo (NCCN 2016).
- Nie stwierdza się zwiększonego ryzyka wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych lub zdarzeń neuropsychiatrycznych w przypadku stosowania warenikliny (NZMH 2021, USPSTF 2021, NCCN 2016).
- Nudności są najczęstszym działaniem niepożądanym warenikliny i zostały zgłoszone w badaniach u niemal 30% palaczy (NZMH 2021, RACGP 2021, ESC 2016, NCCN 2016).
- Inne częste działania niepożądane warenikliny obejmują ból głowy, bezsenność i nietypowe sny (NZMH 2021, NCCN 2016).

E-papierosy

- E-papierosy zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 22% (m.in. kaszel, suchość w ustach, ból/zawroty głowy, podrażnienie gardła i jamy ustnej, ból zębów) (Hartmann-Boyce 2022).
- Brak jest wystarczających dowodów na to, aby określić szkodliwość e-papierosów (USPSTF 2021).
- W emisjach papierosów elektronicznych wykryto substancje rakotwórcze, toksyczne, metale i krzemiany. Niektóre z powszechnie stosowanych środków aromatyzujących są znanymi środkami drażniącymi dla dróg oddechowych (AAP 2015).

Podsumowanie przeglądu analiz ekonomicznych

Odnalezione wtórne doniesienia naukowe nie raportowały efektywności kosztowej prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących profilaktyki pierwotnej i leczenia uzależnienia od tytoniu. Spośród wszystkich odnalezionych badań, tylko w jednej metaanalizie Cahill 2014 opisano badania z lat 80 i 90 XX w., które wykazały efekty ekonomiczne prowadzenia programów zachęcających do rzucania palenia.

Niniejsze opracowanie stanowi wyjściową wersję Raportu.

Zastosowane skróty:

5P	zasada „pytaj, poradź, poznaj, pomóż, planuj”
AAP	ang. <i>American Academy of Pediatrics</i>
AAPD	ang. <i>American Academy of Pediatric Dentistry</i>
ACA	amerykańska federalna ustawa reformująca system opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, ang. <i>The Affordable Care Act</i>
ACC	ang. <i>American College of Cardiology</i>
ACOG	ang. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ACPM	ang. <i>American College of Preventive Medicine</i>
AMSTAR-2	narzędzie do krytycznej oceny przeglądów systematycznych w wersji 2, ang. <i>A Measurement Tool to Assess systematic Reviews 2</i>
ANA	ang. <i>American Nurses Association</i>
AOTMIT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ATS	ang. <i>American Thoracic Society</i>
ATTUD/SRNT	ang. <i>Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence/ Society for Research on Nicotine and Tobacco</i>
BHP	Bezpieczeństwo i Higiena Pracy
BMI	wskaźnik masy ciała, ang. <i>body mass index</i>
CBH	ang. <i>Community Behavioral Health</i>
CDC	ang. <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CDC/NIOSH	ang. <i>Centers for Disease Control and Prevention/ National Institute for Occupational Safety and Health</i>
CO	tlenek węgla
CPSTF	ang. <i>The Community Preventive Services Task Force</i>
CTFPHC	ang. <i>Canadian Task Force on Preventive Health Care</i>
CVD	choroba sercowo-naczyniowa, ang. <i>cardiovascular disease</i>
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością, ang. <i>disability adjusted life-years</i>
Dz.U.	Dziennik Ustaw
ENSP	ang. <i>European Network for Smoking and Tobacco Prevention</i>
ESC	ang. <i>European Society of Cardiology</i>
ETA	ang. <i>Education Against Tobacco</i>
EVALI	ang. <i>E-Cigarette or Vaping-Associated Lung Injury</i>
FCTC	ramowa konwencja o ograniczeniu użycia tytoniu, ang. <i>Framework Convention on Tobacco Control</i>
FDA	Agencja ds. Żywności i leków, ang. <i>Food and Drug Administration</i>
FNDT	ang. <i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>
FRPH	Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych

GATS	ang. <i>Global Adult Tobacco Survey</i>
GBD	ang. <i>Global Burden of Diseases</i>
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GRADE	ang. <i>Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations</i>
HSI	ang. <i>Heaviness of Smoking Index</i>
HTA	Ocena Technologii Medycznych, ang. <i>Health Technology Assessment</i>
HVI	ang. <i>Heaviness of Vaping Index</i>
IARC	Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, ang. <i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IGiChP	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KAS	Krajowa Administracja Skarbowa
KCAID	Krajowe Centrum do spraw AIDS
KPE	Konsensus Polskich Ekspertów
MA	metaanaliza
MEN	minister właściwy do spraw oświaty i wychowania
MF	minister właściwy do spraw finansów publicznych
MON	Minister Obrony Narodowej
MPZ	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
MR	minister właściwy do spraw finansów publicznych
MRD	minister właściwy do spraw rodziny
MS	Minister Sprawiedliwości
MSW	minister właściwy do spraw wewnętrznych
MSWiN	minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki
MTSS	ang. <i>Motivation to Stop Smoking Scale</i>
MZ	minister właściwy do spraw zdrowia
MZ	minister właściwy do spraw zdrowia
MZPE	Multidyscyplinarny Zespół Polskich Ekspertów
MZS	minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego
NCCN	ang. <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NCEC	ang. <i>National Clinical Effectiveness Committee</i>
NC SCT	ang. <i>National Centre for Smoking and Training</i>
NDTK	niskodawkowa tomografia komputerowa
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia

NHS	ang. <i>National Health Service</i>
NICE	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIH	ang. National Institute of Health
NIHR	ang. National Institute for Health Research
NIO-PIB	Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy
NIZP PZH-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Państwowy Instytut Badawczy
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
NRT	nikotynowa terapia zastępcza, ang. <i>nicotine replacement therapy</i>
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna
NSP	nowe substancje psychoaktywne
NTZ	nikotynowa terapia zastępcza
NVP	produkty do waporyzacji nikotyny, ang. <i>nicotine vaping product</i>
NZMH	ang. <i>New Zealand Ministry of Health</i>
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PPA	punktowy wskaźnik abstynencji, ang. <i>point prevalence abstinence</i>
ppm	liczba cząstek na milion (jednostka miary)
PPZ	Program Polityki Zdrowotnej
PS	przeegląd systematyczny
RACGP	ang. <i>The Royal Australian College of General Practitioners</i>
RPP	Rzecznik Praw Pacjenta
SFC	ang. <i>Smoke Free Classess</i>
SG	Straż Graniczna
TPPP	Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym
UE	Unia Europejska
UOKiK	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
USPSTF	ang. <i>US Preventive Services Task Force</i>
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia, ang. <i>World Health Organization</i>
ZUT	zespół uzależnienia od tytoniu

Spis treści

1. Problem decyzyjny	12
2. Problem zdrowotny	13
2.1. Opis jednostki chorobowej.....	13
2.2. Wskaźniki epidemiologiczne.....	21
2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli.....	25
3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania	26
3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w Polsce	26
3.2. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach.....	39
4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu	45
5. Opinie ekspertów klinicznych	116
6. Analiza kliniczna	124
6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych.....	124
6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych.....	125
6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa.....	130
6.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności	130
6.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa	248
6.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych	268
6.4. Ograniczenia analizy klinicznej.....	269
7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.....	270
8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym	275
9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania	279
10. Piśmiennictwo.....	281
11. Załączniki.....	291

1. Problem decyzyjny

<Opisać historię zlecenia, ew. korespondencję ze zleceniodawcą lub opisać szczegółowo wynik weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej >

Zgodnie z art. 48aa. 1. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 6 Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 5, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Niniejsze opracowanie stanowi inicjatywę własną AOTMiT zgodnie z art. 48aa ust. 1. Ustawy.

Agencja do dnia 02.05.2023 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, wydała 4 opinie dotyczące PZ (program zdrowotny)/PPZ uwzględniające profilaktykę uzależnień od tytoniu, w tym 1 opinię negatywną, 2 opinie pozytywne oraz 1 opinię warunkowo pozytywną. Wszystkie projekty programów obejmowały działania informacyjno-edukacyjne oraz konsultacje ze specjalistą (100%). W niektórych przypadkach do pakietu interwencji załączono także badanie przesiewowe w kierunku uzależnienia od tytoniu przy wykorzystaniu kwestionariuszy (50%), minimalną interwencję antynikotynową (50%) oraz szkolenia dla personelu medycznego (25%). W odniesieniu do interwencji edukacyjnych w analizowanych projektach, ich opis obejmował w głównej mierze podstawowe metody profilaktyczne, czynniki ryzyka oraz daleko idące konsekwencje zdrowotne związane z paleniem wyrobów tytoniowych. Edukacja realizowana była głównie w formie kampanii, akcji, szkoleń, spotkań, prelekcji bądź poprzez wykorzystanie materiałów edukacyjnych (plakatów, stron internetowych, ulotek edukacyjnych). Analizując wskazany wiek populacji docelowej w uwzględnionych projektach, należy zauważyć, że brak jest ściśle określonego podejścia względem uczestników programów. Każdy z uwzględnionych w analizie programów skupiał się na innej populacji. Docelowo programy te skierowano do: populacji ogólnej, kobiet w ciąży, osób między 50 a 75 r.ż. wraz z dodatkowym czynnikiem ryzyka w postaci palenia wyrobów tytoniowych przez okres 20 paczolat oraz dzieci i młodzieży między 15 a 26 r.ż.

2. Problem zdrowotny

<Opis problemu zdrowotnego, którego dotyczy Raport, w tym znaczenie dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, czynniki ryzyka, etiologia, objawy, najważniejsze informacje na temat leczenia i diagnostyki>

2.1. Opis jednostki chorobowej

Opis jednostki chorobowej

Uzależnienie od nikotyny (dawniej od tytoniu) jest chorobą sfery psychicznej i fizycznej, polegającą na przymusowym i stałym zażywaniu nikotyny. Wiąże się ona z długotrwałym, codziennym używaniem wyrobów produkowanych z tytoniu (papierosy, fajki, cygara, bidis, szisza, tytoń do żucia, tytoń podgrzewany, snus itp.), zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu (papierosy elektroniczne, saszetki nikotynowe) bądź syntetyzowaną chemicznie. Znaczna część palaczy nie jest w stanie przestać palić z własnej woli i potrzebuje wsparcia. W kategoriach medycznych przewlekłe palenie jest definiowane jako: uzależnienie od tytoniu, uzależnienie od nikotyny, nałóg tytoniowy lub nikotynizm¹.

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą ujętą w międzynarodowej klasyfikacji chorób w X rewizji jako zespół uzależnienia od tytoniu (F 17.2) i w XI rewizji jako uzależnienie od nikotyny (6C4A.2)^{2,3}.

Etiologia i patogeneza

Nikotyna jest głównym składnikiem farmakologicznym tytoniu, a jej silnie uzależniający charakter jest odpowiedzialny za jej powszechne stosowanie i efekty odstawienia, które stanowią wyzwanie dla terapii mających na celu rzucenie palenia⁴.

Poziom zawartości nikotyny w papierosie może być bardzo zróżnicowany w zależności od marki. Przeciętny papieros zawiera około 10-12 mg nikotyny, z czego około 1,1-1,8 mg jest wdychane przez użytkownika. Natomiast e-papieros dostarcza około 0,5-15,4 mg nikotyny (w 15 zaciągnięciach)⁵. W przypadku saszetek z nikotyną, odnotowano zakres wahający się od 1,6 do 32,5 mg nikotyny na saszetkę. Należy jednak wskazać, że w świetle obecnego stanu wiedzy naukowej nie jest jasne, ile nikotyny zażywanej w tej formie faktycznie przyswaja organizm⁶.

Inicjacja nikotynowa, a w konsekwencji uzależnienie od nikotyny, często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości – badania *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) przeprowadzone w latach 2009-2010 wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż.⁷. Taki stan rzeczy ma wynikać z faktu, że około 40% młodzieży spotyka się z różną formą reklamy lub promowania wyrobów nikotynowych – w szczególności w Internecie, który został wskazany jako miejsce, gdzie młodzi ludzie najczęściej stykają się z różnymi formami promowania wyrobów tytoniowych (35,1%)⁸, a także, przynajmniej częściowo, temu, że młodzieńczy ośrodkowy układ nerwowy jest szczególnie wrażliwy na neurozapalne działanie nikotyny. Alarmującym jest również fakt, że ponad połowa badanych

¹ European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2020). Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf, dostęp z 31.08.2022

² World Health Organization (2019). ICD-10 Version: 2019. Pozyskano z: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F17.2>, dostęp z 15.06.2020

³ World Health Organization (2023). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Pozyskano z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1699574100/mms/unspecified>, dostęp z 19.04.2023

⁴ Mahajan S. D., Homish G. G., Quisenberry, A. (2021). Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. *Front. Public Health*. 9: 664748

⁵ HealthLine (2017). How Much Nicotine Is in a Cigarette and Other Tobacco Products? Pozyskano z: <https://www.healthline.com/health/how-much-nicotine-is-in-a-cigarette>, dostęp z 06.10.2022

⁶ German Federal Institute for Risk Assessment (BfR) (2021). Health Risk Assessment of Nicotine Pouches. Pozyskano z: <https://mobil.bfr.bund.de/cm/349/health-risk-assessment-of-nicotine-pouches.pdf>, dostęp z 06.10.2022

⁷ Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf>, dostęp z 01.11.2022

⁸ Ibidem.

odpowiedziała, że nie miała problemów z zakupem wyrobów nikotynowych w ostatnich 30 dniach. Jedynie w małym odsetku (kilku procent) młodzieży odmówiono sprzedaży wyrobów nikotynowych⁹.

Reklama wyrobów tytoniowych przyczynia się do wzrostu liczby palaczy, zwłaszcza przez zachęcanie dzieci i młodzieży do rozpoczęcia palenia. Skłania również palaczy do zwiększenia konsumpcji, zmniejsza motywację do rzucenia palenia, zachęca byłych palaczy do powrotu do nałogu i kreuje mylny wizerunek palenia papierosów, jako zjawiska akceptowalnego¹⁰. Mimo to, zakaz reklamy wyrobów tytoniowych, (usankcjonowany ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych) w praktyce nie jest respektowany przez podmioty zobowiązane do przestrzegania odpowiednich norm w tym zakresie.

Ponadto, ankietowe badanie młodzieży przeprowadzone w 2019 roku w ramach Narodowego Programu Zdrowia wykazało, że z reklamami papierosów najczęściej stykali się pełnoletni, ale wskaźnik ten wynosi co najmniej 25% dla każdej innej grupy wiekowej, nawet dla piętnastolatków. Osoby pełnoletnie znacznie częściej zgłaszały, że miały do czynienia z dowolną formą marketingu e-papierosów. Działania te docierają także do osób młodszych – prawie 20% z nich potwierdziło, że napotkało je w ciągu ostatnich 30 dni¹¹.

Do innych (oprócz reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych) czynników ryzyka inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży należą:

- opinie płynące ze środków masowego przekazu i otoczenia, które przedstawiają palenie jako „normalną” czynność,
- palący znajomi i przyjaciele,
- rodzice, którzy palą i/lub pozwalają na palenie w domu,
- środowisko szkolne, które nie tworzy i nie wspiera otoczenia wolnego od dymu tytoniowego,
- możliwość uzyskania dostępu do papierosów i innych wyrobów tytoniowych – zwłaszcza od rodziny lub znajomych,
- niskie poczucie własnej wartości,
- podejmowanie działań o charakterze ryzykownym¹².

Należy również nadmienić, że młodzi ludzie rzadziej inicjują palenie, jeśli:

- dobrze radzą sobie w szkole,
- mają perspektywy rozwoju w przyszłości,
- są członkami kółek zainteresowań lub klubów sportowych,
- wyznają określoną religię lub kultywują swoją duchowość,
- utrzymują bliskie więzi z rodziną¹³.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Komisja Europejska (2022). Transgraniczny zakaz reklamy wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez przemysł tytoniowy. Pozyskano z: https://health.ec.europa.eu/tobacco/ban-cross-border-tobacco-advertising-and-sponsorship_pl, dostęp z 06.10.2022

¹¹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (2019). Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Ankietowe badanie młodzieży. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/RAPORT-TYTO%C5%83-M%C5%81ODZIE%C5%BB-GRUDZIE%C5%83-2019-WERSJA-FINALNA-www.pdf>, dostęp z 06.10.2022

¹² SmokeFree (2022). Information about Aotearoa New Zealand's smoking rates and how they are changing. Pozyskano z: <https://www.smokefree.org.nz/smoking-its-effects/facts-figures>, dostęp z 26.11.2022

¹³ Ibidem.

W Polsce w 2012 roku ekonomiczne skutki palenia szacowano na poziomie 57 miliardów złotych¹⁴. Szacunki te obejmują wydatki na leczenie chorób odtytoniowych oraz koszty związane z utratą produktywności. Liczba zgonów z powodu chorób odtytoniowych może wynosić nawet 80 tys. rocznie¹⁵.

Obraz kliniczny

Uzależnienie od nikotyny przejawia się silnym wewnętrznym pragnieniem i upośledzoną kontrolą używania nikotyny. Potrzeba przyjmowania nikotyny staje się priorytetem w stosunku do innych czynności oraz uporczywym nawykiem pomimo znajomości szkód lub negatywnych konsekwencji. Konieczność używania nikotyny wynika z biologicznego uzależnienia, któremu często towarzyszy subiektywne pragnienie jej dostarczenia, szczególnie w określonych sytuacjach społecznych bądź stanach emocjonalnych. Często u osób uzależnionych występują fizjologiczne cechy uzależnienia, w tym tolerancja na działanie nikotyny, objawy abstynencyjne po zaprzestaniu lub ograniczeniu używania nikotyny¹⁶. Zespół odstawienny może pojawić się już w ciągu pierwszych 4-12 godzin po zaprzestaniu palenia, który może objawiać się poprzez:

- ostrą/niekontrolowaną potrzebę palenia,
- drażliwość/agresję/złość,
- niepokój,
- zmęczenie,
- zwiększony apetyt,
- trudności z koncentracją,
- depresję,
- bóle głowy,
- nocne przebudzenia (bezsenność),
- lekką senność/zawroty głowy,
- inne objawy tj. nasilony kaszel i owrzodzenie jamy ustnej¹⁷.

Uzależnienie od nikotyny charakteryzuje się częstymi nawrotami. Najczęstszymi przyczynami nawrotów są objawy zespołu abstynencji, stres oraz przyrost masy ciała. U osób uzależnionych wielokrotnie w ciągu dnia dochodzi do używania nikotyny w celu zapobiegania lub łagodzenia objawów abstynencyjnych¹⁸.

Rozpoznawanie

Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy stwierdzić u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez co najmniej 3 miesiące, przy czym nikotyna może pochodzić zarówno z tytoniu palonego bądź podgrzewanego, jak również z liquidów stosowanych w papierosach elektronicznych czy podawanej w postaci bezdymnej (np. snus czy saszetki nikotynowe)¹⁹.

W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, określa się siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania jej używania. Siłę uzależnienia biologicznego ocenia się stosując test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma (FNNDT) (Tabela 1), który pacjent może

¹⁴ Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 27(1): 58-64

¹⁵ Samet J., Buran M. (2020). The burden of avoidable disease from air pollution: implications for prevention. *Journal of Health Inequalities*. 6(1): 2-6

¹⁶ World Health Organization (2023). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Pozyskano z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1699574100/mms/undefined>, dostęp z 19.04.2023

¹⁷ European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2020). *Guidelines for treating tobacco dependence*. Pozyskano z https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf, dostęp z 31.08.2022

¹⁸ World Health Organization (2023). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Pozyskano z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1699574100/mms/undefined>, dostęp z 19.04.2023

¹⁹ Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. *Med. Prakt.* 7/8: 24-40

samodzielnie wypełnić w oczekiwaniu na wizytę. Test ten jest powszechnie stosowany w praktyce klinicznej oraz badaniach klinicznych i naukowych. Uzależnienie od nikotyny jest następnie klasyfikowane jako zmienna z dwiema kategoriami: poniżej 7 jako niskie fizyczne uzależnienie od nikotyny oraz 7 i więcej jako silne uzależnienie²⁰.

Tabela 1. Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma

Pytania	Odpowiedzi	Punkty
1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 min	3
	po 6-30 min	2
	po 31-60 min	1
	po 60 min	0
2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla Ciebie problemem?	tak	1
	nie	0
3. Z którego papierosa najtrudniej Ci zrezygnować?	z pierwszego rano	1
	z każdego innego	0
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	≤10	0
	11-20	1
	21-30	2
	≥31	3
5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?	tak	1
	nie	0
6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?	tak	1
	nie	0
	Razem	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Fagerström 1989 (FNNDT)

Poziom uzależnienia można również określić za pomocą wskaźnika HSI (ang. *Heaviness of Smoking Index*). Indeks ten ocenia uzależnienie od nikotyny za pomocą dwóch pytań z testu uzależnienia od nikotyny Fagerströma: czas od przebudzenia do pierwszego papierosa oraz liczba dziennie wypalanych papierosów. Przyjmuje się, że osoba, która uzyskuje 5-6 punktów jest silnie uzależniona fizycznie od nikotyny²¹. Na podobnej zasadzie skonstruowany został wskaźnik uzależnienia od papierosów elektronicznych HVI (ang. *Heaviness of Vaping Index*)²².

Drugim istotnym krokiem jest określenie gotowości do zaprzestania palenia. Najczęściej stosuje się skalę motywacji do rzucenia palenia według Schneidera oraz *Motivation to Stop Smoking Scale* (MTSS)²³. Pomocny

²⁰ Fagerström K. O., Schneider N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J. Behav. Med. 12(2): 159-82

²¹ John U., Meyer C., Schumann A. et al. (2004). A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. Addict. Behav. 29(6): 1207-12

²² Vogel E. A., Prochaska J. J., Rubinstein, M. L. (2020). Measuring e-cigarette addiction among adolescents. Tob. Control. 29(3): 258-262

²³ Kotz D., Brown J., West R. (2013). Predictive validity of the Motivation To Stop Scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking. Drug. Alcohol. Depend. 128(1-2): 15-9

w zrozumieniu procesu rzucania palenia jest tzw. Transteoretyczny Model Zmiany (według Prochaskiego i DiClemente), który zakłada, że człowiek na drodze do abstynencji przechodzi przez kolejne fazy, do których może powracać kilka lub kilkanaście razy. Są to następujące etapy:

- brak myślenia o zmianie (prekontemplacja),
- rozważanie zmiany postawy (kontemplacja),
- gotowość do zmiany,
- działanie,
- i w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych – faza krótkotrwałej i długotrwałej abstynencji (12 miesięcy i więcej).

Gotowość do zaprzestania palenia jest, według badań, jednym z najbardziej istotnych czynników decydujących o sukcesie terapeutycznym w utrzymaniu długotrwałej abstynencji²⁴.

Siłę uzależnienia od nikotyny, którego jednym ze wskaźników jest liczba wypalanych papierosów (ekspozycja na dym tytoniowy), można określić na podstawie zawartości tlenu węgla w powietrzu wydychanym z płuc. Badanie jest nieinwazyjne, tanie i proste w wykonaniu. Wykonuje się je urządzeniem zwanym potocznie smokerlyzerem, który w sposób czytelny dla personelu medycznego oraz pacjenta pokazuje zawartość tlenu węgla (CO) wyrażoną liczbą cząstek na milion (ppm). Urządzenie wykorzystuje się powszechnie w badaniach klinicznych do biochemicznej weryfikacji abstynencji. Jest to również przydatne narzędzie w podtrzymywaniu motywacji pacjentów do zaprzestania palenia – wymierne korzyści z zaprzestania palenia (spadek poziomu CO) są widoczne w bardzo krótkim czasie^{25,26}.

Określenie siły uzależnienia biologicznego od nikotyny pomaga w doborze farmakoterapii. Jest to szczególnie ważne w przypadku rozważania wdrożenia leczenia z użyciem różnych form Nikotynowej Terapii Zastępczej (NTZ). Natomiast określenie etapu gotowości pomaga w zaplanowaniu skutecznej terapii, a w szczególności w dopasowaniu wsparcia behawioralnego do potrzeb pacjenta.

Leczenie oraz populacyjne metody ograniczania konsumpcji nikotyny

Skuteczne rzucanie palenia i pokonanie uzależnienia od nikotyny wymaga złożonego podejścia, które może obejmować poradnictwo, grupy wsparcia, terapię behawioralną i terapię farmakologiczną. Większość palaczy potrzebuje wielu prób, aby całkowicie rzucić palenie, wyciągając wnioski z każdej podjętej próby.

Rzucanie palenia bez profesjonalnego wsparcia jest skuteczne tylko w 5% (po roku od rozpoczęcia starań). Stosowanie specjalistycznych leków w postaci NTZ podwaja, a nawet potraja szanse na sukces w rzucaniu palenia. Poradnictwo również dwukrotnie zwiększa szanse na powodzenie w uzyskaniu abstynencji. Ważną częścią procesu jest terapia behawioralna mająca na celu identyfikację czynników wyzwalających nałóg²⁷.

Zalecaną metodą rozpoczynającą proces leczenia jest przeprowadzenie minimalnej interwencji antynikotynowej przez personel medyczny u każdego palącego pacjenta. Krótka, trwająca zazwyczaj 2-3 minuty rozmowa, polega na identyfikacji czy dany pacjent pali tytoń, a w przypadku zidentyfikowania nałogu – rozmowa ma na celu zmotywowanie pacjenta do zaprzestania palenia. W celu przeprowadzenia minimalnej interwencji antynikotynowej stosuje się zestaw pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” tj.:

²⁴ Miller W.R., Rolnicka S. (2014). Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

²⁵ West R., Hajek P., Stead L. et al. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 100(3): 299-303

²⁶ Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur. Heart. J.* 33(13): 1635-701

²⁷ University of California San Francisco (2022). Health Nicotine Dependence Treatment. Pozyskano z: <https://www.ucsfhealth.org/conditions/nicotine-dependence/treatment>, dostęp z 06.10.2022

1. **PYTAJ** każdego pacjenta czy pali tytoń np.:
 - „Czy Pan/Pani lub ktoś w Pana/Pani obecności pali tytoń lub używa tytoń w innej formie?”
 - „Pytamy naszych pacjentów o palenie/używanie tytoniu, ponieważ narażenie na dym tytoniowy przyczynia się do wielu chorób i objawów chorobowych.”
2. **PORADŹ** jak zaprzestać palenia np.:
 - Użyj modelu pięciu „O”:
 - odnieś się do sytuacji pacjenta (jego aktualnego stanu zdrowia, sytuacji materialnej, itp.),
 - oszacuj ryzyko związane z paleniem,
 - oceń korzyści po zaprzestaniu palenia,
 - określ przeszkody na drodze w rzuceniu palenia,
 - omów przy kolejnym spotkaniu z pacjentem wszystkie porady dotyczące zaprzestania palenia.
 - „Rzucenie palenia jest bardzo ważne dla Pani/Pana. Skontaktuję Pana/Panią ze specjalistą, który może w tym pomóc.”
 - „Jest co najmniej kilka leków, które mogą Pani/Panu pomóc w zaprzestaniu palenia. Z przyjemnością poproszę lekarza, aby porozmawiał z Panią/Panem o metodach rzucenia palenia.”
3. **POZNAJ** postawę pacjenta wobec palenia i zaprzestania palenia, tj.:
 - Zapytaj jak często, ile i jak długo pali.
 - Oceń charakter i siłę uzależnienia od tytoniu.
 - Zapytaj się w jakiej fazie zaprzestania palenia pacjent się znajduje. Zapytaj, czy chce przestać palić.
 - Jeśli tak, udziel mu pomocy.
 - Jeśli nie, poradź mu ponownie, aby przestał palić i wręcz materiały informacyjno-edukacyjne.
4. **POMÓŻ** palącemu pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania palenia, tj.:
 - Wręcz mu poradnik dla pacjentów i ulotki.
 - Ustal datę rzucenia palenia, najlepiej w ciągu najbliższych 2 tygodni.
 - Zapewnij pacjentowi wsparcie (ze strony rodziny, przyjaciół, kolegów z pracy) i podaj kontakt do Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym lub innych specjalistów.
 - Zanalizuj poprzednie próby rzucenia palenia – co się podczas nich działo, co pomagało, a co doprowadziło do powrotu do palenia?
 - Przedyskutuj z pacjentem potencjalne problemy, szczególnie te, które mogą pojawić się w okresie pierwszych kilku tygodni po zaprzestaniu palenia (np. objawy głodu nikotynowego).
 - Ustal z pacjentem powody, dla których chce przestać palić oraz korzyści z rzucenia palenia.
 - Poradź mu jak może skutecznie zaprzestać palenia.
 - Połóż nacisk na to, że:
 - ważna jest abstynencja - niewskazane jest nawet jedno ponowne zaciągnięcie się papierosem, jednak zapalenie można traktować jak wpadkę;
 - picie alkoholu jest znacznie zwiększa szansę nawrotu do palenia;
 - palenie przez inne osoby w domu utrudnia palącemu pacjentowi rzucenie palenia.
5. **PLANUJ** następne wizyty z pacjentem, tj.:
 - Jeśli pacjent wróci do palenia, namów go do jak najszybszego podjęcia kolejnej próby rzucenia palenia – przekonaj go, że chwilowa porażka jest częścią procesu zaprzestania palenia.

- Przeanalizuj okoliczności i powody nawrotu pacjenta do palenia. Wyciągnij wnioski z chwilowej porażki; zastanów się wraz z pacjentem czego to go nauczyło.
- Ustal z pacjentem terminy kolejnych wizyt i kontaktów z pielęgniarką lub lekarzem²⁸.

Osoby, u których występuje lęk, depresja lub inne zaburzenia, mogą potrzebować bardziej intensywnej interwencji. Używanie alkoholu lub kontakt z innymi palaczami są również czynnikami zwiększającymi ryzyko nawrotu²⁹.

Ważnym jest, aby terapia wspomagająca rzucanie palenia była jak najbardziej spersonalizowana – część osób trwa w nałogu ze względu na lęk przed negatywnymi objawami odstawienia, podczas gdy reszta motywowana jest do dalszego palenia przez jego satysfakcjonujące efekty³⁰.

Poniżej przedstawiono kluczowe środki mające na celu zmniejszenie popytu na wyroby tytoniowe wśród populacji, wskazane przez WHO:

- Ograniczenie liczby przypadków narażenia na bierne palenie – na podstawie dowodów naukowych, Konferencja Stron WHO w sprawie Ramowej Konwencji o Ograniczaniu Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (FCTC) stwierdziła, że wprowadzenie środowisk (np. pracy) całkowicie wolnych od dymu papierosowego jest jedynym sprawdzonym działaniem prewencyjnym wobec skutków biernego palenia. Przepisy antynikotynowe chronią zdrowie osób niepalących i są często wprowadzane, ponieważ nie szkodzą przedsiębiorstwom i zachęcają palaczy do rzucenia palenia.
- Graficzne ostrzeżenia zdrowotne – duże obrazkowe lub graficzne ostrzeżenia zdrowotne, w tym jednolite opakowania wyrobów tytoniowych, zawierające dosadny komunikat, mogą przekonać palaczy do ochrony zdrowia osób niepalących poprzez niepalenie w domu, zwiększyć stopień przestrzegania przez nich przepisów antynikotynowych i zachęcić więcej osób do rzucenia palenia. Badania pokazują, że ostrzeżenia obrazkowe znacznie zwiększają świadomość ludzi na temat szkodliwości używania tytoniu. Kampanie przeprowadzane za pośrednictwem środków masowego przekazu mogą również zmniejszyć popyt na tytoń poprzez promowanie ochrony zdrowia osób niepalących oraz przekonywanie do rezygnacji z używania tytoniu.
- Kompleksowy zakaz reklamy, promocji i sponsoringu wyrobów tytoniowych – wieloaspektowy zakaz obejmujący zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie rodzaje promocji:
 - formy bezpośrednie: reklama w telewizji, radio, publikacjach drukowanych, na billboardach i platformach mediów społecznościowych;
 - formy pośrednie: rozpowszechnianie wizerunku marki, poszerzanie jej asortymentu, bezpłatna dystrybucja, rabaty cenowe, eksponowanie produktów w punktach sprzedaży, sponsoring i działania promocyjne maskujące się jako programy z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu.
- Podatki – opodatkowanie wyrobów tytoniowych jest najbardziej efektywnym kosztowo sposobem ograniczenia używania tytoniu i kosztów opieki zdrowotnej z nim związanym, zwłaszcza wśród młodzieży i osób o niskich dochodach. Wzrost cen wyrobów tytoniowych o 10% zmniejsza konsumpcję wyrobów tytoniowych o około 4% w krajach o wysokich dochodach i około 5% w krajach o niskich i średnich dochodach³¹.

²⁸ Narodowy Instytut Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (2020). Diagnostyka i leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT). Materiał ze szkolenia dla personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny

²⁹ University of California San Francisco (2022). Health Nicotine Dependence Treatment. Pozyskano z: <https://www.ucsfhealth.org/conditions/nicotine-dependence/treatment>, dostęp z 06.10.2022

³⁰ National Institute on Drug Abuse (2022). Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes Research Report. Pozyskano z: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/introduction>, dostęp z 16.10.2022

³¹ World Health Organization (2022). Tobacco. Pozyskano z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, dostęp z 26.11.2022

Rokowanie

Używanie wyrobów tytoniowych, szczególnie palenie papierosów, jest dominującym czynnikiem powodującym zachorowania na wiele nowotworów, a także choroby układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego³².

Składniki dymu tytoniowego, których według Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC, ang. *International Agency for Research on Cancer*) jest blisko 70, są zarówno inicjatorami, jak i promotorami kancerogenezy. Dym tytoniowy jest uznany za kancerogen najwyższej klasy, tzn. że nie ma żadnych wątpliwości co do jego rakotwórczego działania. Z danych IARC wynika, że dym tytoniowy jest główną przyczyną raka płuca; w krajach uprzemysłowionych ok. 83-94% nowotworów złośliwych płuca u mężczyzn i ok. 57-80% u kobiet spowodowanych jest paleniem tytoniu. Wykazano także jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a także raka piersi u kobiet³³.

Obserwowane w badaniach ryzyko zgonu z powodu raka płuca wśród palących było od 9 do 20 razy większe niż u niepalących^{34,35,36}. Według oszacowań, w Polsce 31% zgonów z powodu nowotworów (44% u mężczyzn i 14% u kobiet) można przypisać paleniu tytoniu³⁷.

Również sama nikotyna obecna w wyrobach tytoniowych jest toksyczną substancją i posiada wiele negatywnych skutków działania na ludzki organizm. Zażycie nikotyny skutkuje wzrostem ciśnienia krwi, przyspieszeniem akcji serca, jego silniejszymi skurczami oraz uwolnieniem adrenaliny do krwi i wzrostem aktywności układu pokarmowego. Stymulacja akcji serca zazwyczaj rozszerza również tętnice wieńcowe, co powoduje większy przepływ krwi do organu. Jeśli jednak tętnice wieńcowe nie są w stanie wystarczająco się rozszerzyć, brak przepływu krwi i tlenu spowoduje dodatkowe obciążenie funkcjonowania serca, zwiększając prawdopodobieństwo wystąpienia bólu dławicowego w klatce piersiowej lub zawału³⁸.

Nikotyna działa także na pień mózgu i żołądek, co powoduje nudności i wymioty; jednak tolerancja wobec tych objawów jest szybko rozwijana. Nikotyna zwiększa wydatek energetyczny organizmu i może zmniejszać apetyt, chociaż osoby intensywnie palące zgłaszają większą masę ciała niż osoby niepalące, co może odzwierciedlać dodatkowe zagrożenia dla zdrowia wynikające z przyrostu masy ciała. Uważa się również, że nikotyna zmienia wrażliwość kubków smakowych, a u osób o zmniejszonej tolerancji na nią może mieć działanie przeczyszczające³⁹.

Używanie papierosów elektronicznych (ang. *vaping*) wydaje się mniej szkodliwe niż palenie tradycyjnych papierosów, ale nadal nie jest bezpieczne. W ostatnich czasach obserwowany jest gwałtowny wzrost liczby przypadków obrażeń płuc i zgonów związanych z vapingiem. W lutym 2020 roku Amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC, ang. *Centers for Disease Control and Prevention*) potwierdziło 2 807 przypadków zespołu EVALI (ang. *E-Cigarette or Vaping-Associated Lung Injury*) i 68 zgonów przypisywanych temu schorzeniu⁴⁰.

³² National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US)

³³ World Health Organization/International Agency For Research On Cancer (2004). *IARC monographs on evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans*. Pozyskano z: <https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf>, dostęp z 19.04.2023

³⁴ Parkin D. M. (2011). 2. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *Br. J. Cancer*. 105(Suppl 2): S6-S13

³⁵ Callum C. (1998). *The UK smoking epidemic: deaths in 1995*. London; Health Education Authority

³⁶ Tobacco in Australia (2021). Lung cancer. Pozyskano z: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-3-health-effects/3-4-lung-cancer>, dostęp z 19.04.2023

³⁷ Peto R. Lopez A. D., Boreham P. H. et al. (2015). Mortality from smoking in developed countries, 1950–2020 (Poland). Pozyskano z: <https://gas.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/C4230.pdf>, dostęp z 19.04.2023

³⁸ Greenhalgh E. M., Scollo M. M., Winstanley M. H. (2023). Tobacco in Australia. Pozyskano z: <https://www.tobaccoinaustralia.org.au/home.aspx>, dostęp z 19.04.2023

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Johns Hopkins Medicine (2023). 5 Vaping Facts You Need to Know. Pozyskano z: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/5-truths-you-need-to-know-about-vaping>, dostęp z 19.04.2023

CDC zidentyfikowało octan witaminy E jako substancję chemiczną stwarzającą zagrożenie dla osób z zespołem EVALI. Jest to środek zagęszczający, często stosowany w produktach vapingowych, a znaleziono go we wszystkich próbkach płynu pobranego z płuc pacjentów chorych na EVALI (badanych przez CDC)⁴¹.

Badania Uniwersytetu Johna Hopkinsa nad składnikami produktów do wapowania, opublikowane w październiku 2021 roku, ujawniły obecność tysięcy składników chemicznych w tych produktach. Wśród tych, które zespół faktycznie był w stanie zidentyfikować, było kilka potencjalnie szkodliwych substancji, w tym kofeina oraz trzy substancje chemiczne nigdy wcześniej nieznanne w e-papierosach: pestycydy i dwa aromaty związane z potencjalnym toksycznym efektem oraz podrażnieniem dróg oddechowych⁴².

2.2. Wskaźniki epidemiologiczne

<Wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zalecane – w odniesieniu do obszaru, którego problem dotyczy; opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

Dane ze świata

W Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2018 roku palenie tytoniu zostało wskazane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych⁴³. Według oszacowań *Global Burden of Diseases* co roku ponad 8 milionów ludzi na świecie umiera z powodu palenia tytoniu, w tym także z powodu narażenia na bierne palenie⁴⁴. Według informacji z wytycznych WHO, osoby z poważnymi chorobami psychicznymi palą tytoń częściej niż osoby z populacji generalnej (61% vs 33%), wypalają więcej papierosów na dobę i rzadziej zaprzestają palenia⁴⁵. Podobnie jak w populacji generalnej, palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów u osób z chorobami psychicznymi.

W 2018 roku szacowano, że na świecie jest łącznie 58,1 miliona użytkowników elektronicznych papierosów. Już dwa lata później, w roku 2020, estymowaną liczbą było 68 milionów⁴⁶. *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) zbadał rozpowszechnienie używania e-papierosów w 14 krajach przy użyciu danych z lat 2015-2018. Rozpowszechnienie używania e-papierosów wahało się od 0,02% [95%CI: (0,0001; 0,0004)] w Indiach do 3,5% [95%CI:(0,029; 0,042)] w Rosji⁴⁷.

W regionie europejskim WHO obserwuje się niepokojący trend związany z używaniem papierosów elektronicznych. Według najnowszych dostępnych danych, młodzi ludzie sięgają po te produkty w alarmującym stopniu. We Włoszech rozpowszechnienie używania e-papierosów wśród młodzieży wzrosło z 8,4% w 2014 roku do 17,5% w 2018 roku, w Gruzji – z 5,7% w 2014 roku do 13,2% w 2017 roku, natomiast na Łotwie było to 9,1% w 2011 roku i 18% w 2019 roku⁴⁸.

W oparciu o globalne dane epidemiologiczne, oszacowano rozpowszechnienie palenia tytoniu u kobiet w ciąży w latach 2001-2015. Wskazano, że rozpowszechnienie palących kobiet w ciąży na świecie wynosi na poziomie

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

⁴³ World Health Organization (2018). European health report 2018: More than numbers – evidence for all. Pozyskano z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279904>, dostęp z 19.04.2023

⁴⁴ Murray C. J. L., Aravkin A. Y., Zheng P. et al. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 396(10258): 1223-49

⁴⁵ Centers for Disease Control and Prevention (2015). Health Equity in Tobacco Prevention and Control. Pozyskano z: <https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best-practices-health-equity/pdfs/bp-health-equity.pdf>, dostęp z 19.04.2023

⁴⁶ Jerzyński T., Stimson G. V. Shapiro H. et al. (2021). Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. *Harm. Reduct. J.* 18(1): 109

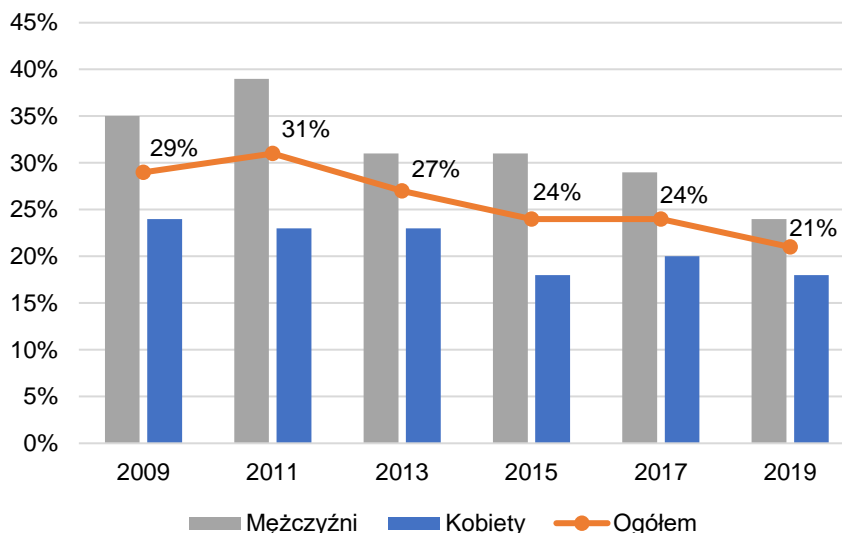
⁴⁷ Pan L., Morton J., Mbulo L. et al. (2022). Electronic cigarette use among adults in 14 countries: A cross-sectional study. *EclinicalMedicine*. 47: 101401

⁴⁸ World Health Organization (2020). New WHO report reveals that while smoking continues to decline among European adolescents, the use of electronic cigarettes by young people is on the rise. Pozyskano z: <https://www.who.int/europe/news/item/02-12-2020-new-who-report-reveals-that-while-smoking-continues-to-decline-among-european-adolescents-the-use-of-electronic-cigarettes-by-young-people-is-on-the-rise>, dostęp z 06.10.2022

1,7% [95%CI: (0; 0,045)], zaś w regionie europejskim – 8,1% [95%CI: (0,04; 0,122)]. Spośród kobiet palących w ciąży na całym świecie, odsetek codziennie palących kobiet wyniósł 72,5% [95%CI: (0,704; 0,75)]⁴⁹.

Dane z Polski

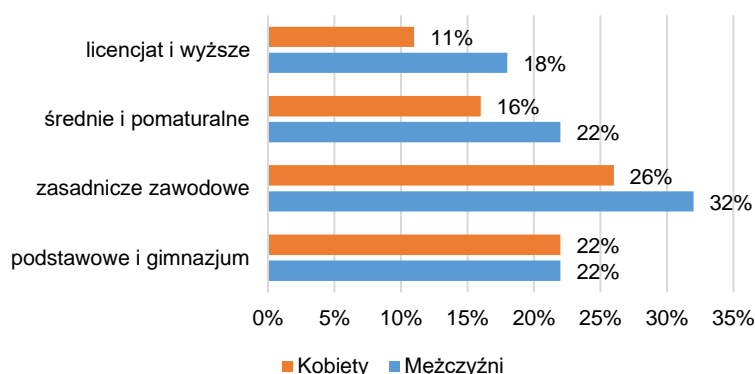
Zgodnie z wynikami raportu z 2019 r., w Polsce do nałogowego palenia przyznaje się 21% Polaków, przy czym od 2011 r. obserwuje się spadek odsetka osób uzależnionych od tytoniu (Rycina 1)⁵⁰.



Rycina 1. Odsetek osób codziennie palących tytoń w Polsce w latach 2009-2019

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GIS 2019

W 2019 r. największy odsetek nałogowych palaczy w Polsce dotyczył osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (32% mężczyzn oraz 26% kobiet) (Rycina 2). Ponadto czynnikiem determinującym palenie, oprócz płci, wieku czy poziomu wykształcenia, jest także sytuacja materialna. Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Wśród kobiet i mężczyzn, najwięcej palących osób należy do grupy osób bezrobotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%)⁵¹.



Rycina 2. Odsetek osób palących codziennie względem wykształcenia w 2019 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie GIS 2019

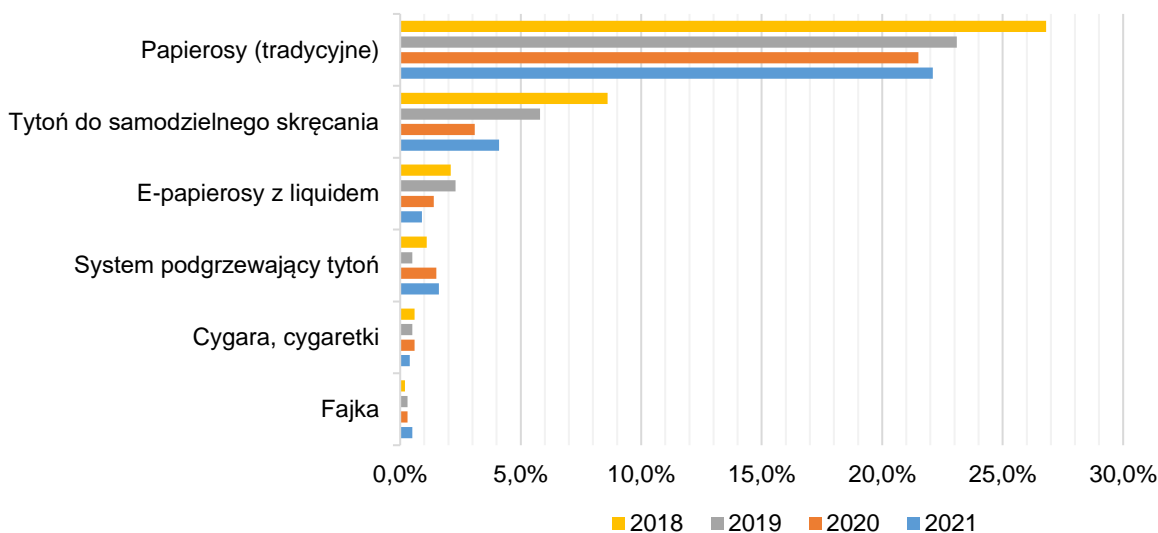
⁴⁹ Lange S., Probst C., Rehm J. et al. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet. Glob. Health.* 6(7): e769-e76

⁵⁰ Główny Inspektorat Sanitarny (2019). Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017>, dostęp z 01.09.2022

⁵¹ Ibidem.

W badaniu ankietowym przeprowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH-PIB), w 2020 roku regularne palenie tytoniu zadeklarowało 23,1% mężczyzn i 14,9% kobiet. Codzienne stosowanie wyrobów elektronicznych z nikotyną zadeklarowało 10,8% mężczyzn i 7,1% kobiet⁵².

Według przeprowadzonego przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) badania ankietowego dla Biura do spraw Substancji Chemicznych, w 2021 r. ówczesni nałogowi palacze najczęściej używali tradycyjnych papierosów, najrzadziej zaś fajki. Zaobserwowano także, że odsetek osób korzystających zarówno z e-papierosów, tytoniu do samodzielnego skręcania oraz tradycyjnych papierosów był niższy w 2021 r. niż w roku 2018. Warto natomiast zauważyć, że od 2019 roku wzrasta odsetek osób korzystających z systemu podgrzewającego tytoń (Rycina 3)⁵³.



Rycina 3. Rodzaj wyrobu tytoniowego, którego regularnie używały osoby palące w Polsce w latach 2018-2021 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BSCh 2021 (Edycja IV)

Po wejściu w życie zakazu sprzedaży papierosów aromatyzowanych, niemal co dziesiąty ich zwolennik zdecydował się na rzucenie palenia. Najczęściej natomiast deklarowaną strategią postępowania w tej sytuacji była zmiana użytkowanego tradycyjnego wyrobu na papierosy w wersji niearomatyzowanej⁵⁴.

Zgodnie z wynikami raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS), w Polsce w 2017 r. odsetek ciężarnych kobiet, które palą, wyniósł 5,86%⁵⁵.

W Polsce w 2019 r. palenie tytoniu stanowiło główną przyczynę zgonów wśród mężczyzn (26,6%) oraz stanowiło drugą przyczynę zgonów wśród kobiet (13,8%)⁵⁶. Należy także do głównych czynników odpowiedzialnych za utracone lata życia w zdrowiu Polaków – zgodnie z danymi GBD, w 2019 roku ww. wskaźnik wyniósł 5 667,9 DALYs/100 tys. [95%CI: (4 776,47; 6 629,17)]⁵⁷.

⁵² Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (2020). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Pozyskano z: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>, dostęp z 19.04.2023

⁵³ Biuro do spraw Substancji Chemicznych (2021). Monitorowanie rynku e-papierosów. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/chemikalia/monitorowanie-rynku-e-papierosow>, dostęp z 06.10.2022

⁵⁴ Ibidem.

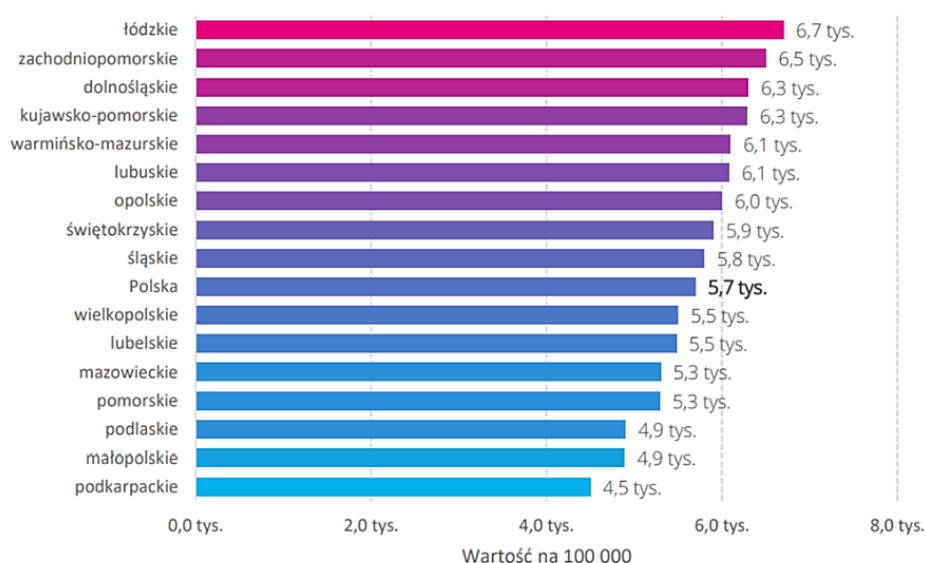
⁵⁵ Główny Inspektorat Sanitarny (2017). Raport z badania: Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Warszawa

⁵⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation (2023). Global Burden of Disease Study. Pozyskano z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp z 19.04.2023

⁵⁷ Ibidem.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026, najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce jest tytoń, który od 1990 r. znajduje się na pierwszym miejscu. W Polsce czynnik ten przyczynił się do zwiększonej o ok. 19% utraty DALY w porównaniu do wartości globalnych, a jego udział na przestrzeni lat zmniejszył się o ok. 49% (na świecie o ok. 41%). Warto zaznaczyć, że tytoń ma prawie 50% udział w grupie czynników behawioralnych wpływających na DALY⁵⁸. Biorąc uwagę wskaźnik DALY względem płci, tytoń odpowiada za ponad dwukrotną utratę tych wartości wśród mężczyzn w porównaniu do kobiet. W Polsce natomiast, na przełomie lat 1990-2019, wpływ tytoniu na utratę lat przeżytych w zdrowiu zmniejszył się o ok. 24%⁵⁹.

W przypadku tytoniu najwyższy wpływ na utratę DALY (u kobiet i mężczyzn łącznie) zaobserwowano w województwie łódzkim, osiągając wartość o ok. 17% wyższą od wartości dla całego kraju. Najkorzystniejsza sytuacja pod tym względem występuje w województwie podkarpackim, w którym utrata DALY spowodowana paleniem tytoniu jest mniejsza o ok. 20% w porównaniu do wartości dla Polski (Rycina 4)⁶⁰.



Rycina 4. Wpływ palenia tytoniu na DALY (na 100 tys.) z podziałem na województwa w 2019 r.

Źródło: MPZ 2021

Dane na temat palenia wśród polskich nastolatków

E-papierosy z liquidem i systemy podgrzewające tytoń są wciąż najbardziej popularne wśród młodych dorosłych. Z kolei systemy podgrzewające wydają się powoli zastępować e-papierosy w grupie dzieci i młodzieży⁶¹.

Zgodnie z wynikami badania NIZP PZH-PIB „PoINicoYouth”, przeprowadzonej w latach 2019-2020 na populacji młodych osób (N=16 712) ze szkół ponadpodstawowych, 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową, podczas gdy 30% uczniów kontakt z nikotyną rozpoczęło od e-papierosa. Polska młodzież korzysta częściej z e-papierosów (29,5%) niż z tradycyjnych papierosów (26,2%)⁶². Ponad

⁵⁸ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2023). Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>, dostęp z 19.04.2023

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Biuro do spraw Substancji Chemicznych (2021). Monitorowanie rynku e-papierosów. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/chemikalia/monitorowanie-rynku-e-papierosow>, dostęp z 06.10.2022

⁶² Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf>, dostęp z 01.11.2022

połowa palących młodych osób robi to codziennie. Ponadto, 34% nastoletnich e-palaczy (w wieku 16-17 lat) deklaroowało, że pali od ponad roku, podczas gdy 31% od 2-5, a 4% – ponad 5 lat⁶³.

Według badania NIZP PZH „PoINicoYouth”, 1/3 badanych uczniów wskazuje, że ich rodzice nie mają wiedzy na temat ich korzystania z wyrobów tytoniowych, a jedynie 29,5% rodziców jest przeciwna nałogowi. Ponad połowa badanych odpowiedziała, że nie miała problemów z zakupem wyrobów nikotynowych, a odmówiono sprzedaży wyrobów tytoniowych niewielkiej liczbie młodzieży⁶⁴.

2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

- ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia
- ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi
- poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość

Uwagi

<Przedstawić przewidywane skutki wdrożenia programu w zależności od rodzaju programu: prewencyjny – przewidywany stopień uniknięcia zachorowania/pogorszenia stanu zdrowia; przesiewowy – przewidywane korzyści wczesnego wykrycia choroby; leczniczy – znaczenie podjęcia leczenia; poprawiający jakość życia – znaczenie poprawy jakości życia>

⁶³ Rzecznik Praw Dziecka (2020) Alarmujące wyniki badań: e-papierosy stały się nałogiem młodzieży. Pozyskano z: <https://brpd.gov.pl/2020/12/28/alarmujace-wyniki-badan-e-papierosy-staly-sie-nalogiem-mlodziezy/>, dostęp z 06.10.2022

⁶⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia (2022). Środa z Profilaktyką – Profilaktyka uzależnień. Tytoń. Badanie PoINicoYouth. Pozyskano z: <https://www.nfz-gdansk.pl/aktualnosci/o-oddziale/aktualnosci/sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzalezniem-tyton,9059>, dostęp z 23.11.2022

3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą. Przedstawić dostępne informacje, zwłaszcza nt. finansowania zagranicą technologii medycznych wykorzystywanych w danym problemie zdrowotnym w zakresie określonej interwencji i obecnego postępowania w danym kraju w określonym problemie zdrowotnym, jeśli dotyczy>

3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w Polsce

Interwencje prowadzone w Polsce dotyczące omawianego zagadnienia można podzielić na 2 rodzaje:

- profilaktykę uzależnień,
- leczenie uzależnień.

Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny) w Polsce

W ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025⁶⁵, realizowany jest cel operacyjny – „profilaktyka uzależnień”. Głównym podmiotem odpowiedzialnym za realizację tego celu jest Minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z Ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, wewnętrznych, rodziny, zabezpieczenia społecznego, szkolnictwa wyższego i nauki, finansów publicznych, rolnictwa, rynków rolnych, gospodarki, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości. Wysokość finansowania celów operacyjnych NPZ wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym nie więcej niż 30 mln zł przeznaczone jest na finansowanie celu operacyjnego „profilaktyka uzależnień”. Środki na omawiany cel pochodzą z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu Państwa⁶⁶.

Zgodnie z celem operacyjnym NPZ „profilaktyka uzależnień”, sporządzony został stosowany wykaz zadań, który obejmuje realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających uzależnieniom oraz działań skupionych na poszczególnych rodzajach uzależnień. W poniższych tabelach przedstawiono zintegrowane działania przeciwdziałające uzależnieniom (Tabela 2) oraz działania nakierowane na przeciwdziałanie uzależnieniom od tytoniu (Tabela 3).

Tabela 2. Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego „Profilaktyka uzależnień. Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom”

Lp.	Nazwa zadania	Okres realizacji	Realizator	Tryb realizacji
1.	Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom.	2021-2025	MZ, MEN, ORE, MSW, MRD, MON, MS, JST oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MS, JST, GIS, PIS, IPIŃ, NIO-PIB, KCAIDS, NFZ, jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w drodze konkursów lub naboru wniosków (FRPH) ogłaszanych przez tę jednostkę	zadanie własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH).

⁶⁵ Rada Ministrów (2021). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642>, dostęp z 29.09.2022

⁶⁶ Ibidem.

2.	Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu).	2021-2025	MZ, MEN, MSWiN, MSW, MON, MS, GIS, IPiN, NIO-PIB, JST, Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych, jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w drodze konkursów lub naboru wniosków (FRPH) ogłaszanych przez tę jednostkę.	zadanie własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH).
3.	Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.	2021-2025	MZ, MSW, MON, MS, GIS, IPiN, NIO-PIB, JST, ORE jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w drodze konkursów lub naboru wniosków (FRPH) ogłaszanych przez tę jednostkę.	zadanie własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH)
4.	Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego	2021-2025	JST, ORE, IPiN, MS, jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w drodze konkursów lub naboru wniosków (FRPH) ogłaszanych przez tę jednostkę	zadania własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH)
5.	Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin	2021-2025	MZ, MEN, MRD, MS, JST, jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień	zadania własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH)
6.	Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie	2021-2025	MSW, MS, MRD, MON, MZ, JST, jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w trybie konkursów lub naboru wniosków ogłaszanych przez tę jednostkę	zadanie własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH)
7.	Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich	2021-2025	MZ, KCAIDS, NFZ, JST, MRD, MZS, Policja, prokuratura, NIZP-PZH, RPP,	zadanie własne, zadanie powierzane w trybie konkursowym oraz

			jednostka podległa MZ właściwa w sprawie uzależnień oraz podmioty wybrane w drodze konkursów lub naboru wniosków (FRPH) ogłaszanych przez tę jednostkę	zadanie dofinansowane w trybie naboru wniosków (FRPH)
<p>Skróty: FRPH – Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych; GIS – Główny Inspektor Sanitarny; IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii; JST – Jednostki samorządu terytorialnego; KCAID – Krajowe Centrum do spraw AIDS; MEN – minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; MON – Minister Obrony Narodowej; MRD – minister właściwy do spraw rodziny; MS – Minister Sprawiedliwości; MSW – minister właściwy do spraw wewnętrznych; MSWiN – minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego i nauki; MZ – minister właściwy do spraw zdrowia; MZS – minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; NFZ – Jednostki samorządu terytorialnego; NIO-PIB – Narodowy Instytut Onkologii im Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy; NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (Państwowy Instytut Badawczy); NSP – Nowe substancje psychoaktywne; ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji; PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna; RPP – Rzecznik Praw Pacjenta</p>				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642)

Tabela 3. Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego: Profilaktyka uzależnień. Uzależnienie od tytoniu (nikotyny)

Lp.	Nazwa zadania	Okres realizacji	Realizator	Tryb realizacji
1.	Ograniczanie dostępności fizycznej i ekonomicznej wyrobów tytoniowych i powiązanych	2021-2025	MZ, MF, MR, MRR	zadanie własne
2.	Realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym	2021-2025	NIO-PIB na podstawie umowy zawartej z MZ na wniosek NIO-PIB	zadanie powierzane w trybie wnioskowym
3.	Ułatwianie wychodzenia z nałogu używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów przez zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych	2021-2025	MZ, NFZ	zadanie własne
4.	Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki ograniczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów oraz płynów do ponownego ich napełniania	2021-2025	GIS, MZ, NIO-PIB, Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych	zadanie własne
5.	Prowadzenie nadzoru nad zawartością składników w wyrobach tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobach tytoniowych oraz płynach do ponownego ich napełniania	2021-2025	Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych, PIS	zadanie własne
6.	Zapewnienie skutecznego przestrzegania przepisów obowiązującego prawa w zakresie polityki antynikotynowej	2021-2025	MZ, MS, MSW, PIS, MON, KAS, Policja oraz SG, UOKiK, Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych	zadanie własne
<p>Skróty: GIS – Główny Inspektor Sanitarny; KAS – Krajowa Administracja Skarbowa; MF – minister właściwy do spraw finansów publicznych; MON – Minister Obrony Narodowej; MR – minister właściwy do spraw finansów publicznych; MRR – minister właściwy do spraw rynków rolnych; MSW – minister właściwy do spraw wewnętrznych; MZ – minister właściwy do spraw zdrowia; NIO-PIB – Narodowy Instytut Onkologii im Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy; PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna; SG – Straż Graniczna; UOKiK – Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów</p>				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642)

W ramach zadania nr 2 dotyczącego „Realizacji szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenia Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym”, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie realizuje ogólnopolskie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu diagnostyki oraz leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych⁶⁷. Szkolenia prowadzone są w formie online lub stacjonarnie i składają się z części wykładowej oraz warsztatowej. Zakres tematyczny kursu obejmuje następujące obszary:

- charakterystyka zespołu uzależnienia od tytoniu,
- model teoretyczny procesu zaprzestania palenia i jego implikacji praktycznych,
- diagnostyka uzależnienia oraz leczenie farmakologiczne ZUT,
- wsparcie behawioralne pacjenta,
- praca z pacjentem o specjalnych potrzebach (m.in.: choroby przewlekłe, zaburzenia psychiczne, kobiety ciężarne),
- specjalne zagadnienia związane z procesem rzucania palenia (m.in.: żywienie, aktywność fizyczna),
- prowadzenie minimalnej interwencji przez pielęgniarkę lub położną,
- przeciwdziałanie nawrotom.

Korzyści płynące z uczestnictwa w szkoleniu:

- posiadanie certyfikatu potwierdzającego umiejętności prowadzenia leczenia ZUT pozwala na zawieranie kontraktu z NFZ na leczenie uzależnienia od tytoniu w ramach Programu Profilaktyki Chorób Odytoniowych (w tym POChP),
- uczestnicy otrzymają 10 punktów edukacyjnych (w ramach obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków)⁶⁸.

Ponadto, zgodnie z ww. zadaniem służącym realizacji celu operacyjnego „Profilaktyka uzależnień. Uzależnienia od tytoniu.” przy Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej NIO-PIB działa Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (TPPP). TPPP jest ogólnopolską specjalistyczną placówką świadczącą poradnictwo przez telefon dla osób, których dotyczy problem uzależnienia od tytoniu. Telefoniczna poradnia dla osób szukających pomocy w zakresie rzucania palenia funkcjonuje w godzinach 9-21:00 (poniedziałek-piątek) oraz 9-15:00 (sobota)⁶⁹. Dodatkowo, w ramach tej inicjatywy, istnieje także strona internetowa poświęcona edukacji w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu⁷⁰.

Leczenie uzależnień od tytoniu – świadczenia gwarantowane

Zgodnie z załącznikiem nr 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.)⁷¹, aktualne i dostępne świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu zostały przedstawione poniżej (Tabela 4).

⁶⁷ Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (2022). Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. Pozyskano z: <https://szkoleniazut.coi.pl/>, dostęp z 28.09.2022

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (2022). Poradnia Pomocy Palącym. Pozyskano z: <https://www.pib-nio.pl/profilaktyka-i-badania-przesiewowe/poradnia-pomocy-palacym/>, dostęp z 29.09.2022

⁷⁰ Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (2022). Jak rzucić palenie. Pozyskano z: <http://jakrzucicpalenie.pl/>, dostęp z 29.09.2022

⁷¹ Minister Zdrowia (2019). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>, dostęp z 29.09.2022

Tabela 4. Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień oraz warunki realizacji tych świadczeń

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego
Świadczenia antynikotynowe – udzielane przez porady, wizyty, sesje psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień:	
1) porada lub wizyta diagnostyczna – porada lub wizyta rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny, który może wymagać od 1 do 3 porad diagnostycznych u jednego świadczeniobiorcy, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca: <ol style="list-style-type: none"> zebranie wywiadu od świadczeniobiorcy i rodziny, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, niezbędne badanie psychologiczne, niezbędne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne, ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego; 	Personel: <ol style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii; specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.
2) porada lub wizyta terapeutyczna – kolejna porada lub wizyta, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca: <ol style="list-style-type: none"> ocenę stanu psychicznego, ocenę przebiegu leczenia, wsparcie psychologiczne, działania edukacyjne, oddziaływania interwencyjne; 	Personel: <ol style="list-style-type: none"> specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.
3) porada lub wizyta lekarska – porada lub wizyta lekarza kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca: <ol style="list-style-type: none"> ocenę stanu psychicznego i somatycznego, ocenę przebiegu i postępów leczenia, niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne; 	Personel: <ol style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.
4) wizyta instruktora terapii uzależnień – wizyta kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotycząca także osób współuzależnionych i obejmująca: <ol style="list-style-type: none"> ocenę postępu leczenia, realizację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia, niezbędne skierowania na konsultacje do specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa lub lekarza, w razie potrzeby, działania informacyjno-motywacyjne na wstępnym etapie kontaktu świadczeniobiorcy z świadczeniodawcą, przed ustaleniem diagnozy i indywidualnego planu leczenia; 	Personel: <ol style="list-style-type: none"> specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień.
5) sesja psychoterapii indywidualnej – sesja z jednym świadczeniobiorcą, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności świadczeniobiorcy, prowadzona według określonej	Personel: <ol style="list-style-type: none"> specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub

<p>metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p>4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <u>Pozostałe warunki:</u> czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 50 godzin w okresie roku.</p>
<p>6) sesja psychoterapii rodzinnej – sesja z rodziną (dotyczy osób współuzależnionych, niezależnie od liczby osób), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p><u>Personel:</u> 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub 3) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <u>Pozostałe warunki:</u> czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut.</p>
<p>7) sesja psychoterapii grupowej – sesja realizowana z grupą 4-12 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych;</p>	<p><u>Personel:</u> 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub 3) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub 5) instruktor terapii uzależnień. <u>Pozostałe warunki:</u> czas trwania sesji wynosi co najmniej 120 minut w ciągu dnia oraz do 240 godzin w okresie roku.</p>
<p>8) sesja psychoedukacyjna – sesja realizowana w grupach do 25 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody; możliwe jest udzielanie świadczenia w programach pogłębionych, obejmujących leczenie zaburzeń emocjonalnych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych.</p>	<p><u>Personel:</u> 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub 2) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub 3) instruktor terapii uzależnień, lub 4) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, lub 5) osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub 6) osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <u>Pozostałe warunki:</u> czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 160 godzin w okresie roku.</p>

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.)

Walkę z uzależnieniami wspierają w Polsce 304 placówki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ dostępnych w postaci „poradni leczenia uzależnień”⁷². Czas oczekiwania w ok. 90% placówkach nie przekracza miesiąca (stan na 29.09.2022 r.). Warto natomiast zaznaczyć, że większość placówek nie specjalizuje się w leczeniu uzależnień od tytoniu (realnie działają 3 specjalistyczne poradnie pomocy palącym – w Warszawie, Gdańsku i Krakowie).

⁷² Narodowy Fundusz Zdrowia (2021). Informator o Terminach Leczenia. Pozyskano z: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=30&search=true&Case=1&ServiceName=PORADNIA%20LECZENIA%20UZALEZNIEN> dostęp z 29.09.2022

Ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu

Zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2021 poz. 276)⁷³, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego są zobowiązane do podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed konsekwencjami używania tytoniu. Ponadto mogą one wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi zawiązkami wyznaniowymi.

Ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu realizowana jest przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej. Do elementów ww. ochrony zdrowia należy:

- ochrona prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych,
- promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych,
- działalność wychowawcza i informacyjna,
- tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu,
- informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych,
- obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych,
- leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

Wyżej wymieniona Ustawa wprowadza również zakaz reklamy wyrobów tytoniowych oraz zakaz ich palenia w pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego (podmioty lecznicze, szkoły i uczelnie, obiekty kultury, lokale gastronomiczno-rozrywkowe itp.). Ponadto Ustawa określa wymogi dotyczące opakowań wyrobów tytoniowych sprzedawanych w Polsce, które muszą zawierać określone treści informujące o szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych⁷⁴.

Programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej i inne działania

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2020 poz. 2209 z późn. zm.)⁷⁵, finansowany jest „Program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Do celów programu należą:

- zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odytoniowe,
- poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu,
- poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu, w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi, a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odytoniowych.

Dokładne warunki prowadzenia programu zostały zawarte w zarządzeniu Nr 86/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne⁷⁶.

⁷³ Marszałek Sejmu (2021). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2021 poz. 276). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000276>, dostęp z 29.09.2022

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Minister Zdrowia (2020). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2020 poz. 2209 z późn. zm.). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002209>, dostęp z 29.09.2022

⁷⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia (2021). Zarządzenia Prezesa NFZ. Pozyskano z: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-862019dsoz,6963.html>, dostęp z 21.04.2021

Warunki finansowania programu zostały umieszczone w załączniku nr 6 do ww. zarządzenia. W poniższej tabeli przedstawiono wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programu profilaktyki chorób odtyniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz warunki ich realizacji⁷⁷.

Tabela 5. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programu profilaktyki chorób odtyniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Program profilaktyki chorób od tytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych
<p>Etap podstawowy</p> <p>I. Poradnictwo antytytoniowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów lub liczby używanych nowatorskich wyrobów tytoniowych (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian, oraz ocena poziomu uzależnienia; przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących; pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi; badanie fizykalne; edukacja dotycząca skutków zdrowotnych związanych z używaniem wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) oraz papierosów elektronicznych; poinformowanie, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez te produkty jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci; w przypadku kobiet – dodatkowo poinformowanie, że palenie wyrobów tytoniowych jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy oraz poinformowanie, iż w okresie prokreacji palenie lub używanie nowatorskich wyrobów tytoniowych lub używanie papierosów elektronicznych może wpływać niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu; porada antynikotynowa z zaplanowaniem leczenia dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia lub zaprzestania używania nowatorskich wyrobów tytoniowych lub używania papierosów elektronicznych w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtyniowymi oraz związanymi z używaniem papierosów elektronicznych; 	<p>1. Kryteria kwalifikacji do etapu podstawowego</p> <p>I. Poradnictwo antytytoniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> Osoby powyżej 18. roku życia palące tytoń lub używające nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych. <p>II. Diagnostyka i profilaktyka POChP</p> <ul style="list-style-type: none"> Osoby pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy). <p>2. Wyłączenie z etapu podstawowego programu oraz ewentualne dodatkowe działania</p> <ol style="list-style-type: none"> skierowanie świadczeniobiorcy (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz kobiety palące w ciąży) do etapu specjalistycznego programu wraz z przekazaniem kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego – w przypadku niepowodzenia terapii po 30 dniach; dotąd dodatkowo skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy – w przypadku świadczeniobiorców ze stwierdzonymi, na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, nieprawidłowościami wymagającymi dalszej diagnostyki lub leczenia, a w przypadku nieprawidłowego badania spirometrycznego – do dalszej diagnostyki pulmonologicznej.

⁷⁷ Minister Zdrowia (2020). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2020 poz. 2209 z późn. zm). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002209>, dostęp z 29.09.2022

<p>8) prowadzenie leczenia zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.</p> <p>II. Diagnostyka i profilaktyka POChP:</p> <p>1) zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów lub liczby używanych nowatorskich wyrobów tytoniowych (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian, oraz ocena poziomu uzależnienia;</p> <p>2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>3) badanie fizykalne;</p> <p>4) badanie spirometryczne, u osób w wieku 40-65 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);</p> <p>5) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych:</p> <p>a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia, w tym udzielenie informacji na temat profilaktyki chorób układu krążenia,</p> <p>b) zwrócenie uwagi, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez wyroby tytoniowe i papierosy elektroniczne jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci,</p> <p>c) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy,</p> <p>d) zwrócenie uwagi, że jedynym skutecznym sposobem rzucenia palenia jest całkowita rezygnacja z używania wszelkich wyrobów tytoniowych oraz wyrobów powiązanych z wyrobami tytoniowymi;</p> <p>6) porada antynikotynowa z zaplanowaniem leczenia dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość podjęcia leczenia uzależnienia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami związanymi z używaniem wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych;</p> <p>7) prowadzenie leczenia zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.</p>	
<p>Etap specjalistyczny</p> <p>1) zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych)</p>	<p>Kryteria kwalifikacji do etapu specjalistycznego</p> <ul style="list-style-type: none"> Osoby powyżej 16. roku życia uzależnione od tytoniu, w tym nowatorskich wyrobów

<p>lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian oraz ocena poziomu uzależnienia;</p> <ol style="list-style-type: none">2) w przypadku osób skierowanych z etapu podstawowego ocena informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja;3) przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od nikotyny, motywacji do zaprzestania używania wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych, symptomów depresji oraz wywiadu dotyczącego objawów abstynencji;4) badanie przedmiotowe: pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi;5) badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu;6) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących;7) w przypadku osób pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach etapu podstawowego programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) – kontynuacja badań diagnostycznych w zakresie badania spirometrycznego lub RTG klatki piersiowej przez skierowanie do odpowiedniej poradni specjalistycznej;8) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób używających wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych:<ol style="list-style-type: none">a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia, w tym udzielenie informacji na temat profilaktyki chorób układu krążenia,b) zwrócenie uwagi, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez wyroby tytoniowe i papierosy elektroniczne jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci,c) w przypadku kobiet – poinformowanie, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy,	<p>tytoniowych (ICD-10: F17), lub uzależnione od używania papierosów elektronicznych, skierowane z etapu podstawowego lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania.</p>
---	--

<p>d) zwrócenie uwagi, że jedynym skutecznym sposobem rzucenia palenia jest całkowita rezygnacja z używania wyrobów nikotynowych;</p> <p>9) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii lub terapii psychologicznej (lekarz, z co najmniej rocznym stażem pracy w zawodzie, posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu);</p> <p>10) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej (psycholog, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów [Dz. U. z 2019 r. poz. 1026], posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz. U. . poz. 1285 , z późn. zm.]);</p> <p>11) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia (w tym farmakoterapia i terapia psychologiczna indywidualna albo grupowa i jej realizacja).</p>	
---	--

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. 2020 poz. 2209 z późn. zm.)

Zgodnie z danymi NFZ, liczba osób, które wzięły udział w ww. programie zdrowotnym w 2021 r. wynosiła jedynie 7 038 osób. Z kolei łączna liczba uczestników w latach 2014-2021 wyniosła 41 071 osób. Biorąc pod uwagę natomiast trend w zgłaszalności do ww. programu, z roku na rok liczba uczestników spada. Zestawienie liczbowe uczestników programu w latach 2014-2021 przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 6. Liczba uczestników programu profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) w latach 2014-2021

Rok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Liczba uczestników	9 095	7 599	6 386	6 805	7 038	5 053	1 358	1 051

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na niewielkie wskaźniki zgłaszalności do programu NFZ wpływ może mieć ograniczony zasięg działań. W 2021 r. łączna liczba placówek, w których zrealizowano świadczenia w ramach programu wynosiła jedynie 38. W niektórych województwach (dolnośląskie, opolskie, podkarpackie, pomorskie) nie udzielono żadnego świadczenia z omawianego zakresu. Najwięcej placówek realizujących program było w woj. śląskim (n=11).

Tabela 7. Liczba uczestników i placówek realizujących program profilaktyki chorób odytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) w 2021 r. w podziale na województwa

Województwo	Liczba placówek	Liczba uczestników
Dolnośląskie	0	0
Kujawsko-Pomorskie	8	118
Lubelskie	4	18
Lubuskie	1	11
Łódzkie	1	1
Małopolskie	2	77

Mazowieckie	2	34
Opolskie	0	0
Podkarpackie	0	0
Podlaskie	1	43
Pomorskie	0	0
Śląskie	11	277
Świętokrzyskie	2	231
Warmińsko-Mazurskie	1	1
Wielkopolskie	3	61
Zachodniopomorskie	2	179
Suma	38	1 051

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Ponadto, na mocy ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 969)⁷⁸, w lutym Rada Ministrów w drodze uchwały⁷⁹ przyjęła strategię dla krajowej onkologii pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO)”, której celem jest wprowadzenie kompleksowych zmian w polskiej onkologii w latach 2020-2030. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów strategicznych, kluczowych dla poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową⁸⁰. Realizacja zadań w ramach NSO planowana jest na lata 2020-2030, przy czym ustawodawca usankcjonował konieczność tworzenia przez Zespół rocznych harmonogramów wdrażania NSO. Strategia proponuje przeprowadzenie 23 głównych działań w pięciu ww. obszarach, do których należy m.in.: „Wdrożenie regulacji prawnych wspierających politykę antytytoniową”. W ramach tego obszaru zaplanowano następujące zadania:

- modyfikację programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) i dostosowanie tego programu do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych (ukończenie prac legislacyjnych w 2022 r.)⁸¹
- utworzenie w każdym województwie Poradni Pomocy Palącym, koordynujących działania edukacyjne w zakresie profilaktyki antytytoniowej w ramach Ogólnopolskiej Sieci Pomocy Palącym (realizacja do 2023 r.),
- wprowadzenie obowiązku przeprowadzenia wywiadu w kierunku ustalenia stopnia narażenia na dym tytoniowy (aktywne lub bierne palenie) pacjentów w szpitalach onkologicznych w całym kraju oraz zaproponowania adekwatnej formy wsparcia medycznego (realizacja do 2025 r.).

Za powyższe zadania wg NSO 2020-2030 odpowiedzialny jest Minister Zdrowia. Natomiast w przypadku zadania, jakim jest dążenie do systematycznego wzrostu podatku akcyzowego (do wartości co najmniej 75%) na wyroby tytoniowe, płyny do e-papierosów oraz wyroby nowatorskie – odpowiada Minister Finansów⁸². Źródłem finansowania działań przewidzianych ww. programie jest budżet państwa. Planowane nakłady na realizację zadań wynikających z ww. strategii wynoszą 5,1 mld zł⁸³.

⁷⁸ Sejm (2019). Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 969). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>, dostęp z 30.09.2022

⁷⁹ Rada Ministrów (2022). Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20200000189>, dostęp z 30.09.2022

⁸⁰ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Ministerstwo Zdrowia (2020). Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO). Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>, dostęp z 30.09.2022

⁸¹ Ibidem.

⁸² Ibidem.

⁸³ Ibidem.

Wdrożono także ogólnopolski program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pn. „Bieg po zdrowie”, który został przygotowany przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z ekspertami z dziedziny psychologii⁸⁴. Projekt został objęty honorowym patronatem Ministra Edukacji Narodowej. Do celów programowych należą:

- opóźnienie lub zapobiegnięcie inicjacji tytoniowej wśród dzieci i młodzieży,
- pokazanie atrakcyjności życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego,
- zwiększanie wiedzy i umiejętności uczniów na temat zdrowia w kontekście szkodliwości palenia papierosów.

Program skierowany jest zarówno do dzieci w wieku 9-10 lat (IV klasa szkoły podstawowej), jak i rodziców i opiekunów uczniów. Przygotowany w programie cykl zajęć realizowany jest za pomocą zróżnicowanych metod aktywizujących, które dostosowano do wieku odbiorców. Ponadto przygotowano materiały edukacyjne w formie podręczników dla nauczyciela, zeszytów ćwiczeń dla ucznia, plakatów, broszur informacyjnych dla rodziców oraz filmów edukacyjnych.

Dodatkowo, w ramach inicjatywy PKN Orlen we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym (NIO-PIB) oraz Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP), realizowany jest program pn. „Kompleksowa profilaktyka, diagnostyka i leczenie nowotworów oraz chorób układu oddechowego mieszkańców Płocka i powiatu płockiego”⁸⁵. Głównymi założeniami projektu są:

- podjęcie wszelkich inicjatyw prozdrowotnych i zdrowotnych dotyczących chorób układu oddechowego i chorób nowotworowych,
- wdrożenie programów edukacyjnych, które mają podnieść świadomość na temat czynników ryzyka związanych z zachorowaniem na nowotwory i choroby płuc,
- uświadomienie mieszkańcom konieczności wprowadzenia zmian w swoim stylu życia, które mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory i inne choroby płuc.

Program zakłada możliwość skorzystania w Punkcie Pomocy Palącym z bezpłatnych porad i edukacji antytytoniowej, które zapewniają specjaliści NIO-PIB i IGiChP. Ponadto, w ramach projektu można skorzystać także z porady dietetycznej oraz rehabilitacji oddechowej⁸⁶.

⁸⁴ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Główny Inspektorat Sanitarny (2022). Bieg po zdrowie - program antytytoniowej edukacji zdrowotnej. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/gis/bieg-po-zdrowie---program-antytytoniowej-edukacji-zdrowotnej>, dostęp z 30.09.2022

⁸⁵ Zdrowie dla Płocka (2022). Kompleksowa profilaktyka, diagnostyka i leczenie nowotworów oraz chorób układu oddechowego mieszkańców Płocka i powiatu płockiego. Pozyskano z: <https://zdrowiedlaplocka.pib-nio.pl/o-programie>, dostęp z 30.09.2022

⁸⁶ Ibidem.

3.2. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach

<Opisać obecną sytuację w innych krajach tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnokrajowych programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

Świat

*Partnerships to reduce smoking worldwide*⁸⁷

Finansowanie: budżet krajów partnerskich.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- tworzenie grup roboczych wyspecjalizowanych w tematyce uzależnień od tytoniu.

Populacja ogólna:

- młodzież,
- osoby niepalące,
- osoby palące.

Celem podejścia jest wsparcie krajów partnerskich w zapobieganiu zjawiska palenia tytoniu przez młodzież oraz ochrona osób niepalących przed konsekwencjami biernego palenia. Inicjatywa zrzesza specjalistów w omawianej tematyce w celu opracowania prostych i uniwersalnych treści edukacyjnych, skutecznie przeciwdziałających uzależnieniom od tytoniu. Organizacja w swojej inicjatywie zakłada także wdrażanie działań z zakresu kontroli rynku tytoniowego (ang. *tobacco control*), takich jak zmiany cen wyrobów tytoniowych, wprowadzenie nowych podatków oraz zmiany w prawie cywilnym, zakładające wprowadzenie wyższych mandatów od palenia w miejscach do tego nieprzeznaczonych (również w przestrzeni publicznej).

*Education Against Tobacco (ETA)*⁸⁸

Finansowanie: budżet krajów partnerskich, *Education Against Tobacco*.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- wsparcie dla osób planujących rzucić palenie,
- edukacja dzieci w szkołach.

Populacja ogólna:

- młodzież,
- osoby niepalące,
- osoby palące.

Organizacja powstała w roku 2012 w celu wypracowania standardów działań edukacyjno-informacyjnych bazujących na tematyce szkód płynących z palenia wyrobów tytoniowych. ETA udostępnia szeroki wachlarz materiałów edukacyjnych, dostosowanych do wieku uczestników oraz obecności uzależnienia od tytoniu. W przypadku dzieci i młodzieży, organizacja oferuje możliwość przeprowadzenia, w trakcie zajęć lekcyjnych, prelekcji odnoszącej się do wpływu palenia na zdrowie, wydolność organizmu oraz ogólną aparycję. Kluczową kwestią pozostaje także modyfikacja obecnego postrzegania palenia tytoniu przez młodzież, przy jednoczesnym promowaniu życia wolnego od tego typu wyrobów. W przypadku pozostałych grup, działania

⁸⁷ Center for Global Tobacco Control (2022). Partnerships to reduce smoking worldwide. Pozyskano z: <https://www.hsph.harvard.edu/cgtc/global-initiatives/>, dostęp z 28.09.2022

⁸⁸ Education Against Tobacco (2017). Education Against Tobacco: The global medical network Education Against Tobacco volunteering for tobacco prevention. Pozyskano z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-09/summary_report_eat_en_0.pdf, dostęp z 29.09.2022

edukacyjne są nastawione na zachęcanie palaczy do rezygnacji z nałogu oraz, w przypadku osób niepalących do tej pory, zmotywowanie ich do utrzymania abstynencji.

Europa

*European Smoking Prevention Framework Approach*⁸⁹

Finansowanie: budżet krajów partnerskich.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież między 11 a 18 r.ż.,
- nauczyciele i pracownicy oświaty,
- rodzice i opiekunowie prawni.

Omawiane podejście jest w głównej mierze naceLOWANE na eliminację lub maksymalne opóźnienie w czasie momentu inicjacji palenia tytoniu w populacji dzieci i młodzieży. Przedstawiony scenariusz zakłada realizację tego celu, głównie poprzez kompleksowe działania informacyjno-edukacyjne, realizowane podczas zajęć lekcyjnych przez przeszkolonych w tym zakresie nauczycieli. Jak w przypadku innych inicjatyw tego typu, głównym obszarem zainteresowania organizacji pozostaje kwestia błędnego postrzegania palenia tytoniu przez młodzież. Edukacja w tym zakresie ma za zadanie eliminować fałszywe wzorce oraz promowanie zdrowego stylu życia bez szkodliwych używek.

USA

*National Tobacco Control Program*⁹⁰

Finansowanie: budżet poszczególnych stanów.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- dorośli i młodzież narażona na bierne palenie,
- osoby uzależnione od wyrobów tytoniowych.

Celem programu jest rozpowszechnianie informacji nt. profilaktyki uzależnienia od wyrobów tytoniowych. Szczególną uwagę poświęcono edukacji palącym rodzicom i opiekunom prawnym, z uwagi na potencjalne narażenie ich dzieci na bierne palenie. W przypadku młodzieży natomiast działania edukacyjne są ukierunkowane na zapobieganie lub maksymalne opóźnienie momentu inicjacji palenia wyrobów tytoniowych. Wszystkie osoby palące z kolei zostają poddane działaniom mającym na celu zachęcenie ich do porzucenia lub przynajmniej ograniczenia palenia tytoniu.

*FDA's Youth Tobacco Prevention Plan*⁹¹

Finansowanie: budżet poszczególnych stanów.

Interwencje:

⁸⁹ The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA / PASE.bcn) – addressing young people, parents, school environment and out-of-school situations. Pozyskano z: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/european-smoking-prevention-framework-approach-esfaprevenci%C3%B3-deles-addiccions-substancias-l%E2%80%99escola-pasebcn_en, dostęp z 29.09.2022

⁹⁰ Centers for Disease Control and Prevention (2021). National Tobacco Control Program Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/ntcp/index.htm, dostęp z 28.09.2022

⁹¹ Food and Drugs Administration (2020). FDA's Youth Tobacco Prevention Plan. Pozyskano z: <https://www.fda.gov/tobacco-products/youth-and-tobacco/fdas-youth-tobacco-prevention-plan>, dostęp z 28.09.2022

- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- młodzież.

Kompleksowym celem strategii jest ograniczenie dostępu młodzieży do wyrobów tytoniowych, ze szczególnym uwzględnieniem eliminacji wszelkich form marketingu w przestrzeni publicznej prezentującego tytoń w pozytywnym świetle. Program skupia się na edukacji młodzieży nt. szkodliwości palenia oraz związanej z nim wielochorobowością. Szczególną uwagę organizacja zwraca na e-papierosy, które stanowią szczególne zagrożenie dla populacji. Udostępniono także szeroki katalog materiałów edukacyjnych, skierowanych głównie do rodziców i opiekunów prawnych, aby byli oni świadomi, że powinni sprawować ścisłą kontrolę nad dostępnością dzieci do tego typu używek.

Smoking Prevention Program ASPIRE⁹²

Finansowanie: budżet krajów wdrażających inicjatywę.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne (forma on-line).

Populacja docelowa:

- młodzież,
- osoby uzależnione od palenia tytoniu.

ASPIRE to interaktywny program online, dostępny zarówno dla nastolatków, jak i osób dorosłych. Jego celem jest zapobieganie rozpoczęciu palenia przez osoby niepalące oraz ograniczenie intensywności tego zjawiska u osób już uzależnionych. Program wykorzystuje nauczanie z użyciem technologii multimedialnych, w tym animacji, ćwiczeń interaktywnych i wideokonferencji z personelem medycznym. Materiały edukacyjne zawierają także informacje na temat krótko- i długoterminowych konsekwencji palenia, ze szczególnym uwzględnieniem konsekwencji finansowych, zdrowotnych, społecznych i środowiskowych. Szczególną uwagę zwraca się także na stosowanie e-papierosów, które w wielu przypadkach są błędnie postrzegane jako zdrowa alternatywa. Podejście różni się w zależności od podmiotu realizującego jego główne założenia.

National Institute of Justice Crime Solutions⁹³

Finansowanie: departament sprawiedliwości USA.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież na różnych etapach edukacji,
- rodzice i opiekunowie prawni,
- nauczyciele.

Omawiany program został oparty o dowody wykazujące jego skuteczności w zakresie zwalczania uzależnień od substancji psychoaktywnych. W ramach omawianego podejścia organizator przekazuje dzieciom, młodzieży oraz innym osobom z ich środowiska kluczowe informacje nt. nadużywania substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem użytkowania wyrobów tytoniowych. Program podzielony jest na kilka etapów skierowanych do dzieci w poszczególnych etapach życia, począwszy od pierwszych klas podstawowych na licealnych kończąc. Edukacja opiera się głównie na wykładach podczas zajęć lekcyjnych

⁹² Aspire: Smoking Prevention Program (2020). Pozyskano z: <https://positivechoices.org.au/students/aspire-smoking-prevention-program> dostęp z 28.09.2020

⁹³ Rural Health Information Hub (2022). School-Based Tobacco Prevention and Cessation Programs. Pozyskano z: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/tobacco/2/schools/prevention-cessation>, dostęp z 28.09.2022

oraz rozpowszechnianiu drukowanych materiałów odnoszących się do zagrożeń zdrowotnych związanych z uzależnieniami od tego typu wyrobów.

Szkocja

*Scotland's tobacco control action plan*⁹⁴

Finansowanie: *Public Health Scotland*.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących palenia w przestrzeni publicznej,
- interwencje antynikotynowe,
- konsultacje specjalistyczne.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież,
- osoby palące,
- osoby niepalące.

Program stanowi ogólnokrajowe podejście w zakresie radzenia sobie z problematyką uzależnienia od tytoniu. Oprócz standardowych działań edukacyjnych, skupiających się na poszerzaniu wiedzy społeczeństwa w zakresie ryzyka zdrowotnego niesionego przez wyroby tytoniowe, podejście odnosi się także do modyfikacji lokalnych przepisów prawa ograniczających użytkowanie wyrobów tytoniowych w przestrzeni publicznej. Rozwiązania te są w dużej mierze związane z nadawaniem budynkom i przestrzeniom publicznym statusu „wolnych od dymu tytoniowego”. W kontekście ograniczania palenia tytoniu, program zakłada udostępnienie wszystkim palącym możliwość odbycia konsultacji specjalistycznych co, w domyśle, zachęci ich do porzucenia szkodliwego nałogu.

Wielka Brytania

*Local stop smoking services*⁹⁵

Finansowanie: *National Health Service*.

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- konsultacje ze specjalistą,
- poradnia telefoniczna dla osób palących,
- kapnometria,
- nikotynowa terapia zastępcza.

Populacja docelowa:

- osoby palące.

Podejście opiera się w głównej mierze na edukacji zdrowotnej, dążącej do zmotywowania wszystkich palaczy do porzucenia nałogu. Oprócz tych działań, możliwe jest także uzyskanie wsparcia farmakologicznego, opierającego o się na przepisaniu i podaniu pacjentowi nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) jak gumy, plastry oraz inhalatory. Powolna redukcja poziomu przyjmowanej nikotyny może obniżyć zapotrzebowanie na tę

⁹⁴ Public Health Scotland (2021). Scotland's tobacco control action plan. Pozyskano z: <http://www.healthscotland.scot/health-topics/smoking/smoking-prevention>, dostęp z 28.09.2022

⁹⁵ National Health Service (2022). NHS stop smoking services help you quit. Pozyskano z: <https://www.nhs.uk/live-well/quit-smoking/nhs-stop-smoking-services-help-you-quit/>, dostęp z 29.09.2022

substancję do minimum bądź, w najlepszym wypadku, wyeliminować je całkowicie. Inicjatywa obejmuje swoim zasięgiem rejony Anglii, Szkocji, Walii oraz północnej części Irlandii.

Australia

*National Tobacco Campaign*⁹⁶

Finansowanie: *Australian Government, Department of Health and Aged Care.*

Interwencje:

- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- osoby palące,
- osoby niepalące.

Program stanowi standardowe podejście w zakresie przeciwdziałania zjawisku uzależnienia od tytoniu. Edukacja realizowana jest przy użyciu wielu narzędzi, włączając w to m.in. reklamy w telewizji, aplikacje mobilne, media społecznościowe oraz materiały drukowane. Całość działań ma na celu nie tylko rozpowszechnianie informacji nt. szkodliwych skutków palenia, ale także zmotywowanie osób palących do zaprzestania korzystania z tego typu używek. Istotnym elementem pozostaje także zmiana sposobu postrzegania uzależnienia od tytoniu przez społeczeństwo. W przypadku osób do tej pory niepalących, działania edukacyjne mają na celu umocnić w nich postanowienia o pozostaniu w abstynencji nikotynowej.

Niemcy

*Living Smoke-free, Your Chance*⁹⁷

Finansowanie: *Drug Commissioner of the Federal Government of Germany.*

Interwencje:

- poradnia telefoniczna dla osób palących,
- działania informacyjno-edukacyjne.

Populacja docelowa:

- osoby palące,
- osoby niepalące.

Zgodnie z zawartymi w publikacji informacjami, programy zostały wdrożone w roku 2021 i stanowiły pierwsze tego typu, ogólnokrajowe inicjatywy ukierunkowane na zapobieganie uzależnieniom od tytoniu w populacji. Szczególną uwagę zwrócono także na wpływ nałogu na budżet domowy. W przypadku programu „*Your Chance*”, oprócz standardowo przekazywanych materiałów edukacyjnych, uruchomiono także krajową infolinię wsparcia dla osób decydujących się porzucić nałóg.

Francja

*National smoking reduction programme*⁹⁸

Finansowanie: *Ministry for Social Affairs and Health.*

Interwencje:

⁹⁶ Australian Government, Department of Health and Aged Care (2020). National Tobacco Campaign. Pozyskano z: <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-tobacco-campaign>, dostęp z 29.09.2022

⁹⁷ Hampsher S., Prieger J.E., Fush J. et al. (2021). Smoking Cessation in Germany: Drivers and Barriers. Pozyskano z: https://www.smokefreeworld.org/wp-content/uploads/2021/12/Germany%20Report%20Botec.pdf?_t=1640030104, dostęp z 29.09.2022

⁹⁸ Ministry for Social Affairs and Health (2019). National smoking reduction programme 2014-2019. Pozyskano z: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019_uk.pdf, dostęp z 29.09.2022

- telefoniczna poradnia dla osób palących,
- działania informacyjno-edukacyjne,
- oferowanie nikotynowych środków zastępczych.

Populacja docelowa:

- osoby palące,
- osoby niepalące,
- dzieci i młodzież,
- kobiety w ciąży.

Program stanowił ogólnokrajowe podejście w zakresie walki z nadużywaniem produktów tytoniowych na terenie Francji, przy czym jego realizację zakończono w 2019 roku. Inicjatywa w dużym stopniu odnosiła się do populacji szczególnie narażonych na skutki zdrowotne płynące ze stosowanie tego typu używek. W przypadku dzieci i młodzieży program przewidywał realizację działań edukacyjnych w szkołach. Kobiety w ciąży natomiast otrzymały materiały edukacyjne odnoszące się do zagrożeń dla nienarodzonego dziecka płynących z palenia wyrobów tytoniowych. Ogólne działania edukacyjne miały także na celu nie tylko utrzymanie abstynencji u osób niepalących, ale także zmianę postrzegania palenia tytoniu w społeczeństwie. Istotnym problemem były także e-papierosy, które stosunkowo szybko zyskały na popularności. Było to spowodowane lepszą dostępnością, wydajnością oraz brakiem dokładnych regulacji prawnych odnoszących się do ich użytkowania w przestrzeni publicznej.

4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu

<Przedstawić odnalezione rekomendacje kliniczne i dot. finansowania w ocenianym wskazaniu>

W tabelach poniżej (Tabela 8, Tabela 9) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania w bazach i na stronach towarzystw naukowych, którego metodologia została opisana w rozdz. 6.1. (n=27). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

Tabela 8. Zestawienie rekomendacji pod względem populacji i metodologii

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
NICE ⁹⁹	2023	Populacja ogólna, Personel medyczny.	Kobiety w ciąży.	Organizowanie i planowanie ogólnokrajowych, regionalnych lub lokalnych kampanii w środkach masowego przekazu, mających na celu denormalizację używania tytoniu, Wprowadzanie bezwzględnych stref bez dymu tytoniowego na terenie wszystkich placówek szkolnych, Interwencje w szkołach prowadzone przez osoby dorosłe oraz przez rówieśników, Promowanie wsparcia dla osób chcących zaprzestać używania tytoniu bezdymnego, Interwencje w zakresie rzucania palenia: poradnictwo behawioralne, farmakoterapia, specjalistyczne linie telefoniczne, Wsparcie w rzucaniu palenia w podstawowej opiece zdrowotnej oraz innych placówkach opieki specjalistycznej.
CBH ¹⁰⁰	2022	Dorosłe osoby palące ze współistniejącymi zaburzeniami behawioralnymi.	–	Intensywne interwencje farmakologiczne połączone z poradnictwem behawioralnym, opartym na rozwiązywaniu problemów

⁹⁹ National Institute for Health and Care Excellence (2023) Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE Guideline 209. Pozyskano z: www.nice.org.uk/guidance/ng209, dostęp z 13.04.2023

¹⁰⁰ Community Behavioral Health (2022). Clinical Guidelines: Treatment of Tobacco Use Disorder. Pozyskano z: https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_TUD-Treatment_2022-08.pdf, dostęp z 30.10.2022

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				i szkoleniu umiejętności, Rozmowy motywacyjne, Terapia poznawczo-behawioralna, Ustanowienie strefy zakazu palenia na terenie ośrodków zajmujących się zdrowiem psychicznym i poradnictwem behawioralnym.
<p>NCEC¹⁰¹</p>	<p>2022</p>	<p>Dorośle osoby palące.</p>	<p>Kobiety w ciąży (wszystkie grupy wiekowe) od pierwszego kontaktu w ramach opieki przedporodowej do okresu połogu (3 miesiące).</p>	<p>Pytanie o palenie i dokumentowanie statusu każdego pacjenta, Udzielenie krótkiej porady dotyczącej zaprzestania palenia przez każdego palącego pacjenta, Wsparcie behawioralne: krótka interwencja, poradnictwo indywidualne lub grupowe, wsparcie telefoniczne, wsparcie za pomocą wiadomości tekstowych i wsparcie przez Internet, Farmakoterapia oparta na leczeniu wareniklinią, bupropionem i nortryptyliną, Oferowanie kobietom w ciąży testów oddechowych na obecność tlenu węgla we krwi, Rozmowa motywacyjna lekarza z pacjentem; organizacja skierowania do ośrodków leczenia uzależnień, Przedstawienie ciężarnym kobietom ryzyka jakie niesie ze sobą bierne palenie, Dostosowywanie dawek pozostałych leków pacjenta, gdy przyjmuje on farmakoterapię w celu rzucenia nałogu palenia.</p>

¹⁰¹ Department of Health (2022). Stop Smoking (NCEC National Clinical Guideline No. 28). Pozyskano z: <https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines>, dostęp z 22.08.2022

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
MZPE ¹⁰²	2022	Palące osoby dorosłe.	Palące kobiety w ciąży, Palące osoby z chorobami psychicznymi.	Pytanie o palenie i dokumentowanie statusu każdego pacjenta. Udzielenie krótkiej, intensywnej porady dotyczącej zaprzestania palenia przez każdego palącego pacjenta, Poradnictwo grupowe oraz w formie telefonicznej, Stosowanie NTZ samej lub w połączeniu z terapią behawioralną, Farmakoterapia oparta na leczeniu wareniklinią, bupropionem i cytyzyną, Zmniejszenie kosztów leczenia uzależnienia od nikotyny.
AAP ¹⁰³	2021	Dorosłe osoby palące, Dzieci i młodzież w wieku szkolnym.	–	Poradnictwo antynikotynowe oraz farmakoterapia wspomagająca rzucanie palenia, Minimalna interwencja, Telefoniczna poradnia pomocy palącym, Zindywidualizowana, dyskretna rozmowa motywacyjna oraz poradnictwo prowadzone przez lekarza pediatrę z małoletnim pacjentem, Organizacja skierowania do ośrodków zajmujących się terapią behawioralną.
CDC ¹⁰⁴	2021	Palący dorośli, Personel medyczny.	Kobiety w ciąży.	Poradnictwo behawioralne połączone z farmakoterapią,

¹⁰² Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7/8: 24-40

¹⁰³ American Academy of Pediatrics (2021). Practice Tools to Address Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure. Pozyskano z: <https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/clinical-practice/practice-tools-to-address-tobacco-use-and-secondhand-smoke-exposure/>, dostęp z 31.10.2022

¹⁰⁴ Centers for Disease Control and Prevention (2021). Clinical Interventions to Treat Tobacco Use and Dependence Among Adults. Pozyskano z: <https://www.cdc.gov/tobacco/patient-care/care-settings/clinical/index.html>, dostęp z 06.10.2022

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				Poradnictwo telefoniczne bądź osobiste, Poradnictwo indywidualne lub grupowe.
NZMH ¹⁰⁵	2021	Osoby palące, Personel medyczny (w zakresie szkoleń specjalistycznych).	Kobiety ciężarne i karmiące piersią, Dzieci i młodzież w wieku 12-18 lat, Osoby z przewlekłymi problemami zdrowotnymi, w tym pacjenci hospitalizowani i przedoperacyjni, Osoby, które podejmują wielokrotne próby rzucenia palenia.	Dokumentowanie statusu palenia, Minimalna interwencja/krótka porada, Szkolenia dla personelu medycznego, Farmakoterapia (NTZ, buropion, nortryptylina, wareniklina), Poradnictwo (<i>face-to-face</i> , przez telefon, za pomocą wideo, w czasie rzeczywistym, indywidualnie lub w grupie), Interwencje internetowe, Materiały samopomocowe, Kierowanie do ośrodków specjalizujących się w leczeniu uzależnienia od tytoniu, Zapobieganie nawrotom, Produkty waporyzacyjne.
RACGP ¹⁰⁶	2021	Ogólna dorosła populacja, Kobiety ciężarne.	–	Model krótkiej interwencji skupiającej się na połączeniu intensywnej farmakoterapii (opartej na leczeniu warenikliną, bupropionem i nortryptyliną lub na nikotynowej terapii zastępczej) z intensywnym poradnictwem behawioralnym. Model kompleksowej interwencji: identyfikowanie wszystkich pacjentów, którzy palą; ocena uzależnienia od nikotyny i przeszkód w rzuceniu palenia; doradzanie pacjentom, aby rzucili palenie; oferowanie pomocy w rzuceniu palenia; organizowanie

¹⁰⁵ Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, Wellington, Ministry of Health

¹⁰⁶ The Royal Australian College of General Practitioners (2021). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. Pozyskano z: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation>, dostęp z 25.08.2022

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje dalszych działań.
USPSTF¹⁰⁷	2021	Populacja ogólna.	Ciężarne kobiety.	<p>Pytanie wszystkich dorosłych, w tym osoby w ciąży, o używanie tytoniu w zakresie rzucania palenia osobom,</p> <p>W przypadku osób dorosłych niebędących ciążą, które używają tytoniu – zapewnienie poradnictwa behawioralnego i farmakoterapii w celu zaprzestania palenia (co najmniej 4 lub więcej sesji doradztwa behawioralnego o czasie 90 do 300 minut całkowitego czasu kontaktu),</p> <p>Interwencje behawioralne: porady lekarskie, porady pielęgniarskie, porady indywidualne, grupowe interwencje behawioralne, porady telefoniczne i interwencje oparte na telefonach komórkowych,</p> <p>Zatwierdzona przez FDA farmakoterapia w celu zaprzestania palenia: nikotynowa terapia zastępcza, bupropion o przedłużonym uwalnianiu i wareniklina.</p> <p>Skuteczne doradztwo behawioralne: terapia poznawczo-behawioralna, motywacyjne i wspomagające, edukacja zdrowotna, informacje zwrotne, zachęty finansowe i wsparcie społeczne.</p>
AAPD¹⁰⁸	2020	Dzieci i nastolatki oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.	–	Eliminacja narażenia małoletnich na wyroby tytoniowe poprzez: wspieranie środowisk szkolnych, zakazów reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, edukację o wpływie czynnego i biernego palenia na rozwój dziecka, wprowadzenie regulacji i przepisów dotyczących szkół wolnych od tytoniu,

¹⁰⁷ US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>, dostęp z 11.04.2023

¹⁰⁸ American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on tobacco use. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 103-7

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				Poradnictwo antynikotynowe i oferowanie farmakoterapii, Nakłanianie palącej personeli do zaprzestania palenia.
ACOG¹⁰⁹	2020	Kobiety planujące zajście w ciążę, w czasie ciąży i w okresie porodu.	–	Zindywidualizowana opieka podczas każdej wizyty ginekologiczno-położniczej, oferująca interwencje psychospołeczne, behawioralne i farmakoterapię. Interwencja 5P, Poradnictwo skupiające się na motywacji pacjentki.
ANA¹¹⁰	2020	Populacja ogółem (paląca i niepaląca).	–	Kompleksowa polityka antynikotynowa, zakazująca palenia w przestrzeni publicznej, Zakaz popularyzacji palenia i wyrobów tytoniowych, Identyfikacja pacjentów uzależnionych od tytoniu, Poradnictwo, wsparcie behawioralne w połączeniu z farmakoterapią, Minimalna interwencja oparta o metodę 5P, Stworzenie antynikotynowych linii pomocowych oraz rozwój telemedycyny ukierunkowanej na leczenie uzależnień.
ATS¹¹¹	2020	Populacja dorosłych osób palących.	–	Farmakoterapia oparta na wareniklinie, jako leczenie pierwszego rzutu, Połączenie warenikliny z plastrami

¹⁰⁹ The American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Committee Opinion. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. Pozyskano z: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy.pdf>, dostęp z 31.10.2022

¹¹⁰ American Nurses Association (2020). Position statement – Prevention and Cessation of Tobacco and Other Nicotine Products. (2020). Pozyskano z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/prevention-and-cessation-of-tobacco-and-other-nicotine-products/>, dostęp z 31.10.2022

¹¹¹ Leone F. T., Zhang Y., Evers-Casey S. et al. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am. J. Respir. Crit. Care. Med. 202(2): e5-e31

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				nikotynowymi.
NZIP PZH-PIB¹¹²	2020	Dzieci i młodzież w wieku szkolnym.	–	<p>Prowadzenie skoordynowanej, dopasowanej do wieku edukacji antynikotynowej, trwającej przez cały okres nauki,</p> <p>Opracowanie skutecznych programów ukierunkowanych na rzucanie palenia wśród młodzieży, z wykorzystaniem m.in. współpracy z trenerami motywacyjnymi, NTZ oraz urzędów mobilnych,</p> <p>Włączenie narzędzi ekonomicznych ograniczających konsumpcję wyrobów tytoniowych, np. poprzez wzrost podatku prowadzący do wzrostu cen produktów tytoniowych,</p> <p>Wprowadzenie niezbędnych zmian w ustawie z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.</p>
USPSTF¹¹³	2020	Dzieci w wieku szkolnym oraz młodzież do 18 r.ż.	–	<p>Interwencje behawioralne świadczone w placówkach medycznych i poza nimi, prowadzone przez pracowników opieki zdrowotnej, edukatorów zdrowia, osoby po uprzednim przeszkoleniu,</p> <p>Materiały drukowane skierowane do dzieci w wieku 7-19 lat, rodziców lub obydwu tych grup; różna intensywność interwencji, informacje przekazywane w formie naklejek, biuletynów, zeszytów ćwiczeń czy przewodników,</p> <p>Spotkania indywidualne skierowane do dzieci w wieku 11-19 lat samodzielnie lub</p>

¹¹² Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf>, dostęp z 01.11.2022

¹¹³ US Preventive Services Task Force (2020). Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions#bootstrap-panel-7>, dostęp z 11.04.2023

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				<p>wraz z rodzicami; intensywność spotkań: 1-8 wizyt; czasem w połączeniu z innymi interwencjami,</p> <p>Informacje przekazywane telefonicznie skierowane do dzieci w wieku 9-17 lat, ich rodziców lub obydwu tych grup; intensywność od 1 do 4 rozmów, które zawsze były połączone z przekazaniem materiałów drukowanych lub spotkaniami indywidualnymi,</p> <p>Informacje dostarczane z użyciem komputera skierowane do dzieci wieku 10-17 lat; Intensywność spotkań od 1 do 6 sesji w formie interaktywnej lub z użyciem gotowych programów.</p>
<p>CPSTF¹¹⁴</p>	<p>2019</p>	<p>Ogólna dorosła populacja.</p>	<p>–</p>	<p>Internetowe interwencje w zakresie zaprzestania używania wyrobów tytoniowych,</p> <p>Antynikotynowe linie pomocowe,</p> <p>Interwencje telefoniczne.</p>
<p>Niezależny europejski zespół ekspertów¹¹⁵</p>	<p>2019</p>	<p>Ogólna dorosła populacja, Decydenci i władze należące do Unii Europejskiej (w kwestii dotyczącej kształtowania polityki antynikotynowej).</p>	<p>–</p>	<p>Eliminowanie kontaktu z wyrobami tytoniowymi,</p> <p>Zapewnienie kompleksowego i niedrogiego ogólnokrajowego systemu wsparcia rzucania palenia dla tych, którzy chcą rzucić palenie,</p> <p>Wdrażanie ciągłych kampanii medialnych w celu podniesienia świadomości na temat szkód wynikających z palenia i promowania prób rzucenia palenia,</p> <p>Zmniejszenie atrakcyjności wyrobów</p>

¹¹⁴ Community Preventive Services Task Force (2019). Tobacco Use: Internet-based Interventions to Increase Tobacco Use Cessation. Pozyskano z: <https://www.thecommunityguide.org/findings/tobacco-use-internet-based-cessation-interventions.html>, dostęp z 29.08.2022

¹¹⁵ Willemsen M. C., Walters B. H., Kotz D. et al. (2019). Recommendations on how to achieve tobacco-free nations in Europe. *Tob. Prev. Cessat.* 5: 24

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				tytoniowych.
ACC ¹¹⁶	2018	Dorośle osoby palące	Osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi.	<p>Polityka antynikotynowa, zakazująca palenia w większości przestrzeni publicznych,</p> <p>Oferowanie farmakoterapii, poradnictwo behawioralne, rozmowy motywacyjne prowadzone wobec osób palących, również w kwestii palenia biernego, przez lekarza pierwszego kontaktu.</p> <p>Edukacja świadczeniodawców,</p> <p>Algorytm postępowania z aktualnymi palaczami,</p> <p>3-elementowy zestaw do pomiaru używania tytoniu w szpitalach.</p>
ACPM ¹¹⁷	2018	Osoby palące ogółem.	–	<p>Polityka i regulacja prawna mająca na celu zmniejszenie publicznego używania e-papierosów oraz wprowadzenie przepisów dotyczących ich substancji (oznakowanie),</p> <p>Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku używania e-papierosów,</p> <p>Wprowadzenie strategii zapobiegających inicjacji nikotynowej poprzez używanie e-papierosów – szczególnie u młodzieży,</p> <p>Edukacja nt. e-papierosów,</p> <p>Przyjęcie modelu redukcji szkód (zastosowanie e-papierosów) u palaczy zamierzających rzucić palenie, którzy jednocześnie odmawiają lub którym nie udaje się zerwać z nałogiem przy użyciu</p>

¹¹⁶ Barua R. S., Rigotti N. A., Benowitz N. L. et al. (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J. Am. Coll. Cardiol. 72(25): 3332-336

¹¹⁷ Livingston, C. J., Freeman, R. J., Costales, V. C. et al. (2019). Electronic Nicotine Delivery Systems or E-cigarettes: American College of Preventive Medicine's Practice Statement. Electronic Nicotine Delivery Systems or E-cigarettes: American College of Preventive Medicine's Practice Statement. Am. J. Prev. Med. 56(1): 167-178

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				metod opartych na dowodach naukowych.
KPE¹¹⁸	2018	Dorośli uczestnicy badań przesiewowych w kierunku raka płuc.	Aktywni palacze, Niepalący przez mniej niż 12 miesięcy, Niepalący od ponad 12 miesięcy.	Interwencje w grupie osób zgłaszających się na badania przesiewowe w kierunku raka płuc polegające na konsultacjach ze specjalistami oraz zwiększaniu motywacji do rzucania palenia – kwestionariusz Fagerström, test Schneidera, skala Becka, pomiar poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu lub kotyniny w ślinie, sesje psychoterapeutyczne, edukacja, farmakoterapia.
CTFPHC¹¹⁹	2017	Dzieci i młodzież (5-18 r.ż.).	–	Pytanie o status palenia, Krótka porada, Interwencje mniej intensywne obejmujące krótką poradę dostarczoną przez pracownika opieki zdrowia lub przekazaną w formie drukowanych materiałów, Interwencje intensywne obejmujące jakiegokolwiek interakcje powtarzane dwa lub więcej razy, niezależnie od czasu ich trwania lub jedna interwencja trwająca cały dzień (np. warsztaty).
ATTUD/SRNT¹²⁰	2016	Osoby palące w wieku 55-77 lat, zgłaszające się na badania przesiewowe w kierunku raka płuc.	–	Zapewnienie interwencji w zakresie rzucania palenia dla osób palących, które zgłaszają się na badania przesiewowe w kierunku raka płuc, Stosowanie strategii behawioralnych,

¹¹⁸ Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. *Adv. Respir. Med.* 86(1): 53-74

¹¹⁹ Thoms B. D., Jaramillo Garcia A., Reid D. et al. (2017). Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. *CMAJ.* 189(8):E310-E316

¹²⁰ Fucito L. M., Czabaty S., Hendricks P. S. et al. (2016). Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Committee. (2016). Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. *Cancer.* 122(8): 1150-1159

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				Minimalna interwencja (metoda 5P), Zachęcanie podczas każdej wizyty do rzucenia palenia, Organizacja kontaktów przypominających, wspierających wysiłki pacjenta w zakresie rzucania palenia, niezależnie od wyników badań przesiewowych, Kierowanie pacjentów do poradni zajmujących się leczeniem uzależnienia od tytoniu.
ESC ¹²¹	2016	Dorośle osoby.	Pacjenci z chorobami sercowo-naczyniowymi.	Identyfikacja palących, Interwencje farmakologiczne oparte na leczeniu warenikliną, bupropionem oraz nikotynową terapią zastępczą, Interwencje behawioralne, Kontynuacja wsparcia w rzucaniu palenia po wypisie ze szpitala.
NCCN ¹²²	2016	Palący pacjenci onkologiczni.	–	Identyfikacja palących pacjentów, Dokumentacja statusu palenia, Behawioralne i farmakologiczne interwencje w celu leczenia nikotynizmu w całym okresie opieki onkologicznej, Sesje terapeutyczne: poradnictwo indywidualne lub grupowe, Współpraca z telefoniczną poradnią antynikotynową, Trening umiejętności, rozmowa

¹²¹ Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur. Heart. J. 37(29): 2315-2381

¹²² Shields P. G., Herbst R. S., Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 14(11): 1430-1468

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				<p>motywacyjna,</p> <p>Materiały drukowane i internetowe,</p> <p>NTZ,</p> <p>NTZ skojarzone z warenikliną,</p> <p>Bupriopion.</p>
AAP¹²³	2015	Dzieci i młodzież oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.	–	<p>Krótkie poradnictwo dla wszystkich dzieci podczas rutynowych badań pediatrycznych w celu zapobiegania inicjacji nikotynowej,</p> <p>Przeprowadzanie badań przesiewowych wszystkich nastolatków pod kątem używania wyrobów tytoniowych,</p> <p>Poradnictwo prowadzone przez lekarza pediatrę dla rodziców i opiekunów dzieci używających tytoniu,</p> <p>Kierowanie do jednostek zajmujących się leczeniem uzależnienia od tytoniu (np. do telefonicznych linii rzucania palenia), a także zalecanie lub przepisywanie palącym rodzicom i opiekunom odpowiedniej farmakoterapii.</p>
CDC/NIOSH¹²⁴	2015	Ogólna dorosła populacja – pracownicy oraz pracodawcy.	Osoby z chorobami serca i/lub astmą.	<p>Kompleksowa polityka antynikotynowa, zakazująca palenia w zakładach pracy, aby denormalizować palenie i zapobiec mimowolnemu narażeniu niepalących pracowników na bierne palenie,</p> <p>Organizowanie przez pracodawcę szkoleń edukacyjnych na temat szkodliwości palenia oraz zapewnienie informacji na temat ogólnodostępnych usług związanych z rzucaniem palenia tytoniu.</p>

¹²³ Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics*. 136(5): 1008-17

¹²⁴ Castellan R. M., Chosewood L. C., Trout D. et al. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies. Pozyskano z: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-113/default.html>, dostęp z 30.10.2022

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
WHO ¹²⁵	2013	Ogólna populacja dorosła, Władze (w kwestii dot. kształtowania polityki wobec walki z tytoniem).	–	<p>Masowe kampanie informacyjne, wykorzystujące wiele formatów medialnych, dotyczące szkodliwości palenia,</p> <p>Polityka i regulacja prawna mająca na celu ustanowienie zakazu prowadzenia działań marketingowych przez firmy przemysłu tytoniowego,</p> <p>Wprowadzenie nowych przepisów dotyczących obowiązku ujawniania dokładnych informacji na temat składników elektronicznych papierosów przez ich producentów,</p> <p>Podnoszenie świadomości społecznej na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych oraz na temat ingerencji przemysłu tytoniowego w politykę ograniczania użycia tytoniu.</p>

Tabela 9. Zestawienie rekomendacji w zakresie profilaktyki antytytoniowej (pierwotnej i leczenia uzależnienia od tytoniu) oraz biernego palenia

Organizacja	Treść rekomendacji
Rekomendacje krajowe	
Multidyscyplinary Zespół Polskich Ekspertów – MZPE 2022¹²⁶	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Panel ekspertów zaleca, by w przypadku każdego pacjenta odnotowywać w dokumentacji medycznej informację o używaniu wyrobów tytoniowych. Informację tę należy aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem (konsensus ekspertów). Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady zachęcającej do zaprzestania palenia wszystkim osobom palącym. Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży (silna rekomendacja; duża lub umiarkowana pewność danych). Zaleca się stosowanie intensywnego poradnictwa indywidualnego dotyczącego zaprzestania palenia u wszystkich osób palących przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej. Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży (silna rekomendacja; duża lub umiarkowana pewność danych).

¹²⁵ World Health Organization (2013). WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 – 2013 edition. Pozyskano z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80510>, dostęp z 31.10.2022

¹²⁶ Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7/8: 24-40

	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży. Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania poradnictwa grupowego u palących kobiet ciężarnych (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). • Zaleca się oferowanie poradnictwa telefonicznego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży. Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania poradnictwa telefonicznego u palących kobiet ciężarnych (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). • Zaleca się stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (silna rekomendacja, wysoka pewność danych) oraz sugeruje się stosowanie NTZ wraz ze wsparciem behawioralnym u palących kobiet w ciąży (silna rekomendacja; niska pewność danych). • Zaleca się stosowanie bupropionu u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży. Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania bupropionu u palących kobiet w ciąży (silna rekomendacja; wysoka pewność danych). • Zaleca się stosowanie warenikliny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży. Ze względu na brak danych autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania warenikliny u palących kobiet w ciąży (silna rekomendacja; wysoka pewność danych). • Zaleca się stosowanie cytyzyny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży. Ze względu na brak danych autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania cytyzyny u palących kobiet w ciąży oraz u osób z chorobami psychicznymi (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). • U wszystkich palących zaleca się łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). • U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie dostosowanego do potrzeb pacjenta programu obejmującego dyrektywną i wspierającą interwencję behawioralną (słabe rekomendacje; bardzo niska pewność danych). • U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie warenikliny, bupropionu lub nikotynowej terapii zastępczej (słabe rekomendacje; bardzo niska pewność danych). • Osoby ordynujące leki powinny uwzględnić potencjalne interakcje między bupropionem i warenikliną a lekami psycholeptycznymi i psychoanaleptycznymi, a także potencjalne przeciwwskazania (stwierdzenie dotyczące najlepszej praktyki). • U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie łącznie leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego zgodnie z zaleceniami szkoleniowymi WHO. W przypadku pozostałych interwencji autorzy wytycznych nie sformułowali zaleceń ze względu na brak lub niewystarczające dane naukowe (słabe rekomendacje; bardzo niska pewność danych). • Panel rekomenduje, by pracownicy systemu opieki zdrowotnej regularnie uczestniczyli w szkoleniach z zakresu leczenia uzależnienia od nikotyny. System opieki zdrowotnej powinien umożliwiać organizację i uczestniczenie w szkoleniach (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). • Panel rekomenduje zmniejszenie kosztów leczenia uzależnienia od nikotyny dla pacjenta (silna rekomendacja; umiarkowana pewność danych). <table border="1" data-bbox="423 1230 2069 1347"> <tr> <th colspan="2" data-bbox="423 1230 2069 1294">GRADE klasyfikuje jakość dowodów (ich pewność) w jednym z czterech stopni:</th> </tr> <tr> <td data-bbox="423 1294 701 1347">Wysoka</td> <td data-bbox="701 1294 2069 1347">Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego</td> </tr> </table>	GRADE klasyfikuje jakość dowodów (ich pewność) w jednym z czterech stopni:		Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego
GRADE klasyfikuje jakość dowodów (ich pewność) w jednym z czterech stopni:					
Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego				

	Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny
	Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego
	Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego
	GRADE klasyfikuje siłę rekomendacji w jednym z trzech stopni:	
	1. Silna rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)	
	2. Słaba rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)	
3. Warunkowa rekomendacja dla danej interwencji lub dla porównania		
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Państwowy Instytut Badawczy – NIZP PZH-PIB 2020¹²⁷	Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów. Rekomendacje: <u>Edukacja zdrowotna</u> <ul style="list-style-type: none"> Należy prowadzić dopasowaną do wieku odbiorców edukację trwającą przez cały okres szkolny. Należy skoordynować prowadzenie antytytoniowych działań edukacyjnych i zadbać o przekazywanie wyłącznie naukowo zweryfikowanych informacji. Edukacja antytytoniowa w szkołach powinna być częścią uniwersalnego, ogólnokrajowego programu. Należy edukować nauczycieli, rodziców i opiekunów, aby tworzyli środowiska wolne od wyrobów zawierających nikotynę. Należy poprawić efektywność edukacji antytytoniowej dziewcząt. Należy stale dostosowywać i aktualizować narzędzia edukacyjne ze szczególnym uwzględnieniem roli mass mediów. Niezbędnym jest zapewnienie stabilnego finansowania skutecznej, długotrwałej i atrakcyjnej edukacji antytytoniowej wśród dzieci i młodzieży. Cykliczna ocena podejmowanych działań i otwartość na zmiany są konieczne dla prowadzenia efektywnej edukacji antytytoniowej. <u>Pomoc uzależnionej od tytoniu młodzieży</u> <ul style="list-style-type: none"> Programy dla młodzieży powinny uwzględniać wskazówki płynące z realizacji innych programów dla młodzieży, dla których opublikowano skuteczność ocenianą w rzetelnych badaniach naukowych. Powinny być oparte tylko o strategię, dla których istnieją dowody na ich skuteczność. 	

¹²⁷ Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf>, dostęp z 01.11.2022

	<ul style="list-style-type: none">• Programy dla młodzieży powinny być finansowane w perspektywie wieloletniej. Akcyjność programów zmniejsza szanse na osiągnięcie pożądaných efektów.• Każdy program powinien w swoim finansowaniu mieć zapewnione przeprowadzenie badania skuteczności. Badania powinny spełniać normy badań metodologicznych stosowane w ocenie skuteczności interwencji antytytoniowych, np. abstynencja oceniana po 6 i 12 miesiącach.• Programy (nawet wieloletnie) powinny być na bieżąco modyfikowane w zależności od wyników badań ich skuteczności oraz nowych danych płynących z literatury. Należy również na bieżąco śledzić trendy w zakresie używania produktów z nikotyną.• Zakres programu powinien zawierać elementy interwencji, które biorą pod uwagę zarówno uniwersalne zagadnienia związane z uzależnieniem od nikotyny i rozstawaniem się z nałogiem, jak i specyficzne dla młodzieży, a także dla płci. Przy konstruowaniu programu należy wziąć pod uwagę wartości istotne dla młodzieży m.in. takie jak wolność, szczerłość, prawda, niezależność, akceptacja rówieśników. Zawartość merytoryczna powinna obejmować przynajmniej takie zagadnienia jak:<ul style="list-style-type: none">○ mechanizm uzależnienia i działanie nikotyny,○ powody palenia,○ czynniki wywołujące chęć zapalenia/wapowania,○ obalanie mitów na temat palenia,○ konsekwencje palenia i korzyści z zaprzestania (w kontekście młodego człowieka),○ radzenie sobie ze stresem,○ radzenie z przyrostem masy ciała,○ asertywność wobec siebie i rówieśników,○ wzmacnianie poczucia samokontroli,○ doskonalenie umiejętności życiowych takich jak podejmowanie decyzji,○ radzenie sobie z wyzwaniem,○ umiejętności interpersonalne.• Przedstawianie zawartości merytorycznej powinno być zawsze atrakcyjne pod względem wizualnym, przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii, zakładające interaktywność. Program powinien być dobrowolny.• Trenerzy, którzy pracują z młodzieżą przy realizacji programów interwencyjnych powinni być wybierani spośród osób niepalących lub byłych palaczy.• Programy interwencyjne nie powinny wykluczać uwzględniania pomocy farmakologicznej opartej o stosowanie terapeutycznej nikotyny u młodych osób, które są biologicznie uzależnione. Chociaż w charakterystyce produktu leczniczego istnieje zapis, że produkt jest przeznaczony dla osób dorosłych należy wziąć pod uwagę zyski płynące ze stosowania preparatów zawierających terapeutyczną nikotynę. Preparaty nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) są przebadane pod względem zarówno ich skuteczności jak i bezpieczeństwa. NTZ zawiera tylko nikotynę i nie zawiera żadnych szkodliwych substancji chemicznych znajdujących się w papierosach oraz e-papierosach, więc jest znacznie lepszym rozwiązaniem dla młodego człowieka niż palenie.• Papierosy elektroniczne nie powinny być rozpatrywane jako element strategii pomocowej w zaprzestawaniu palenia. Choć istnieją dowody o umiarkowanej sile, że papierosy elektroniczne zawierające nikotynę są bardziej skuteczne w rzucaniu palenia niż e-papierosy bez nikotyny oraz niż
--	---

	<p>NTZ, należy pamiętać, że w przeciwieństwie do NTZ nie są to produkty bezpieczne. Dodatkowo dane płynące z badania przeprowadzonego na dorosłych wskazują, że osoby które rzuciły palenie przy użyciu papierosów elektronicznych znacząco częściej wciąż używały ich po roku od rzucenia palenia niż ci, którzy stosowali farmakoterapię.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choć nie ma jeszcze wystarczająco silnych dowodów na skuteczność programów opartych o wykorzystywanie urządzeń mobilnych, to jednak biorąc pod uwagę powszechność ich używania przez nastolatków wydaje się koniecznym rozwijanie takich programów i badanie ich efektywności. <p><u>Narzędzia ekonomiczne ograniczające konsumpcję</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost podatku prowadzący do wzrostu cen produktów tytoniowych zmniejsza użycie tych produktów we wszystkich grupach wiekowych. • Podatki od wyrobów tytoniowych powinny rosnać szybciej niż tempo wzrostu dochodów indywidualnych, by zapobiec wzrostowi dostępności ekonomicznej tych wyrobów. • Wzrost podatków na e-papierosy powinien iść w parze ze wzrostem podatku na zwykłe papierosy, by zapobiec przelicaniu się z e-papierosów na zwykłe papierosy. • Wzrost podatków jest szczególnie efektywnym narzędziem zapobiegającym użyciu produktów tytoniowych wśród młodzieży. W szczególności, wzrost cen tych produktów powoduje spadek prawdopodobieństwa inicjacji. <p><u>Niezbędne zmiany w ustawie z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ustawowy zakaz używania wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych powinien obowiązywać w pojazdach podczas przewozu w nich dzieci i młodzieży oraz kobiet w ciąży. • Należy wprowadzić ustawowe narzędzia wspomagające legislację lokalną w zakresie wyznaczania stref wolnych od tytoniu zgodnie z art. 5 ust. 4 ustawy, tak aby była ona skuteczna i służyła ochronie zdrowia dzieci i młodzieży. • Niezbędne jest wprowadzenie do ustawy definicji legalnej terminu „ogólnodostępne miejsce przeznaczone do zabaw dzieci”, które określałoby je jako każdy obszar, otwarty, jak i zamknięty, w którym bawią się dzieci. • Rekomendowane jest zwiększenie wysokości grzywny przewidzianej za łamanie zakazu z art. 13. ust. 2 ustawy. • Istotne znaczenie dla skutecznej ochrony dzieci i młodzieży ma kwestia weryfikacji przez sprzedawcę uprawnień do nabycia wyrobów nikotynowych, która powinna być obowiązkowa, a nie fakultatywna. • Należy zdecydowanie rekomendować zmianę brzmienia przepisu art. 6 ust. 1 ustawy. Na wzór dobrych praktyk innych państw, wiek osób uprawnionych do nabycia produktów nikotynowych powinien być podniesiony do 21 roku życia. • Warto rekomendować rozszerzenie miejsc objętych całkowitym zakazem wprowadzania do obrotu produktów nikotynowych, także o otoczenie obszarów wskazanych w art. 6 ust. 2 ustawy. • Warto postulować, aby polski prawodawca zrezygnował w art. 8 ust. 2 ustawy z wyodrębniania obszarów, których dotyczy zakaz sponsoringu, a w konsekwencji, aby każdy rodzaj sponsoringu przez podmioty branży tytoniowej, bez względu na działalność którego dotyczy, został zakazany. • Należy poszerzyć zakres zakazu reklamy i promocji, w tym dokonać zmiany treści art. 8 ust. 1 ustawy poprzez wprowadzenie zakazu reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych i produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu bez wyodrębniania konkretnych obszarów, którego reklama czy promocja dotyczy. • Treść art. 8 ust. 3 ustawy powinna otrzymać brzmienie: „Zabrania się eksponowania w punkcie detalicznym wyrobów tytoniowych, papierosów
--	---

	<p>elektronicznych lub pojemników zapasowych, a także przedmiotów imitujących opakowania tychże wyrobów”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy doprecyzować przepisy dotyczące leczenia uzależnień, tak aby każda osoba uzależniona na skutek używania każdego rodzaju wyrobów nikotynowych, w tym dzieci i młodzież, a nie tylko dorośli, mogli korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
<p>Konsensus Polskich Ekspertów – KPE 2018¹²⁸</p>	<p>Metodologia: konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <p><u>Program antynikotynowy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Eksperti proponują następującą ścieżkę prowadzenia programu antynikotynowego: <ul style="list-style-type: none"> przydzielanie pacjentów do określonych ścieżek interwencji: pacjenci, u których rozważa się wykonanie badania przesiewowego niskodawkową tomografią komputerową (NDTK) przydzielani do jednej z trzech grup na podstawie ich oświadczenia: <ul style="list-style-type: none"> aktywni palacze, niepalący przez mniej niż 12 miesięcy, niepalący od ponad 12 miesięcy; przystępując do programu badań przesiewowych NDTK, uczestnicy wyrażają zgodę na interwencję w zakresie zaprzestania palenia; Aktywni palacze w trakcie programu przesiewowego powinni zostać poddani następującym badaniom diagnostycznym: <ul style="list-style-type: none"> standaryzowany wywiad oceniający intensywność palenia i nasilenia uzależnienia (Fagerström); test motywacji do zaprzestania palenia (Schneider); pomiar poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu (Smokerlyzer) lub kotyniny w ślinie; ocena depresji (skala Becka). Na podstawie powyższych ocen pacjentom należy udzielić odpowiednie wsparcie w postaci konsultacji, sesji psychoterapeutycznych oraz edukacji. Wsparcie farmakologiczne obejmuje nikotynową terapię zastępczą jako leczenie pierwszego wyboru oraz cytyzynę, wareniklinę i bupropion, jeśli poprzednie leczenie nie powiodło się lub jeśli u pacjenta występują bezwzględne lub względne przeciwwskazania do stosowania nikotyny. Pacjentom z dodatnią oceną depresji zaleca się rejestrację w ambulatoryjnej placówce psychiatrycznej. Pacjenci deklarujący abstynencję od palenia przez mniej niż 12 miesięcy poddają się badaniu Smokerlyzer (lub badaniu kotyniny, jeśli badanie Smokerlyzer nie jest możliwe) i jeśli ich status niepalących zostanie potwierdzony, wykonują test mierzący ich motywację do kontynuowania palenia oraz przechodzą krótką interwencję wzmacniającą ich decyzję o rzuceniu palenia. Pacjenci deklarujący abstynencję od palenia przez okres dłuższy niż 12 miesięcy otrzymują konsultację w celu wzmocnienia ich motywacji do utrzymania statusu osoby niepalącej. Wszystkie osoby kwalifikowane do programu powinny zostać zapytane o narażenie na bierne palenie w miejscu pracy lub w domu. Jeśli takie narażenie zostanie zidentyfikowane, za pośrednictwem pacjenta należy kierować zaproszenie do jego krewnych i współpracowników do udziału w interwencji.

¹²⁸ Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. Adv. Respir. Med. 86(1): 53-74

Rekomendacje zagraniczne	
National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2023¹²⁹	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <p>Wszystkie poniższe działania są określane przez organizację jako rekomendowane.</p> <p><u>Organizowanie i planowanie krajowych, regionalnych lub lokalnych kampanii w środkach masowego przekazu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie krajowych, regionalnych lub lokalnych kampanii medialnych mających na celu zapobieganie inicjacji palenia wśród młodzieży <18 r.ż. Współpraca z: NHS, krajowymi, regionalnymi i lokalnymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi, dziećmi i młodzieżą, mediami, pracownikami ochrony zdrowia, agencjami PR i lokalnymi działaczami antytytoniowymi. • Zintegrowanie regionalnych i lokalnych kampanii na rzecz zapobiegania paleniu wśród dzieci i młodzieży z każdą krajową strategią komunikacji w celu zwalczania używania tytoniu. • Utworzenie kampanii skierowanej do grup, które według danych epidemiologicznych mają wyższe niż średnie lub stałe wskaźniki palenia. Oparcie kampanii na badaniach, które identyfikują i pomagają zrozumieć docelowych odbiorców. • Oparcie przekazu kampanii na badaniach strategicznych i testach jakościowych przed i po z udziałem odbiorców docelowych. Należy powtarzać komunikaty na różne sposoby i regularnie je aktualizować, w celu utrzymania uwagi odbiorców. • Wykorzystanie szeregu kanałów medialnych, aby uzyskać bezpłatne relacje prasowe, generujące jak największy rozgłos. Dotarcie do konkretnych odbiorców poprzez: wykorzystanie kanałów regionalnych i lokalnych, wykorzystanie pełnej gamy mediów, z których korzystają dzieci i młodzież. • Dzielenie się skutecznymi praktykami w kampaniach na rzecz zapobiegania paleniu wśród dzieci i młodzieży. • Prowadzenie kampanii zapobiegających paleniu tytoniu u dzieci i młodzieży przez 3 do 5 lat. • Należy stosować wskaźniki efektywności, aby upewnić się, że kampanie są realizowane prawidłowo i skutecznie. <p><u>Strategie kampanijne mające na celu zapobieganie używaniu tytoniu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy ocenić, czy potrzebna jest kampania rzecznicza w celu wsparcia polityki związanej z nielegalną sprzedażą wyrobów tytoniowych. • Jeśli potrzebna jest kampania rzecznicza, powinna być oparta na dobrych praktykach. Należy wykorzystać wiele metod strategicznych, aby zmniejszyć atrakcyjność tytoniu i przyczynić się do zmiany nastawienia społeczeństwa do używania tytoniu. Może to obejmować: generowanie wiadomości poprzez pisanie artykułów, zlecenie badań wartych uwagi i wydawanie komunikatów prasowych, wykorzystanie plakatów, broszur i innych materiałów, wykorzystanie mediów cyfrowych. • W ramach kampanii rzeczniczej przedstawianie jasnego, opublikowanego oświadczenia dotyczącego sposobu postępowania w przypadku sprzedaży wyrobów tytoniowych przez osoby niepełnoletnie. • Nie należy opracowywać ani prowadzić kampanii dotyczących środków masowego przekazu lub ograniczania dostępu we współpracy z firmami

¹²⁹ National Institute for Health and Care Excellence (2023) Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE Guideline 209. Pozyskano z: www.nice.org.uk/guidance/ng209, dostęp z 13.04.2023

	<p>tytoniowymi. Należy aktywnie zniechęcać do korzystania z egzekwowania przepisów i powiązanych kampanii opracowanych przez organizacje tytoniowe.</p> <p><u>Pomoc sprzedawcom detalicznym w unikaniu nielegalnej sprzedaży wyrobów tytoniowych:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Zaleca się zapewnienie sprzedawcom detalicznym szkoleń i wskazówek jak unikać nielegalnej sprzedaży. Obejmuje to nakłanianie sprzedawców do:<ul style="list-style-type: none">○ proszenia o dowód każdego, kto wygląda na młodziej niż 18 lat i próbuje kupić papierosy,○ zgłaszania każdej odmowy sprzedaży tytoniu ze względu na wiek.• Należy jak najbardziej utrudnić młodzieży poniżej 18 roku życia możliwość zdobycia papierosów i innych wyrobów tytoniowych, poprzez:<ul style="list-style-type: none">○ ściganie sprzedawców, którzy uparczywie łamią prawo,○ dokonywanie co roku zakupów testowych,○ wykorzystywanie danych lokalnych do wykrywania naruszeń prawa,○ regularne kontrole naruszeń w celu zapewnienia spójnych dobrych praktyk we wszystkich władzach lokalnych.• Należy współpracować z innymi agencjami, aby:<ul style="list-style-type: none">○ określić obszary, w których sprzedaż wyrobów tytoniowych przez osoby niepełnoletnie stanowi wyjątkowy problem,○ usprawnić działania kontrolne i wykonawcze związane z nielegalną sprzedażą wyrobów tytoniowych.• Zaleca się prowadzenie kampanii dla sprzedawców detalicznych w celu upowszechnienia przepisów zakazujących sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom niepełnoletnim. Mogą one obejmować:<ul style="list-style-type: none">○ szczegóły dotyczące grzywny, które mogą zostać nałożone na sprzedawców detalicznych,○ skutecznie rozwiązane postępowania lokalne,○ szczegóły dotyczące miejsc, w których tytoń jest sprzedawany nielegalnie.• Rekomenduje się zapewnienie trwałości działań mających na celu ograniczenie nielegalnej sprzedaży wyrobów tytoniowych przez sprzedawców detalicznych. <p><u>Skoordynowane podejście do interwencji w szkołach</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy zapewnić interwencje w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu w szkołach i innych placówkach edukacyjnych jako:<ul style="list-style-type: none">○ część lokalnej strategii ograniczania użycia tytoniu,○ interwencje oparte na dowodach,○ interwencje związane z polityką zakazu palenia w szkole lub placówce oświatowej,○ zgodne z regionalnymi i krajowymi strategiami ograniczania użycia tytoniu,○ zintegrowane z programem nauczania. <p><u>Polityka zakazu palenia w całej szkole lub organizacji</u></p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">• Zaleca się opracowanie ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej w porozumieniu z młodzieżą i personelem, przy uwzględnieniu:<ul style="list-style-type: none">○ działań z zakresu profilaktyki palenia (prowadzonych przez dorosłych lub młodzież),○ szkoleń i rozwoju pracowników,○ potrzeb kulturowych, specjalnych potrzeb edukacyjnych lub fizycznych wobec dzieci i młodzieży (np. poprzez zapewnienie materiałów w alternatywnych formatach, takich jak zdjęcia, duży druk, braille, audio i wideo).• Należy zapewnić politykę stanowiącą część szerszej strategii nauczania, dotyczącej dobrego samopoczucia, edukacji o związkach, relacjach i edukacji seksualnej, edukacji zdrowotnej, edukacji o narkotykach.• Należy zastosować politykę zakazu palenia w stosunku do wszystkich osób korzystających z obiektu (terenu i budynków). Nie należy zezwalać na wyznaczanie jakichkolwiek miejsc na terenie obiektu do palenia.• Zaleca się szerokie rozpowszechnianie tejże polityki i zapewnienie do niej łatwego dostępu, aby każdy korzystający z lokalu był świadomy jej treści (obejmuje to udostępnienie wersji drukowanej). <p><u>Interwencje w szkołach prowadzone przez osoby dorosłe</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy włączyć do programu nauczania informację o skutkach zdrowotnych używania tytoniu, a także o prawnych, ekonomicznych i społecznych aspektach palenia (np. dyskusje w klasie na temat tytoniu mogą być istotne podczas nauczania przedmiotów takich jak biologia, chemia, wiedza o społeczeństwie, geografia, matematyka).• Zaleca się włączenie do programu nauczania dokładnych informacji o paleniu tytoniu, w tym o jego rozpowszechnieniu i konsekwencjach. Używanie tytoniu przez dorosłych i rówieśników powinno być omawiane i kwestionowane. Należy dążyć do:<ul style="list-style-type: none">○ rozwijania umiejętności podejmowania decyzji poprzez techniki aktywnego uczenia się,○ wzmacniania poczucia własnej wartości i nieulegania presji na palenie ze strony mediów, członków rodziny, rówieśników i przemysłu tytoniowego.• W ramach programu nauczania dotyczącego nadużywania tytoniu, alkoholu i narkotyków należy zniechęcać dzieci, młodzież i młodych dorosłych, którzy nie palą, do eksperymentowania z e-papierosami lub ich regularnego używania. W przypadku e-papierosów temat ten powinien mieć odrębny zakres tematyczny.• Przy omawianiu e-papierosów należy wyjaśnić, dlaczego dzieci, młodzież i młodzi dorośli, którzy nie palą, powinni unikać e-papierosów, w taki sposób, aby nieświadomie nie wzbudzili w nich pożądania.• Należy zapewnić dodatkowe działania wspomagające edukację klasową na temat tytoniu do czasu zakończenia nauki. Działania te mogą obejmować szkolne targi zdrowia i wizyty gościnnych prelegentów.• Zaleca się zapewnienie interwencji w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu przez nauczycieli i asystentów dydaktycznych wyższego szczebla, którzy są kompetentni w tej dziedzinie lub przez ekspertów zewnętrznych. W przypadku ekspertów zewnętrznych, powinni być przeszkoleni do pracy z dziećmi i młodzieżą w zakresie problematyki tytoniowej. Ww. interwencje powinny być:<ul style="list-style-type: none">○ zabawne, rzeczowe i interaktywne,○ dostosowane do wieku i możliwości,○ wrażliwe na pochodzenie rodzinne, kulturę i płeć,

	<ul style="list-style-type: none">○ nieoceniające.● Należy zaangażować dzieci i młodzieży szkolną w projektowanie interwencji zapobiegających upowszechnianiu palenia tytoniu.● Organizacja rekomenduje zachęcanie rodziców i opiekunów do angażowania się w politykę antynikotynową (np. informowanie ich o pracach klasowych lub prośenie o pomoc w zadaniu domowym). <p><u>Interwencje rówieśnicze w szkołach</u></p> <ul style="list-style-type: none">● Zaleca się prowadzenie przez rówieśników interwencji opartych na dowodach, mające na celu zapobieganie rozpoczęciu palenia. Powinny one:<ul style="list-style-type: none">○ być powiązane z odpowiednimi częściami programu nauczania,○ być realizowane zarówno w klasie, jak i nieformalnie, poza klasą,○ być prowadzone przez młodych ludzi wyznaczonych przez samych uczniów (liderzy rówieśniczy mogą być w tym samym lub starszym wieku),○ dopilnować, by w trakcie programu liderzy rówieśniczy otrzymywali wsparcie od osób dorosłych posiadających odpowiednią wiedzę fachową,○ zapewnić młodym ludziom możliwości rozważenia i w razie potrzeby, zakwestionowania norm rówieśniczych i rodzinnych dotyczących palenia tytoniu oraz zapewnić omówienie zagrożeń z nim związanych, a także korzyści wynikających z niepalenia. <p><u>Stosowanie produktów zawierających nikotynę objętych licencją medyczną</u></p> <ul style="list-style-type: none">● Organizacja rekomenduje zwiększenie świadomości społecznej w zakresie szkodliwości palenia i biernego palenia. W tym celu ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że palenie powoduje szereg chorób i schorzeń, w tym nowotwory, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i choroby układu krążenia.● Należy przedstawiać informacje o tym, jak osoby palące mogą zmniejszyć ryzyko choroby i śmierci (dla siebie i innych) poprzez stosowanie 1 lub więcej produktów medycznych zawierających nikotynę, dopuszczonych do obrotu medycznego. Należy wyjaśnić, że mogą one być stosowane jako częściowy lub całkowity substytut tytoniu, czasowo lub długoterminowo.● Należy przedstawić następujące informacje na temat nikotyny:<ul style="list-style-type: none">○ palenie jest wysoce uzależniające, głównie dlatego, że dostarcza nikotynę bardzo szybko do mózgu, co sprawia, że rzucenie palenia jest trudne,○ większość problemów zdrowotnych związanych z paleniem jest spowodowana innymi składnikami dymu tytoniowego, a nie nikotyną,○ poziom nikotyny w licencjonowanych przez medycynę produktach zawierających nikotynę jest znacznie niższy niż w tytoniu, a sposób dostarczania nikotyny przez te produkty sprawia, że są one mniej uzależniające niż palenie tytoniu.● Należy przedstawić następujące informacje o skuteczności i bezpieczeństwie leczniczych produktów zawierających nikotynę:<ul style="list-style-type: none">○ wszelkie ryzyko związane ze stosowaniem produktów zawierających nikotynę, dopuszczonych do obrotu medycznego, jest znacznie mniejsze niż ryzyko związane z paleniem tytoniu (w badaniach wykazano, że NTZ jest bezpieczna w stosowaniu przez co najmniej 5 lat),○ dożywotnie stosowanie produktów zawierających nikotynę medyczną jest prawdopodobnie znacznie mniej szkodliwe niż palenie papierosów.● Zaleca się udzielanie informacji na temat stosowania dopuszczonych do obrotu medycznego produktów zawierających nikotynę, w tym:<ul style="list-style-type: none">○ jakie są postaci leku i gdzie są dostępne,○ jak je skutecznie wykorzystać podczas próby rzucenia lub ograniczenia palenia,
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ długotrwałe stosowanie w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby, ○ wskazanie kosztów leczenia w porównaniu z paleniem. <p><u>Promowanie wsparcia w zakresie rzucania palenia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się koordynowanie strategii komunikacyjnych w celu dostarczania wsparcia w zakresie rzucania palenia, telefonicznych linii rzucania palenia, interwencji w szkołach, zmian w polityce kontroli tytoniu i wszelkich innych działań mających na celu pomoc w zaprzestaniu palenia. • Opracowanie i realizacja strategii komunikacyjnych dotyczących zaprzestania palenia we współpracy z NHS, władzami krajowymi, regionalnymi i lokalnymi oraz organizacjami pozarządowymi powinno obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ korzystanie z najlepszych dostępnych dowodów skuteczności, takich jak przeglądy Cochrane, ○ opracowania z wykorzystaniem badań publiczności, ○ komunikaty „dlaczego” i „jak” przestać, które są pozbawione osądzania oraz pełne empatii i szacunku (np. wykorzystanie świadectwa osób, które paliły lub paliły w przeszłości), ○ zaangażowanie aptek środowiskowych w lokalne kampanie i utrzymywanie więzi z innymi grupami zawodowymi, takimi jak dentyści, straż pożarna i grupy wolontariuszy, ○ zapewnienie, że kampanie są wystarczająco inkluzyjne i adaptowalne. • Należy zastanowić się nad ukierunkowaniem i dostosowaniem kampanii do grup, których dane epidemiologiczne wskazują jako na mające wyższe niż przeciętne lub utrzymujące się na danym poziomie wskaźniki palenia. • Należy udostępnić pracownikom (w miejscu pracy) i uczniom informacje o lokalnej pomocy w rzuceniu palenia. W tym celu należy zawrzeć szczegóły dotyczące rodzaju dostępnej pomocy oraz czasu, miejsca i sposobu dostępu do usług. • Jeśli jest to możliwe i istnieje wystarczające zapotrzebowanie, należy zapewnić wsparcie w rzuceniu palenia na miejscu (w szkole, w pracy). • Należy umożliwić pracownikom uczestnictwo w programach pomocy w rzuceniu palenia w godzinach pracy bez utraty wynagrodzenia. • Należy wynegocjować politykę zakazu palenia w miejscu pracy z pracownikami lub ich przedstawicielami. Powinna ona: <ul style="list-style-type: none"> ○ zawierać jasne informacje czy przerwy na palenie mogą odbywać się w czasie godzin pracy, a jeśli tak, to gdzie, jak często i na jak długo, ○ włączyć politykę powstrzymywania się od palenia, opracowaną we współpracy z pracownikami i ich przedstawicielami, ○ kierować osoby chcące rzucić palenie do lokalnej poradni antynikotynowej. • Należy zachęcać pracodawców do udzielania porad, wskazówek i wsparcia pracownikom, którzy chcą rzucić palenie. <p><u>Promowanie wsparcia w zaprzestaniu używaniu tytoniu bezdymnego</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy współpracować z istniejącymi inicjatywami społecznymi, aby zwiększyć świadomość na temat lokalnych usług związanych z zaprzestaniem palenia tytoniu oraz sposobem dostępu do nich. Należy upewnić się, że wszelkie materiały wykorzystywane do podnoszenia świadomości na temat usług: <ul style="list-style-type: none"> ○ stosują nazwy, pod którymi lokalnie znane są wyroby tytoniowe bezdymne, a także określenie jako "tytoń bezdymny",
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ podają informacje o zagrożeniach dla zdrowia związanych z bezdymnym tytoniem oraz o dostępności usług pomagających w rzuceniu palenia,○ podważają postrzegane korzyści oraz względny priorytet, jaki użytkownicy mogą nadać tym korzyściom (w porównaniu z zagrożeniami dla zdrowia),○ odpowiadają na potrzeby osób, których pierwszym językiem nie jest język urzędowy (poprzez zapewnienie tłumaczeń),○ zaspokajają szereg potrzeb komunikacyjnych poprzez dostarczanie materiałów w alternatywnych formatach, na przykład obrazków, dużego druku, językiem brajla, audio i wideo,○ omawiają pojęcie uzależnienia w sposób wrażliwy na kulturę i religię,○ nie stygmatyzują użytkowników bezdymnych wyrobów tytoniowych w ich własnej społeczności lub w oczach ogółu społeczeństwa. <ul style="list-style-type: none">• Należy zwiększyć świadomość wśród osób pracujących z dziećmi i młodzieżą na temat używania bezdymnego tytoniu, poprzez:<ul style="list-style-type: none">○ dostarczanie nauczycielom informacji na temat szkodliwości tytoniu bezdymnego,○ zachęcanie nauczycieli do omawiania z uczniami powodów, dla których ludzie używają bezdymnego tytoniu (np. w ramach edukacji antynarkotykowej lub w ramach innej odpowiedniej części programu nauczania). <p><u>Identyfikacja osób palących</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Przy każdej okazji należy pytać ludzi, czy palą lub niedawno rzucili palenie.• Jeśli palą, należy poradzić im, aby rzucili palenie w sposób uwzględniający ich preferencje i potrzeby. Należy także wskazać, że rzucenie palenia za jednym zamachem jest najlepszym podejściem. Ponadto warto wskazać osobie palącej, jak istotną rolę w procesie leczenia uzależnienia od tytoniu odgrywa wsparcie behawioralne.• Należy omówić wszelkie środki wspomagające rzucanie palenia, które były przez osobę palącą wcześniej stosowane.• Należy oferować porady dotyczące stosowania produktów zawierających nikotynę znajdujących się w ogólnej sprzedaży, w tym nikotynowej terapii zastępczej dostępnej bez recepty oraz e-papierosów zawierających nikotynę.• Jeśli ktoś nie chce lub nie jest gotowy rzucić palenie za jednym zamachem należy:<ul style="list-style-type: none">○ dowiedzieć się o zachowaniu danej osoby w zakresie palenia i poziomie uzależnienia od nikotyny, pytając, ile papierosów wypala i jak szybko sięga po przebudzeniu,○ upewnić się, że rozumie, iż zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko rozwoju chorób związanych z paleniem lub pogorszenia stanu zdrowia spowodowanego paleniem,○ poprosić o zastanowienie się nad przyjęciem podejścia polegającego na redukcji szkód,○ zachęcać do szukania pomocy w celu całkowitego zaprzestania palenia w przyszłości,○ pozostawić otwartą ofertę pomocy i przy następnym kontakcie ponownie zaoferować wsparcie.• Należy zapisywać status palenia oraz wszystkie działania, dyskusje i decyzje związanych z poradami, skierowaniami lub interwencjami dotyczącymi zaprzestania palenia. <p><i>Identyfikacja palących opiekunów, osób z rodziny i inny domowników</i></p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Przy najbliższej okazji należy zapytać, czy któraś z bliskich osób pacjenta pali (partner kobiety w ciąży, rodzice lub opiekunowie, ktokolwiek inny z gospodarstwa domowego).• Jeśli partnerzy, rodzice, inni domownicy i opiekunowie nie palą, należy udzielić im pozytywnej informacji zwrotnej. Jeśli natomiast palą, należy zachęcić ich do zaprzestania palenia i kierować do lokalnego wsparcia dla osób rzucających palenie.• W przypadku braku obecności członka rodziny, który pali, należy poprosić pacjenta, aby zasugerował tej osobie kontakt z lokalną bądź telefoniczną poradnią antynikotynową.• Podczas kontaktu z partnerami, rodzicami, innymi domownikami i opiekunami pacjentów należy:<ul style="list-style-type: none">○ udzielać jasnych porad na temat zagrożeń związanych z paleniem i biernym paleniem, w tym kobietom w ciąży i dzieciom (przed i po urodzeniu),○ zalecać niepalenie w pobliżu pacjenta, kobiety w ciąży, matki lub dziecka (dotyczy to również niepalenia w domu). <p><u>Interwencje dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy przekazać osobom, które palą, że dostępnych jest wiele metod interwencji, które mogą pomóc im w rzuceniu palenia. Należy wyjaśnić, jak uzyskać do nich dostęp i skierować ludzi do wsparcia w rzucaniu palenia, jeśli to możliwe.• Należy zapewnić dostęp do następujących elementów dla dorosłych osób palących:<ul style="list-style-type: none">○ interwencje behawioralne – wsparcie behawioralne (indywidualne i grupowe), krótka porada,○ produkty dopuszczone do obrotu medycznego – bupropion, nikotynowa terapia zastępcza (krótko i długo działająca), wareniklina,○ e-papierosy zawierające nikotynę,○ seminarium grupowe Allena Carra „Easyway”.• Należy rozważyć NTZ dla młodzieży w wieku 12 lat i więcej, która pali i jest uzależniona od tytoniu. W przypadku zastosowania farmakoterapii, należy także uwzględnić interwencje behawioralne.• Nie należy oferować warenikliny ani bupropionu osobom poniżej 18 r.ż.• Należy zaoferować wsparcie behawioralne osobom palącym niezależnie od tego, jaką opcję pomocy w rzuceniu palenia wybrały.• Przy wyborze opcji rzucania palenia należy wziąć pod uwagę:<ul style="list-style-type: none">○ preferencje pacjenta, stan zdrowia i okoliczności społeczne,○ wszelkie przyjmowane przez pacjenta leki,○ wszelkie przeciwwskazania i możliwość wystąpienia działań niepożądanych,○ wcześniejsze doświadczenia w rzucaniu palenia.• Należy doradzić palaczom (odpowiednio do ich wieku), że następujące opcje w połączeniu ze wsparciem behawioralnym, mają większe szanse na skuteczne rzucenie palenia:<ul style="list-style-type: none">○ wareniklina,
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ połączenie krótko i długo działającej NTZ,○ e-papierosy zawierające nikotynę.● Należy poinformować pacjentów, że opcje, które z mniejszym prawdopodobieństwem doprowadzą do skutecznego zaprzestania palenia, w połączeniu ze wsparciem behawioralnym, to:<ul style="list-style-type: none">○ bupropion,○ krótko działająca NTZ stosowane bez długo działającej NTZ,○ długo działająca NTZ stosowany bez krótko działającej NTZ.● W przypadku osób dorosłych należy przepisać lub zapewnić bupropion, wareniklinę lub NTZ przed rzuceniem palenia:<ul style="list-style-type: none">○ w przypadku bupropionu należy uzgodnić datę rzucenia palenia w ciągu pierwszych 2 tygodni leczenia, ponowną ocenę osoby na krótko przed zakończeniem recepty,○ w przypadku warenikliny należy uzgodnić datę rzucenia palenia i rozpocząć leczenie 1-2 tygodnie przed tą datą, ponownie ocenić osobę na krótko przed zakończeniem recepty,○ w przypadku NTZ należy uzgodnić datę rzucenia palenia i upewnić się, że osoba ma już wykupioną NTZ do rozpoczęcia na dzień przed datą rzucenia. <p><i>Poradnictwo w zakresie produktów leczniczych</i></p> <ul style="list-style-type: none">● Należy podkreślać, że:<ul style="list-style-type: none">○ większość problemów zdrowotnych związanych z paleniem jest spowodowana innymi składnikami dymu tytoniowego, a nie nikotyną,○ wszelkie ryzyko związane ze stosowaniem dopuszczonych do obrotu medycznych produktów wspomagających rzucanie palenia jest znacznie mniejsze niż ryzyko związane z paleniem tytoniu.● Należy wyjaśnić, jak prawidłowo używać produktów medycznych zawierających nikotynę, ze szczególnym naciskiem na kontrolowanie pragnienia, zapobieganie paleniu kompensacyjnemu oraz osiągnięcie celów dotyczących zaprzestania lub ograniczenia palenia.● Należy doradzić osobom stosującym krótko działającą NTZ, aby każdy papieros zastępowany był pastylką lub gumą NTZ. Wskazane jest, aby stosować NTZ przed porą, w której wcześniej wypaliliby papierosa. <p><i>E-papierosy</i></p> <ul style="list-style-type: none">● Należy udzielać jasnych, spójnych i aktualnych informacji na temat e-papierosów zawierających nikotynę osobom, które są zainteresowane używaniem ich w celu rzucenia palenia.● Należy doradzić osobom dorosłym, jak używać e-papierosów zawierających nikotynę. Obejmuje to wyjaśnienie, że:<ul style="list-style-type: none">○ e-papierosy nie są licencjonowanymi lekami, ale są regulowane przez <i>Tobacco and Related Products Regulations</i>,○ nie ma wystarczających dowodów, aby stwierdzić, że używanie e-papierosów przynosi długoterminowe szkody,○ używanie e-papierosów jest prawdopodobnie mniej szkodliwe niż palenie papierosów,
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ każde palenie jest szkodliwe, dlatego osoby używające e-papierosów powinny całkowicie zaprzestać palenia tytoniu.• W ramach dyskusji z pacjentem należy także podjąć kwestie o tym:<ul style="list-style-type: none">○ jak długo dana osoba zamierza używać e-papierosów zawierających nikotynę○ jak długo używać ich, aby zapobiec powrotowi do palenia,○ jak przestać ich używać, gdy będzie na to gotowa.• Należy monitorować skutki uboczne w przypadku stosowania przez pacjentów e-papierosów.• Należy wyjaśnić dorosłym, którzy decydują się na używanie e-papierosów zawierających nikotynę, jak ważne jest i w jaki sposób należy uzyskać wystarczającą ilość nikotyny, aby pokonać objawy odstawienia. <p><i>Telefoniczne poradnie pomocy palącym</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy utworzyć telefoniczne poradnie pomocy palącym, które oferują szybkie i wiarygodne wsparcie.• Należy zapewnić, że wszyscy pracownicy udzielający porad za pośrednictwem telefonu otrzymają szkolenie w zakresie rzucania palenia (co najmniej w zakresie krótkich interwencji pomagających osobom rzucić palenie).• Należy przeszkolić pracowników oferujących doradztwo w ramach linii rzucania palenia, tak aby spełniali standardy szkoleniowe NCSCT (indywidualne doradztwo behawioralne). Najlepiej, aby posiadali oni również odpowiednie kwalifikacje w zakresie doradztwa. Szkolenie powinno być zgodne ze standardem szkoleniowym NCSCT (ang. <i>National Centre for Smoking and Training</i>). <p><u>Wsparcie w zakresie zaprzestania palenia w POZ i środowiskach lokalnych</u></p> <ul style="list-style-type: none">• W przypadku osób, które chcą rzucić palenie:<ul style="list-style-type: none">○ należy omówić, jakie są metody rzucania palenia,○ należy zapewnić interwencję i poradnictwo w zakresie rzucania palenia:<ul style="list-style-type: none">▪ jeśli nie jest możliwe zapewnienie interwencji w zakresie rzucania palenia, należy je skierować do lokalnego wsparcia w zakresie rzucania palenia,▪ jeśli zrezygnują ze skierowania do pomocy w rzuceniu palenia, należy skierować ich do specjalisty, który może zaoferować farmakoterapię i minimalną interwencję. <p><u>Wsparcie w zaprzestaniu palenia w placówkach opieki specjalistycznej</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Przed wizytą, zabiegiem lub pobytem w szpitalu należy przekazać pacjentom informacje na temat polityki zakazu palenia. Powinny one obejmować:<ul style="list-style-type: none">○ krótko- i długoterminowe korzyści zdrowotne wynikające z zaprzestania palenia w dowolnym momencie, np.: zaprzestanie palenia w dowolnym momencie przed operacją nie ma żadnych złych skutków (choć ludzie mogą doświadczyć krótkotrwałych objawów odstawienia, takich jak bóle głowy lub drażliwość po rzuceniu palenia), a osoby, które zaprzestają palenia w ciągu 8 tygodni przed operacją mogą odnieść znaczne korzyści,○ ryzyko związane z biernym paleniem,○ fakt, że wszystkie budynki i tereny są wolne od dymu tytoniowego, więc nie wolno im palić podczas przyjmowania, korzystania lub odwiedzania tych
--	--

	<p>usług,</p> <ul style="list-style-type: none">○ rodzaje dostępnego wsparcia, aby pomóc im w całkowitym lub tymczasowym rzuceniu palenia przed, w trakcie i po przyjęciu lub wizycie,○ różne farmakoterapie, które mogą pomóc w zaprzestaniu palenia i czasowej abstynencji, gdzie można je uzyskać (w tym od lekarzy pierwszego kontaktu) i jak je stosować. <ul style="list-style-type: none">• Przed planowanym lub prawdopodobnym przyjęciem do placówki stacjonarnej należy pracować z daną osobą, aby uwzględnić w jej osobistym planie opieki sposób radzenia sobie z paleniem w momencie przyjęcia lub wejścia do placówki.• Należy zachęcić osoby kierowane na planowe zabiegi chirurgiczne do rzucenia palenia przed zabiegiem. Należy skierować je do lokalnego wsparcia w zakresie rzucania palenia.• Należy dostarczać informacji i korzystać z okazji do udzielania porad odwiedzającym na temat korzyści płynących z zaprzestania palenia oraz jak skontaktować się z lokalnym wsparciem w zakresie rzucania palenia.• Należy zaproponować, jeśli osoba się zgodzi, organizację dla niej wsparcia behawioralnego w celu zaprzestania palenia podczas obecnej wizyty ambulatoryjnej lub pobytu w szpitalu.• W przypadku osób korzystających z usług placówki specjalistycznej, personel przeszkolony w zakresie wsparcia behawioralnego w celu zaprzestania palenia powinien zaoferować i zapewnić wsparcie. Inny personel medyczny powinien zaproponować i, jeśli zostanie zaakceptowany, zorganizować skierowanie do lokalnego wsparcia w zakresie rzucania palenia.• Należy omówić aktualne i przeszłe zachowania związane z paleniem tytoniu oraz opracowanie osobistego planu rzucenia palenia w ramach przeglądu zdrowia i samopoczucia osoby.• Należy dostarczyć informacje o różnych rodzajach opcji zaprzestania palenia i sposobach ich wykorzystania.• Należy dostarczyć informacje o dostępnych rodzajach wsparcia behawioralnego w celu zaprzestania palenia.• Należy zaoferować i zorganizować lub dostarczyć recepty na leki wspomagające rzucanie palenia.• Należy zaproponować palaczom pomiar poziomu wydychanego tlenku węgla podczas każdego kontaktu i wykorzystać te pomiary, aby zmotywować ich do rzucenia palenia i zapewnić informacje zwrotne na temat ich postępów.• Należy powiadomić innych dostawców usług medycznych i osoby przepisujące leki o zmianach w zachowaniach związanych z paleniem, ponieważ dawki innych leków mogą wymagać dostosowania.• Dla osób palących, które są przyjmowane do placówki specjalistycznej, należy również:<ul style="list-style-type: none">○ zapewnić natychmiastową pomoc, a w pozostałych przypadkach w ciągu 24 godzin od przyjęcia,○ zapewnić wsparcie (na miejscu) tak często i tak długo, jak jest to potrzebne,○ zaproponować cotygodniowe sesje, najlepiej twarzą w twarz, przez co najmniej 4 tygodnie po wypisie. Jeśli nie jest możliwe zapewnienie tego wsparcia po wypisie ze szpitala, należy zorganizować skierowanie do lokalnego wsparcia w zakresie rzucania palenia.• W przypadku akceptacji farmakoterapii zaprzestania palenia należy upewnić się, że jest ona wprowadzona niezwłocznie.• Należy doradzić osobom, aby usunęły plastry nikotynowej terapii zastępczej na 24 godziny przed mikronaczyniowymi operacjami rekonstrukcyjnymi
--	---

	<p>i zabiegami z zastosowaniem iniekcji wazopresyny.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kiedy pacjenci są wypisywani ze szpitala, należy upewnić się, że mają wystarczającą ilość farmakoterapii do zaprzestania palenia, która wystarczy na co najmniej 1 tydzień lub do następnej planowanej wizyty w placówce.• Należy poinformować pacjentów o lokalnych politykach dotyczących używania e-papierosów zawierających nikotynę w pomieszczeniach i na zewnątrz.• Dla osób, które potrzebują czasowej abstynencji, należy:<ul style="list-style-type: none">○ poinformować ich o różnych rodzajach produktach zawierających nikotynę oraz o sposobie ich stosowania,○ zachęcać do korzystania z dostępnej farmakoterapii.• Należy zapewnić wsparcie behawioralne obok medycznie licencjonowanych produktów zawierających nikotynę w celu utrzymania abstynencji od palenia podczas pobytu w opiece specjalistycznej.• Należy oferować wsparcie behawioralne osobom, które chcą lub muszą czasowo powstrzymać się od palenia we wszystkich środowiskach, w tym np. w instytucjach zamkniętych. Wsparcie może obejmować:<ul style="list-style-type: none">○ sesje indywidualne lub grupowe prowadzone przez specjalistów,○ omówienie, dlaczego ważne jest zmniejszenie szkodliwości palenia (zarówno dla innych, jak i dla siebie),○ zachęcanie ludzi do rozważenia na jakim etapie życia lub w jakich okolicznościach mogliby rzucić palenie.• Należy monitorować stosowanie przepisywanych leków wspomagających rzucanie palenia pod kątem skuteczności i wystąpienia działań niepożądanych. Należy dostosować dawkowanie w razie potrzeby. Leki, na które wpływ ma palenie to: klozapina, olanzapina, teofilina i warfaryna. Należy zapoznać się ze szczegółowymi informacjami dotyczącymi poszczególnych leków.• Należy porozmawiać z osobami korzystającymi z opieki społecznej i ich opiekunami, że możliwe będzie zmniejszenie dawki niektórych przepisanych leków w momencie zaprzestania palenia. Należy poradzić im również, aby zasięgnęli porady lekarza, jeśli zauważyli jakiegokolwiek efekty uboczne wynikające ze zmiany nasilenia palenia.• Należy zapewnić, że apteki szpitalne posiadają w swoim magazynie produkty dopuszczone do obrotu medycznego.• Należy zapewnić osobom korzystającym z opieki specjalistycznej stałego dostępu do farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia.• Należy doradzić wszystkim palącym pracownikom, aby porzucili nałóg oraz zapewnić systemy dla tych pracowników w celu otrzymania porady i wskazówek, jak przestać palić za jednym zamachem.• Należy zachęcić pracowników do korzystania ze wsparcia w rzucaniu palenia oraz w razie potrzeby podać dane kontaktowe do poradni zajmującej się leczeniem uzależnienia od tytoniu.• Rekomendacje dla pracowników ochrony zdrowia i instytucji zamkniętych (w tym szkół), którzy nie chcą lub nie są gotowi, aby rzucić palenie za jednym zamachem:<ul style="list-style-type: none">○ należy zapytać ich, czy rozważyliby zastosowanie farmakoterapii (NTZ) z uwzględnieniem redukcji szkód,○ należy zaoferować i zapewnić wsparcie behawioralne, które pomoże im powstrzymać się od palenia w godzinach pracy.• Należy wspierać osoby, które nie chcą lub nie są gotowe do rzucenia palenia za jednym zamachem, aby zmniejszyć szkodliwość palenia, poprzez:
--	---

	<ul style="list-style-type: none">○ podkreślanie, że rzucenie palenia za jednym zamachem jest najlepszym podejściem,○ wskazanie możliwości zastosowania ograniczenia palenia/redukcji szkód,○ informowanie, które metody rzucania palenia mogą być najbardziej odpowiednie, w oparciu o zachowania danej osoby związane z paleniem, poprzednie próby rzucenia palenia oraz jej sytuację zdrowotną i społeczną – potrzebne jest krótkie omówienie zalet każdego ze sposobów, aby pomóc im w dokonaniu wyboru.● Rekomendowane jest zapewnienie osoby palącej, że produkty zawierające nikotynę, dopuszczone do obrotu w medycynie, są bezpiecznym i skutecznym sposobem na zmniejszenie liczby wypalanych papierosów lub na ograniczenie ich ilości przed całkowitym zaprzestaniem palenia. Wobec tego należy:<ul style="list-style-type: none">○ informować, że produkty te mogą być stosowane jako całkowity lub częściowy substytut tytoniu, zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej,○ wyjaśnić, że stosowanie tych produktów pomaga również uniknąć palenia kompensacyjnego i zwiększa szansę na zaprzestanie palenia w dłuższym okresie czasu,○ zapewnić, że lepiej jest stosować te produkty i zmniejszyć nasilenie palenia niż kontynuować palenie na obecnym poziomie.● Należy doradzać, że licencjonowane przez medycynę produkty zawierające nikotynę mogą być stosowane tak długo, jak długo pomagają powstrzymać ich przed powrotem do poprzednich poziomów palenia● Jeśli to możliwe, należy dostarczać lub przepisywać produkty zawierające nikotynę. W przeciwnym razie należy zachęcać uzależnionych, aby poprosili o nie swojego lekarza pierwszego kontaktu lub farmaceutę, albo powiedzieć im, gdzie mogą kupić te produkty samodzielnie.● Jeśli potrzebne jest bardziej intensywne wsparcie, należy skierować pacjentów do pomocy w rzuceniu palenia.● Należy wykorzystać zebrane informacje o zachowaniach związanych z paleniem, poprzez:<ul style="list-style-type: none">○ zwiększenie odstępu czasowego między papierosami,○ opóźnianie pierwszego papierosa w ciągu dnia,○ wybieranie okresów w ciągu dnia lub konkretnych sytuacji, w których nie będą palić.● Należy pomóc osobom, które ograniczają palenie przed jego rzuceniem, aby ustaliły konkretną datę rzucenia. Zwykle data ta powinna przypadać w ciągu 6 tygodni od rozpoczęcia wsparcia behawioralnego, choć im wcześniej, tym lepiej.● Należy pomóc osobom, które dążą do zmniejszenia liczby wypalanych papierosów (ale nie zamierzają przestać), aby ustaliły datę, kiedy osiągną swój cel. Należy pomóc im opracować harmonogram działań w tym zakresie lub określić konkretne sytuacje, w których nie będą palić.● Należy powiedzieć osobom, które nie są gotowe rzucić palenia, że korzyści dla zdrowia wynikające z ograniczenia ilości wypalanych papierosów są niejasne. Należy jednak doradzić im, że jeśli ograniczą palenie teraz, istnieje większe prawdopodobieństwo, że rzucają palenie w przyszłości. Należy wyjaśnić, że jest to szczególnie prawdopodobne, jeśli stosują farmakoterapię zawierającą nikotynę.● W razie potrzeby należy doradzić, jak skutecznie stosować licencjonowane przez medycynę produkty zawierające nikotynę.● Należy zapewnić materiały samopomocowe w różnych formatach i językach, dostosowanych do potrzeb grup, w których palenie jest powszechne i wiele osób jest uzależnionych od tytoniu.● Materiały samopomocowe dla osób palących powinny zawierać porady dotyczące obszarów objętych sekcją dotyczącą wyboru podejścia do redukcji
--	---

	<p>szkód, a także szczegóły dotyczące tego, gdzie można znaleźć więcej pomocy i wsparcia. Należy wykorzystać strony internetowe mediów społecznościowych do rozpowszechniania materiałów samopomocowych.</p> <ul style="list-style-type: none">• Należy dostarczyć konsumentom jasnych, dokładnych informacji na temat ryzyka dla zdrowia związanego z każdym produktem medycznym zawierającym nikotynę w porównaniu z kontynuowaniem palenia i niepaleniem. Należy także uwzględnić szczegóły dotyczące długotrwałego stosowania.• Należy zapewnić proste i jasne instrukcje dotyczące stosowania produktów zawierających nikotynę w celu wsparcia podejścia polegającego na ograniczaniu szkód (z uwzględnieniem tej instrukcji na opakowaniu/ulotce). <p><u>Wsparcie w zaprzestaniu używania tytoniu bezdymnego</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy zapytać ludzi, czy używają bezdymnego tytoniu, stosując nazw, pod którymi różne produkty są znane lokalnie. Jeśli to konieczne, należy użyć pomocy wizualnych, aby pokazać im, jak wyglądają te produkty.• Jeśli ktoś używa tytoniu bezdymnego, upewnij się, że jest świadomy zagrożeń dla zdrowia (na przykład ryzyka chorób układu krążenia, raka jamy ustnej i chorób przyzębia). Powinno się zastosować krótką interwencję, aby doradzić im zaprzestanie palenia.• Powinno się kierować osoby używające tytoniu bezdymnego, które chcą rzucić palenie, do lokalnych specjalistycznych instytucji zajmujących się rzucaniem palenia.• Należy zapisać w swoich notatkach reakcję osoby na wszelkie próby zachęcenia lub pomocy w zaprzestaniu używania bezdymnego tytoniu (jak również zapisać czy dana osoba pali).• W odniesieniu do bezdymnych wyrobów tytoniowych należy używać nazw miejscowych.• Należy udzielić porad dotyczących rzucenia palenia osobom używającym tytoniu bezdymnego.• Jeśli to możliwe, należy sprawdzić powodzenie próby za pomocą testu kotyninowego (badanie śliny). Należy monitorować pacjenta pod kątem ewentualnego wzrostu palenia tytoniu lub używania orzechów areca.• Należy wskazać, jak radzić sobie z potencjalnymi negatywnymi skutkami odstawienia tytoniu bezdymnego.• Należy sprawdzić czy osoby używające tytoń bezdymny palą również tytoń tradycyjny, a jeśli tak jest, należy zapewnić pomoc w rzuceniu obu rodzajów.• Podczas zbierania i analizowania informacji na temat tytoniu bezdymnego należy używać spójnej terminologii do opisywania produktów. Zwróć uwagę na wszelkie lokalne różnice w terminologii stosowanej przez sprzedawców i konsumentów. <p><u>Przestrzeżenie zaleceń i zapobieganie nawrotom</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy omówić sposoby zapobiegania nawrotowi palenia. Może to obejmować rozmowę o strategiach radzenia sobie i praktycznych sposobach zapobiegania nawrotowi palenia. Należy zrobić to na wczesnym etapie i przy każdej wizycie.• Należy zaoferować możliwość dalszego leczenia wareniklina, NTZ lub bupropionem, aby zapobiec nawrotowi palenia.• Jeśli osoby, które postawiły sobie za cel zmniejszenie ilości palenia lub czasowe zaprzestanie palenia oraz odniosły sukces – należy ocenić, jak bardzo są zmotywowane do działania:<ul style="list-style-type: none">○ utrzymać ten poziom,○ jeszcze bardziej ograniczyć liczbę wypalanych papierosów,
--	---

	<ul style="list-style-type: none">○ zaprzestać całkowicie.• Należy w odpowiednich odstępach czasu zmierzyć oddech osoby na obecność tlenku węgla, aby ocenić jej postępy i pomóc jej zmotywować się do rzucenia palenia. Należy zapytać czy codzienne czynności, np. wchodzenie po schodach lub chodzenie pod górę, stały się łatwiejsze. Zaleca się wykorzystanie tej informacji zwrotnej do dyskusji na temat korzyści płynących z ograniczenia palenia i, jeśli to stosowne, zachęcić do jeszcze większego ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia.• Należy oferować w razie potrzeby produkty medyczne zawierające nikotynę na licencji medycznej, aby pomóc w zapobieganiu nawrotom nałogu.• Dla osób próbujących rzucić palenie i tych, które podjęły redukcję szkód, należy proponować wizyty kontrolne i przegląd dotychczas zastosowanych metod.• Należy zachęcać osoby, które nie osiągnęły swoich celów związanych z rzuceniem palenia lub redukcją szkód, aby spróbowały ponownie. Należy przypomnieć im, że dostępne są różne interwencje oraz przedyskutować, którą opcję zastosować w następnej kolejności. <p><u>Kobiety w ciąży</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy identyfikować kobiety w ciąży, które palą i kierować je do pomocy w rzuceniu palenia. W tym celu:<ul style="list-style-type: none">○ należy zapewnić rutynowe badania tlenku węgla podczas wszystkich wizyt przedporodowych w celu oceny narażenia kobiety ciężarnej na dym tytoniowy,○ należy zapewnić skierowanie opt-out do otrzymania wsparcia w zakresie rzucania palenia dla wszystkich kobiet w ciąży, które:<ul style="list-style-type: none">▪ twierdzą, że palą lub przestały palić w ciąży ostatnich 2 tygodni,▪ mają odczyt tlenku węgla na poziomie 4 ppm lub wyższy,▪ nie skorzystały jeszcze z pomocy w rzuceniu palenia.○ należy wyjaśnić kobiecie:<ul style="list-style-type: none">▪ że normalną praktyką jest kierowanie do wsparcia wszystkich kobiet w ciąży, które palą lub niedawno rzuciły palenie,▪ że test na tlenek węgla umożliwi jej wgląd w fizyczną miarę jej palenia i zagrożenia dla innych osób,▪ co oznacza wynik odczytu tlenku węgla, biorąc pod uwagę czas od ostatniego palenia oraz liczbę wypalonych papierosów (i kiedy) w dniu badania.○ jeśli kobieta w ciąży nie pali, ale poziom tlenku węgla wynosi 3 ppm lub więcej, należy pomóc jej zidentyfikować źródło tej anomalii i je zredukować,○ jeśli kobieta w ciąży ma wysoki odczyt tlenku węgla (ponad 10 ppm), ale oświadcza, że nie pali:<ul style="list-style-type: none">▪ należy poinformować ją o możliwym zatruciu tlenkiem węgla ,▪ należy poprosić ją o kontakt z alarmową linią pogotowia gazowego w celu uzyskania porady dotyczącej bezpieczeństwa instalacji,▪ należy zwrócić uwagę na wszelkie dalsze pytania dotyczące palenia w sposób delikatny, aby zachęcić do szczerzej dyskusji.○ należy zapisać poziom tlenku węgla i wszelkie informacje zwrotne w dokumentacji przedporodowej kobiety ciężarnej.• W ramach obserwacji kobiet w ciąży, które zostały skierowane do pomocy w rzuceniu palenia, należy:
--	---

	<ul style="list-style-type: none">○ omówić to uzależnienie oraz problemy, z którymi się borykają, stosując bezstronne, skoncentrowane na osobie podejście.,○ zaprosić je do skorzystania z poradnictwa – jeśli to konieczne (i są na to środki), należy przeprowadzić co najmniej 3 porady przy użyciu różnych metod (należy poinformować położną dokonującą rezerwacji sesji o wynikach).○ dostarczyć informacji na temat ryzyka zdrowotnego palenia dla nienarodzonego dziecka oraz korzyści wynikających z jego zaprzestania, zarówno dla matki jak i dziecka,○ rozpocząć działania minimalizujące czynniki, które uniemożliwiają kobietom w ciąży korzystanie z pomocy w rzuceniu palenia, np.:<ul style="list-style-type: none">▪ brak wiary we własne możliwości,▪ brak wiedzy na temat oferowanych usług oraz trudności z dostępem do nich,▪ brak odpowiedniej opieki nad dziećmi,▪ lęk przed porażką i obawy przed stygmatyzacją.○ rozwiązywać wszelkie obawy kobiet w ciąży, ich partnerów lub rodziny dotyczących rzucenia palenia oraz oferowanie zindywidualizowanych informacji, porad i wsparcia w tym zakresie,○ wysłać informacje na temat palenia i ciąży do kobiet, które zrezygnowały podczas pierwszej rozmowy telefonicznej – powinny one zawierać szczegóły dotyczące tego, jak uzyskać pomoc w rzuceniu palenia w późniejszym czasie.● Należy zapewnić kobiecie w ciąży intensywne i stałe wsparcie przez cały okres ciąży i po jej zakończeniu. Obejmuje to regularne monitorowanie jej statusu palenia za pomocą testów na obecność tlenku węgla. Pomiary tlenku węgla należy wykorzystywać jako zachętę do rzucenia palenia oraz jako sposób na dostarczenie pozytywnej informacji zwrotnej po podjęciu próby rzucenia palenia.● Należy biochemicznie potwierdzić, że kobieta ciężarna rzuciła palenie w wyznaczonym przez siebie dniu i 4 tygodnie po nim. Jeśli to możliwe, należy użyć testów kotyniny z moczu lub śliny, ponieważ są one bardziej dokładne niż testy tlenku węgla.● Podczas wykonywania badań należy sprawdzić, czy kobieta w ciąży stosuje NTZ, ponieważ może ona podnieść poziom kotyniny. Należy wziąć pod uwagę, że żaden pomiar nie może być w 100% dokładny. Niektóre osoby mogą palić tak rzadko – lub wdychać tak mało – że nie można wiarygodnie odróżnić ich użytkowania od biernego palenia.● Jeśli ciężarna rzuciła palenie w ciągu 2 tygodni przed wizytą w gabinecie położniczym, należy kontynuować wsparcie zgodnie z powyższymi zaleceniami.● Należy rozważyć NTZ obok wsparcia behawioralnego, aby pomóc kobietom w ciąży w zaprzestaniu palenia.● Należy rozważyć kontynuowanie podawania NTZ po ciąży, jeśli kobieta potrzebuje ich, aby zapobiec nawrotom nałogu.● Należy przekazać kobietom w ciąży jasne i spójne informacje na temat NTZ. W tym celu należy wyjaśnić:<ul style="list-style-type: none">○ jak prawidłowo stosować NTZ, w tym jak uzyskać wystarczająco dużą dawkę nikotyny, aby kontrolować głód, zapobiegać paleniu kompensacyjnemu i skutecznie rzucić palenie,○ kobietom w ciąży, które stosują plastry nikotynowe, aby zdjęły je przed pójściem spać,○ że większość problemów zdrowotnych związanych z paleniem jest spowodowana innymi składnikami dymu tytoniowego, a nie nikotyną,○ że wszelkie ryzyko związane z używaniem NTZ jest znacznie mniejsze niż ryzyko związane z paleniem papierosów.
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Nie należy proponować warenikliny ani bupropionu kobietom w ciąży lub karmiącym piersią.• Oprócz NTZ i wsparcia behawioralnego, należy zaoferować zachęty w postaci kuponów, aby wspierać kobiety w ciąży w rzucaniu palenia, w następujący sposób:<ul style="list-style-type: none">○ należy skierować kobiety do programu motywacyjnego, podczas pierwszej wizyty w gabinecie położniczym lub przy najbliższej możliwej okazji,○ należy przyznawać kupony jedynie w przypadku uzyskania abstynencji i wtedy gdy zostanie potwierdzona metodami biochemicznymi, jak badanie na obecność tlenu węgla z odczytem poniżej 4 ppm,○ należy rozłożyć zachęty w taki sposób aby pokrywały cały okres ciąży (wykazano skuteczność zachęt o łącznej wartości około 400 funtów),○ nie należy wykluczać kobiet, u których nastąpił nawrót choroby lub ciąża zakończyła się przedwcześnie, z dalszego uczestnictwa w programie i ponownego podjęcia prób uwolnienia się od nałogu,○ należy upewnić się, że bony nie zostaną wykorzystane na zakup produktów, które mogą być szkodliwe dla trwającej ciąży (na przykład alkoholu i papierosów),○ należy rozważyć przekazanie bonów motywacyjnych zarówno kobiecie w ciąży oraz wybranemu przez nią przyjacielowi lub członkowi rodziny, który będzie ją wspierał w dążeniu do porzucenia palenia,○ należy zapewnić szkolenia dla personelu w zakresie promowania i realizacji programów zachęcających kobiety w ciąży do zaprzestania palenia.• Należy zaoferować palącym partnerom kobiet ciężarnych, pomoc w zaprzestaniu palenia. Rekomendowane jest zastosowanie interwencji, która obejmuje 3 lub więcej działań i wiele sesji. Należy omówić z tymi partnerami, które opcje należy zastosować – i w jakiej kolejności, biorąc pod uwagę:<ul style="list-style-type: none">○ ich preferencje,○ przeciwwskazania i ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w wyniku stosowania farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia,○ prawdopodobieństwo, że będą przestrzegać opracowany plan leczenia,○ ich wcześniejsze próby rzucania palenia (nie faworyzować jednego sposobu leczenia nad drugim; wspólnie wybrać ten, który wydaje się mieć największe szanse powodzenia). <p><u>Polityka antynikotynowa</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Należy opracować politykę dotyczącą tworzenia miejsc wolnych od dymu tytoniowego. Polityka ta powinna być zorientowana na:<ul style="list-style-type: none">○ wyznaczeniu jasnych ram czasowych dla ustanowienia lub przywrócenia terenów wolnych od dymu tytoniowego,○ określeniu ról i obowiązków personelu,○ zakazaniu personelowi nadzorowania lub promowania przerw na palenie,○ określeniu zasobów niezbędnych do wspierania polityki antynikotynowej,○ zakazywaniu sprzedaży wyrobów tytoniowych,○ podleganiu okresowym przeglądom i aktualizacjom, zgodnie z wszystkimi innymi politykami organizacyjnymi.• Należy upewnić się, że plany wdrażania zakazu palenia obejmują:
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ wsparcie dla pracowników i osób korzystających z usług opieki specjalistycznej w celu całkowitego lub czasowego zaprzestania palenia,○ szkolenia dla pracowników,○ usuwanie palarni oraz innych wyznaczonych miejsc do palenia,○ umowy z pracownikami, wykonawcami i wolontariuszami, które nie zezwalają na palenie w godzinach pracy,○ współpracę pracowników opieki specjalistycznej z osobami korzystającymi z usług zdrowotnych i ich opiekunami, aby chronić ich przed dymem tytoniowym podczas wizyt,○ pomoc w przestrzeganiu i natychmiastowym rozwiązywaniu wszelkich naruszeń polityki antynikotynowej, w tym procesu zgłaszania incydentów przez pracowników,○ wspieranie pracowników w zachęcaniu innych do przestrzegania zakazu palenia,○ współpracę z osobami korzystającymi z usług, opiekunami, odwiedzającymi i personelem w celu przezwyciężenia wszelkich problemów, które mogą wynikać z ograniczeń palenia.● Należy upewnić się, że wszyscy pracownicy są świadomi polityki antynikotynowej i jej przestrzegają.● Należy opracować, dostarczać i utrzymywać strategię informacyjną dotyczącą wymogów lokalnej polityki antynikotynowej. Może to obejmować biuletyny, broszury, plakaty i oznakowanie. Należy uwzględnić zapewnienie informacji dla osób korzystających z usług opieki specjalistycznej, ich rodziców lub opiekunów, personelu medycznego i gości oraz szerszej populacji lokalnej. Należy również uwzględnić:<ul style="list-style-type: none">○ jasne, spójne komunikaty o potrzebie utrzymywania budynków w stanie wolnym od dymu tytoniowego,○ pozytywne informacje dotyczące korzyści zdrowotnych płynących z otoczenia wolnego od dymu tytoniowego,○ fakt, że pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej mają obowiązek zapewnić bezpieczne, zdrowe środowisko dla pracowników i osób, które korzystają z ich usług,○ informacje o pomocy w rzuceniu palenia i sposobie dostępu do usług, w tym do pomocy w tymczasowym rzuceniu palenia, dla personelu i pacjentów,○ fakt, że personelowi nie wolno palić w godzinach pracy.● Należy włączyć zarządzanie paleniem do planu opieki nad osobami, które korzystają z tytoniu w instytucjach zamkniętych.● Należy opracować politykę zapewniającą skuteczne interwencje w zakresie rzucania palenia i promowania go w więzieniach, placówkach wojskowych i ośrodkach opieki długoterminowej.● Należy wyraźnie zaznaczyć w lokalnej strategii antynikotynowej, że osoby pracujące w opiece specjalistycznej powinny:<ul style="list-style-type: none">○ przekazywać kluczowe informacje na temat szkodliwości palenia tytoniu wszystkim osobom korzystającym z usług,○ opracować politykę wsparcia pacjentów w rzuceniu palenia ,○ zidentyfikować osoby, które chcą rzucić palenie i w razie potrzeby skierować je do specjalisty ds. rzucania palenia,○ wdrożyć kompleksową politykę antynikotynową, która obejmuje cały teren zakładu.● Zaleca się opracowanie lokalnej ścieżki opieki nad osobami rzucającymi palenie i procedurę ich kierowania do dalszych ośrodków, aby zapewnić ciągłość
--	--

	<p>opieki między opieką podstawową, środowiskową i specjalistyczną.</p> <ul style="list-style-type: none">• Towarzystwo rekomenduje nadanie priorytetu grupom o wysokim ryzyku wystąpienia szkód związanych z paleniem tytoniu. Mogą one obejmować:<ul style="list-style-type: none">○ osoby z zaburzeniami psychicznymi,○ osoby nadużywające substancji psychoaktywnych,○ osoby z chorobami spowodowanymi lub pogorszonymi przez palenie,○ osoby z chorobą tytoniozależną,○ populacje o wysokiej zachorowalności na choroby odytoniowe lub o szczególnie wysokiej podatności na szkody z nimi związane,○ społeczności lub grupy o szczególnie wysokiej częstotliwości palenia,○ osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym,○ kobiety w ciąży.• Zaoferowanie wsparcia pracodawcom, którzy chcą pomóc swoim pracownikom w rzuceniu palenia.• Należy zapewnić specyfikację usług aby:<ul style="list-style-type: none">○ wszyscy pracownicy zostali przeszkoleni w zakresie udzielania porad dotyczących rzucania palenia i powinni zostać skierowani do wsparcia behawioralnego,○ odpowiedni personel podejmował działania nacelowane na rozwój zawodowy w zakresie tego, jak zapewnić wsparcie behawioralne pracownikom w zakresie zaprzestania palenia.• Należy monitorować wdrażanie zaleceń do opieki specjalistycznej, poprzez rejestrowanie:<ul style="list-style-type: none">○ indywidualnego statusu palenia (w tym dla kobiet w ciąży w momencie porodu),○ liczby skierowań,○ liczby podjętych interwencji,○ przepisywanych farmakoterapii wspomagających rzucanie palenia,○ 4-tygodniowych wskaźników rzucania palenia,○ szkoleń pracowników.• Należy zapewnić pracownikom opieki specjalistycznej wystarczające zasoby do utrzymania polityki wolnej od dymu tytoniowego.• Należy zapewnić, że ścieżki w placówkach opieki specjalistycznej obejmują:<ul style="list-style-type: none">○ identyfikację osób palących,○ udzielanie porad dotyczących prawdopodobnych powikłań związanych z paleniem,○ udzielanie porad w zakresie rzucania palenia,
--	--

	<ul style="list-style-type: none">○ proaktywne kierowanie osób do pomocy w rzuceniu palenia.● Dyrektorzy i kierownicy placówek opieki wtórnej, decydujący się prowadzić wsparcie w zakresie rzucania palenia, powinni wyznaczyć dyrektora klinicznego lub medycznego w zakresie realizacji wsparcia rzucania palenia dla osób korzystających lub pracujących w placówkach opieki zdrowotnej. Oprócz wskazanych wyżej zadań, wyznaczony lider powinien dołożyć wszelkich starań aby:<ul style="list-style-type: none">○ organizacja posiada roczny program poprawy wsparcia w zakresie rzucania palenia (dla pacjentów i pracowników),○ zapewnić promowanie i skuteczne komunikowanie wsparcia w zakresie rzucania palenia (dla pacjentów i personelu),○ jakość wsparcia w zakresie rzucania palenia stale się poprawiała,○ każdy pracownik prowadził monitorowanie efektywności wsparcia, oraz powinni mieć oni także wgląd w efekty wprowadzonych usprawnień.● Należy zapewnić istnienie systemów konsekwentnego rejestrowania i utrzymywania zapisów dotyczących statusu palenia. Wszystkie rejestry pacjentów powinny:<ul style="list-style-type: none">○ stanowić zachętę do działania (w tym skierowania do pomocy w rzuceniu palenia),○ być przechowywane dla łatwego dostępu i audytu.● Należy upewnić się, że istnieje solidny system (najlepiej elektroniczny) wspierający ciągłość opieki.● Należy ustalić cele dla usług związanych z rzucaniem palenia, w tym liczbę osób korzystających z tych usług i odsetek osób, które z powodzeniem rzuciły palenie. Cele wydajności powinny obejmować:<ul style="list-style-type: none">○ leczenie co najmniej 5% szacowanej populacji lokalnej, która pali w danym roku,○ osiągnięcie wskaźnika zaprzestania palenia na poziomie co najmniej 35% w 4-tym tygodniu, na podstawie wszystkich osób rozpoczynających leczenie i definiujących sukces jako niepalenie (potwierdzone monitorowaniem tlenu w wydychanym powietrzu) w czwartym tygodniu od daty rzucenia palenia.● Powinno się sprawdzać deklarowaną przez pacjenta abstynencję od palenia za pomocą testu na obecność tlenu węgla. Sukces definiowany jako uzyskanie mniej niż 10 części na milion (ppm) tlenu węgla w wydychanym powietrzu w czasie 4 tygodni po rzuceniu palenia. Nie oznacza to jednak, że leczenie należy przerwać po 4 tygodniach.● Należy rutynowo i niezależnie monitorować dane dotyczące wydajności usług związanych z rzucaniem palenia. Powinno się udostępniać te wyniki do wiadomości publicznej.● W ramach monitorowania wsparcia w rzucaniu palenia, można określić:<ul style="list-style-type: none">○ liczbę osób korzystających z usług (dla porównania z liczbą osób korzystających z usług przed zaoferowaniem interwencji),○ klasyfikację stosowanych podejść do ograniczania szkód,○ charakterystykę osób korzystających z usług (np. dane demograficzne, używanie papierosów, poziom uzależnienia i wcześniejsze próby zaprzestania palenia),○ rodzaj i ilość produktów zawierających nikotynę, wydawanych lub przepisywanych na lub bez recepty,○ liczbę osób, które wyznaczyły datę całkowitego zaprzestania palenia.
--	---

	<p><u>Szkolenia w zakresie leczenia uzależnieniu od tytoniu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego POZ w zakresie udzielania krótkich porad na temat rzucania palenia. Należy również przeszkolić personel nt. wystawiania skierowań do instytucji specjalistycznych, jeśli zajdzie taka potrzeba. • Towarzystwo rekomenduje zapewnienie dodatkowych, specjalistycznych szkoleń w zakresie udzielania wsparcia w rzucaniu palenia dla osób pracujących ze specyficznymi grupami, na przykład osobami z zaburzeniami psychicznymi i palącymi kobietami w ciąży. • Należy zachęcać i szkolić personel, aby pytał pacjentów o palenie i doradzał im o zagrożeniach związanych z narażeniem na bierne palenie. • Należy zapewnić, że personel pracujący w instytucjach zamkniętych zdaje sobie sprawę z tego, że niektórzy ludzie postrzegają palenie jako integralną część swojego życia. Personel powinien również rozpoznawać problemy wynikające ze zmuszania do rzucenia palenia. • Personel medyczny powinien umieć zapewnić wsparcie potrzebne w danej sytuacji. Obejmuje to przepisywanie lub dostarczanie produktów zawierających nikotynę. • Personel powinien rozumieć, że jeśli ktoś zmniejszy ilość palenia lub całkowicie przestanie, może mieć to wpływ na inne przyjmowane leki. • Wszystkie położne powinny zostać przeszkolone w zakresie oceny i rejestrowania statusu osób palących oraz ich gotowości do rzucenia palenia. Powinny one również: <ul style="list-style-type: none"> ○ wiedzieć o zagrożeniach dla zdrowia i korzyściach wynikających z rzucenia palenia, ○ zrozumieć, dlaczego trudno jest przestać palić, ○ wiedzieć o sposobach leczenia, które mogą pomóc w rzuceniu palenia, w tym o nikotynowej terapii zastępczej, ○ wiedzieć, jak skierować osoby palące do lokalnych ośrodków zajmujących się tą problematyką. • Oprócz położnych, do personelu odpowiedzialnego za wsparcie w rzucaniu palenia u kobiet ciężarnych są: lekarze rodzinni, pielęgniarki, pielęgniarki środowiskowe i rodzinne, ginekolodzy, pediatrzy, osoby pracujące w klinikach leczenia niepłodności, placówkach stomatologicznych i aptekach środowiskowych oraz osoby pracujące w służbach zajmujących się młodzieżą i ciążą u nastolatków, ośrodkach dla dzieci, opiece społecznej oraz organizacjach zewnętrznych. • Położne i wyspecjalizowani doradcy ds. zaprzestania palenia, którzy pracują z kobietami w ciąży, powinni: <ul style="list-style-type: none"> ○ wiedzieć, jak zadawać im pytania w sposób, który zachęca ich do otwartości w kwestii palenia, ○ zawsze zalecać rzucanie palenia, a nie ograniczanie, ○ przejść akredytowane szkolenie w zakresie obsługi urzędzeń do monitorowania tlenu węgla.
Community Behavioral Health – CBH 2022¹³⁰	<p>Metodologia: konsensus ekspertów na podstawie rekomendacji innych towarzystw naukowych.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkim osobom palącym z zaburzeniami behawioralnymi należy zaproponować leczenie odwykowe. Ponieważ osoby cierpiące na zaburzenia

¹³⁰ Community Behavioral Health (2022). Clinical Guidelines: Treatment of Tobacco Use Disorder. Pozyskano z: https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_TUD-Treatment_2022-08.pdf, dostęp z 30.10.2022

	<p>zdrowia psychicznego mają większe prawdopodobieństwo uzależnienia od tytoniu, zalecane są bardziej intensywne interwencje z uwzględnieniem zwiększenia czasu trwania i liczby sesji terapeutycznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się prowadzenie intensywnych interwencji łączących poradnictwo/wsparcie behawioralne z farmakoterapią. Kombinacja tych dwóch interwencji jest skuteczniejsza niż prowadzenie ich osobno. • Poradnictwo z zakresu rzucania palenia powinno być indywidualnie dopasowane do pacjenta. Poradnictwo może być prowadzone osobiście i przez telefon – indywidualnie lub w grupach. • Poradnictwo i wsparcie behawioralne powinny opierać się na rozwiązywaniu problemów i szkolenie umiejętności oraz podkreślać potrzebę rozwijania wsparcia społecznego. Do opartych na dowodach naukowych ww. metod należą rozmowa motywacyjna i terapia poznawczo-behawioralna. • Farmakoterapia jest skutecznym, opartym na dowodach naukowych sposobem leczenia osób z zaburzeniami behawioralnymi. Farmakoterapia może ułatwić zaprzestanie palenia tytoniu poprzez zmniejszenie objawów odstawienia nikotyny, zmniejszenie efektów pobudzania ośrodka nagrody nikotyną poprzez blokowanie receptorów nikotynowych oraz poprzez zapewnienie alternatywnego źródła nikotyny. Wszystkim osobom korzystającym z wyrobów tytoniowych należy zaoferować zatwierdzone leki pierwszego wyboru, gdy jest to wskazane. • Leczenie uzależnienia od nikotyny powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. • Aby promować powrót do zdrowia i stworzyć bezpieczniejsze i zdrowsze środowisko dla pacjentów, personelu i osób odwiedzających, ośrodki zdrowia psychicznego powinny ustanowić politykę środowiska wolnego od tytoniu, w którym zabronione używanie produktów tytoniowych/papierosów, a uczestnikom oferowane są terapie rzucania palenia.
<p>National Clinical Effectiveness Committee – NCEC 2022¹³¹</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii GRADE.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej powinni pytać pacjentów o zachowania związane z paleniem i je dokumentować (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej powinni uświadaczać osoby palące o szkodliwości palenia oraz o korzyściach z jego rzucenia, wraz z informacją o sposobach uzyskania pomocy w celu próby rzucenia palenia. Należy udokumentować taką rozmowę i jej wynik (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Jeśli ktoś jest zainteresowany rzuceniem palenia, należy omówić jego potrzeby i preferencje dotyczące leczenia. Pracownicy opieki zdrowotnej powinni doradzić, że podjęcie próby rzucenia palenia bez wsparcia jest mniej skuteczne, niż próba rzucenia palenia w połączeniu z rekomendowaną pomocą. Należy udokumentować wynik rozmowy lub stworzyć plan leczenia (silna rekomendacja, wysoka pewność). • W przypadku osób, które są obecnie zainteresowane rzuceniem palenia, wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni zalecać wsparcie behawioralne samo lub w połączeniu z farmakoterapią, co zwiększa szanse na skuteczne rzucenie palenia. Opcje wsparcia behawioralnego to: <ul style="list-style-type: none"> ○ krótka interwencja (silna rekomendacja, wysoka pewność); ○ poradnictwo indywidualne lub grupowe (silna rekomendacja, wysoka pewność); ○ wsparcie telefoniczne (silna rekomendacja, wysoka pewność);

¹³¹ Department of Health (2022). Stop Smoking (NCEC National Clinical Guideline No. 28). Pozyskano z: <https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines>, dostęp z 22.08.2022

	<ul style="list-style-type: none"> ○ wsparcie za pośrednictwem wiadomości tekstowych (silna rekomendacja, wysoka pewność); ○ wsparcie przez Internet (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). • Osobom aktualnie zainteresowanym rzuceniem palenia wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej, jako leczenie pierwszego rzutu, powinni zalecać stosowanie warenikliny (samej lub w połączeniu z NTZ) – w przypadku braku przeciwwskazań dla osób chcących skorzystać ze wsparcia farmakologicznego (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Jeśli wareniklina nie jest odpowiednia, należy zalecić leczenie skojarzone NTZ (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Monoterapia NRT, bupropion (sam lub w połączeniu z NTZ) lub nortryptylina mogą być również zalecane, ale nie jako leczenie pierwszego rzutu (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Zalecane jest rutynowe oferowanie kobietom w ciąży testów oddechowych na obecność tlenku węgla podczas pierwszej wizyty przedporodowej oraz w razie potrzeby podczas kolejnych wizyt, a w razie potrzeby również na kolejnych wizytach. Należy udzielić informacji na temat źródeł tlenku węgla, celu badania i rezygnacji z palenia, z poszanowaniem preferencji kobiet (silna rekomendacja, umiarkowana pewność). • Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni pytać o zachowania związane z paleniem tytoniu przez kobiety w ciąży i dokumentować je oraz upewnić się, że dane te są regularnie aktualizowane w miarę postępu ciąży, przy wypisie i po porodzie (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni edukować kobiety w ciąży, które obecnie palą, w kwestii szkodliwości palenia dla ich samych, ich dzieci i otoczenia oraz korzyści płynących z rzucenia palenia. Należy poinformować takie pacjentki, że istnieje możliwość uzyskać wsparcie w próbie rzucenia palenia. Należy udokumentować rozmowę i jej wynik. Rekomendowane jest rutynowe skierowanie ww. pacjentek do placówek pomagających w rzuceniu palenia, informując jednocześnie o celu skierowania i możliwości rezygnacji, zapewniając szacunek dla preferencji pacjentek (silna rekomendacja, wysoka pewność). • W przypadku, gdy ciężarna pacjentka jest zainteresowana rzuceniem palenia, należy omówić jej potrzeby i preferencje dotyczące leczenia. Należy poinformować pacjentkę, iż podjęcie próby rzucenia palenia bez wsparcia jest mniej efektywne niż skorzystanie z rekomendowanych środków wsparcia. Należy zapisać rezultat rozmowy i zapewnić lub zorganizować leczenie (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni udzielać kobietom ciężarnym i w okresie połogu informacji o ryzyku narażenia na bierne palenie przez kobiety w ciąży i dzieci oraz o tym, jak ograniczyć narażenie na dym tytoniowy w domu (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni zalecać pacjentkom zainteresowanym rzuceniem palenia, że wsparcie behawioralne zwiększa szanse na skuteczne rzucenie palenia (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni zalecać stosowanie NTZ w czasie ciąży i karmienia piersią po omówieniu potencjalnych korzyści i zagrożeń. Zaleca się wspierać pacjentkę w dokonaniu świadomego wyboru dotyczącego planu rzucenia palenia, z poszanowaniem jej preferencji (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). 				
	<p>GRADE klasyfikuje jakość dowodów (ich pewność) w jednym z czterech stopni:</p>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Wysoka</td> <td>Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Umiarkowana</td> <td>Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny.</td> </tr> </table>	Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego.	Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny.
Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego.				
Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny.				

	Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego.
	Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego.
	GRADE klasyfikuje siłę rekomendacji w jednym z trzech stopni:	
	1. Silna rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)	
	2. Słaba rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)	
	3. Warunkowa rekomendacja dla danej interwencji lub dla porównania	
American Academy of Pediatrics – AAP 2021¹³²	Metodologia: konsensus ekspertów.	
	<p>Rekomendacje:</p> <p><u>Populacja dorosłych osób palących</u></p> <ul style="list-style-type: none"> W ramach świadczeń opieki zdrowotnej należy konsekwentnie identyfikować i dokumentować status palenia tytoniu wśród wszystkich pacjentów, jak również należy podejmować każdorazowo działania zmierzające do leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Klinicyści powinni zachęcać każdego pacjenta do korzystania z porad i farmakoterapii, w przypadku gotowości do podjęcia próby rzucenia palenia. Klinicyści powinni przeprowadzać co najmniej minimalną interwencję wśród aktywnych palaczy. Zaleca się klinicystom, aby ramach udzielania poradnictwa antynikotynowego wykorzystywali doradztwo praktyczne (ukierunkowane na rozwiązywanie problemów czy trening umiejętności) oraz wsparcie społeczne. Klinicyści powinni zachęcać pacjentów do zastosowania farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia, z wyjątkiem sytuacji, gdy istnieją jakichkolwiek przeciwwskazania bądź w określonych populacjach, dla których nie ma wystarczających dowodów na skuteczność (np. kobiety w ciąży, młodzież, osoby palące okazjonalnie). Leki zalecane przez towarzystwo obejmują: bupropion, wareniklinę oraz nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) w różnych formach. Ponadto, można rozważyć kombinację stosowania ww. leków. Należy oferować pacjentom poradnictwo antynikotynowe połączone z farmakoterapią, ze względu na większą skuteczność kombinacji tych interwencji. Należy zapewnić pacjentom dostęp do telefonicznej poradni pomocy palącym, przy jednoczesnym promowaniu tego rozwiązania. W przypadku osób, które nie są gotowe bądź nie wyrażają chęci rzucenia palenia, klinicyści powinni przeprowadzić rozmowę motywacyjną. Towarzystwo rekomenduje, aby poradnictwo antynikotynowe oraz dostępna farmakoterapia były objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. <p><u>Młodzież</u></p>	

¹³² American Academy of Pediatrics (2021). Practice Tools to Address Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure. Pozyskano z: <https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/clinical-practice/practice-tools-to-address-tobacco-use-and-secondhand-smoke-exposure/>, dostęp z 31.10.2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie uzależnienia od tytoniu powinno być udzielane młodzieży w sposób dyskretny, w atmosferze zaufania między pacjentem a lekarzem pediatrą. • Lekarze pediatrzy powinni zachęcać młodzież do angażowania rodziców w leczenie uzależnienia, przy jednoczesnym uszanowaniu woli młodych pacjentów, jeśli nie wyrażają na to zgody. • Klinicyści zajmujący się zdrowiem dzieci powinni dążyć do osiągnięcia równego dostępu do ochrony zdrowia, powinni być świadomi wszelkich osobistych uprzedzeń i/lub dysproporcji kulturowych oraz pracować nad zapewnieniem wysokiej jakości opieki, która jest inkluzyjna, sprawiedliwa, wrażliwa kulturowo i dostosowana do wieku. • Lekarze pediatrzy powinni zapewnić wsparcie w zakresie rzucania palenia w swojej praktyce, a także zapewnić dostęp do dodatkowych usług terapeutycznych poza gabinetem.
<p>Centers for Disease Control and Prevention – CDC 2021¹³³</p>	<p>Metodologia: konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poradnictwo behawioralne może odbywać się osobiście (indywidualnie bądź w grupie) lub przez telefon. • Zaleca się korzystanie z wiadomości tekstowych oraz interwencji internetowych w celu wsparcia w rzucaniu palenia. • W ramach farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia kluczową rolę odgrywają: nikotynowa terapia zastępcza, wareniklina i bupropion. • Eksperti podkreślają istotę łączenia poradnictwa behawioralnego z leczeniem farmakologicznym, które może ponad dwukrotnie zwiększyć szansę na rzucenie nałogu. Ponadto w przypadku farmakoterapii, także można rozważyć leczenie skojarzone np. NTZ w plastrach o przedłużonym uwalnianiu z NTZ o krótkim działaniu (np. guma, pastylka do ssania). <p><u>Kobiety w ciąży</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kobiety w ciąży, które palą, powinny być zachęcane do próby rzucenia palenia za pomocą interwencji behawioralnych, takich jak poradnictwo i wsparcie społeczne. • Krótkie poradnictwo może zwiększyć skuteczność rzucania nałogu, ale badania wskazują, że intensywne i dostosowane poradnictwo jest najskuteczniejsze. Poradnictwo może odbywać się osobiście (indywidualnie lub w grupie) lub przez telefon . • Poradnictwo behawioralne może odbywać się osobiście (indywidualnie lub w grupie) lub przez telefon. • Zaleca się korzystanie z wiadomości tekstowych oraz interwencji internetowych w celu wsparcia w rzucaniu palenia. • Organizacja podkreśla, że brak jest wystarczających dowodów na skuteczność leków wspomagających rzucenie palenia u kobiet w ciąży, a stosunek korzyści do szkód jest niejasny. • W indywidualnych przypadkach można rozważyć nikotynową terapię zastępczą i inne leki zatwierdzone przez FDA (bupropion, wareniklina). • Decyzje nt. farmakoterapii u kobiet w ciąży należy podejmować ostrożnie, biorąc pod uwagę konkretne okoliczności i porównując ryzyko związane ze stosowaniem leków z ryzykiem związanym z dalszym paleniem.

¹³³ Centers for Disease Control and Prevention (2021). Clinical Interventions to Treat Tobacco Use and Dependence Among Adults. Pozyskano z: <https://www.cdc.gov/tobacco/patient-care/care-settings/clinical/index.html>, dostęp z: 06.10.2022

	<p><u>E-papierosy a ciąża</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • E-papierosy nie są bezpieczne w trakcie ciąży. • Nikotyna stanowi zagrożenie dla zdrowia kobiet w ciąży i rozwijających się dzieci oraz może uszkodzić mózg i płuca rozwijającego się dziecka. • Obecnie nie ma wystarczających dowodów, aby stwierdzić, czy e-papierosy zwiększają szansę na rzucanie palenia. <p><u>Podejście zespołu medycznego do walki z nałogiem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istotne znaczenie ma integracja opieki lekarskiej z całym zespołem opieki zdrowotnej w prowadzeniu leczenia uzależnienia od tytoniu wśród pacjentów. może mieć znaczenie. • Każdorazowo należy doradzać pacjentom, aby rzucili palenie. • Podczas każdej wizyty należy rozmawiać z pacjentami na temat używania przez nich tytoniu. Nawet krótka porada może wpłynąć na decyzję pacjenta o zaprzestaniu palenia. • Należy informować pacjentów, że rzucenie palenia jest jedną z najważniejszych rzeczy, które mogą zrobić, aby poprawić swoje zdrowie i rokowanie w chorobie, zaś w przypadku kobiet w ciąży – że rzucenie nałogu jest jedną z najważniejszych rzeczy, które mogą zrobić, aby poprawić swoje zdrowie i zdrowie dziecka. • Należy przypominać pacjentom, że nigdy nie jest za późno na rzucenie palenia i że rzucenie palenia jest korzystne w każdym wieku. • Pacjentkom w ciąży należy przypomnieć, że chociaż zaprzestanie palenia w dowolnym momencie ciąży przynosi korzyści zdrowotne, rzucenie palenia na wczesnym etapie ciąży przynosi największe korzyści zarówno matce, jak i dziecku. • W ramach opieki, należy zapewnić pacjentom wsparcie niezależnie od gotowości do rzucenia palenia. W ramach pomocy należy: <ul style="list-style-type: none"> ○ zaoferować połączenie poradnictwa behawioralnego i farmakoterapii, ○ skierować do poradni specjalizującej się w leczeniu uzależnienia od tytoniu. • Personel medyczny powinien regularnie oceniać postępy swoich pacjentów przy jednoczesnym zapewnieniu dodatkowego wsparcia. Należy zwrócić uwagę, że rzucenie palenia może wymagać kilku podejść/prób.
<p>New Zealand Ministry of Health - NZMH 2021¹³⁴</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Każdego pacjenta należy pytać i dokumentować informację o obecnym statusie palenia (Rekomendacja). • W przypadku osób palących bądź tych, które rzuciły niedawno palenie, należy regularnie sprawdzać i aktualizować ich status palenia (przy każdorazowym przyjęciu do szpitala i co najmniej raz w roku w ramach POZ) (Rekomendacja) • Wszystkie placówki opieki zdrowotnej powinny być zaopatrzone w systemy gwarantujące dokładną ocenę, identyfikację i dokumentację statusu palenia wśród wszystkich palących pacjentów (Rekomendacja)

¹³⁴ Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, Wellington, Ministry of Health

	<ul style="list-style-type: none">• Przy każdej okazji wszyscy lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia powinni udzielać krótkich porad o rzuceniu palenia każdemu palącemu pacjentowi (Rekomendacja).• Każdy pracownik ochrony zdrowia powinien zostać przeszkolony w zakresie udzielania krótkich porad/minimalnych interwencji osobom palącym (Sugestia)• Każda osoba udzielająca wsparcia behawioralnego powinna być kompetentna w tym zakresie. W ramach poradnictwa behawioralnego poniżej przedstawiono kwestie, które należy poruszyć z pacjentem:<ul style="list-style-type: none">○ informowanie o dostępnych lekach wspomagających rzucenie palenia,○ oferowanie dodatkowego wsparcia bądź zaproponowanie poradnictwa w innym terminie,○ ocena obecnych i przyszłych zachowań pacjenta związanych z paleniem,○ ocena aktualnej zdolności pacjenta do podjęcia próby rzucenia palenia,○ ocena historii palenia pacjenta,○ przekazanie drukowanych materiałów edukacyjnych,○ przedstawienie informacji na temat objawów odstawienia (Praktyczny punkt).• Leki wspomagające rzucanie palenia o udowodnionej skuteczności (NTZ, buropion, nortryptylina, wardeniklina) powinny być zalecane wszystkim uzależnionym od tytoniu. Dowody w tym zakresie są ograniczone dla kobiet w ciąży i młodzieży w wieku 12-18 lat, więc grupy te powinny na ogół stosować tylko nikotynową terapię zastępczą (NTZ) (Punkt praktyczny).• Pracownicy ochrony zdrowia powinni kierować palaczy, deklarujących chęć rzucenia palenia, do lokalnych bądź telefonicznych poradni pomocy palącym (Punkt praktyczny).• Poradnictwo, bez względu na sposób przekazywania, jest skuteczną metodą wsparcia w zaprzestaniu palenia (Rekomendacja).• Jakiegokolwiek poradnictwo jest zdecydowanie lepsze niż brak udzielonego wsparcia, natomiast poradnictwo o wysokiej intensywności jest lepsze w porównaniu do poradnictwa o niskiej intensywności (Rekomendacja).• Specjaliści zajmujący się osobami uzależnionymi od tytoniu powinni odbyć co najmniej 4 sesje konsultacyjne z pacjentem oraz zapewnić tyle wsparcia, ile będzie wymagała każda osoba indywidualnie (Punkt praktyczny).• Wsparcie za pomocą wiadomości tekstowych jest skuteczną metodą wspomagania rzucających palenie (Rekomendacja).• Można oferować palaczom wsparcie przy wykorzystaniu narzędzi internetowych (Sugestia).• W przypadku braku możliwości udzielenia wsparcia ww. metodami, należy zapewnić pacjentowi materiały samopomocowe (Rekomendacja).• Materiały samopomocowe nie powinny być jedyną formą wsparcia behawioralnego w rzucaniu palenia (Punkt praktyczny).• Mimo braku wystarczających dowodów, aby zalecić jakąkolwiek konkretną interwencję behawioralną zapobiegającą nawrotom, należy oferować stałe poradnictwo osobom, które potrzebują dłuższego wsparcia (Punkt praktyczny).• Należy rutynowo oferować NTZ jako skuteczny lek dla osób, które chcą rzucić palenie (Rekomendacja).
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Połączenie szybko działającego produktu NTZ z plastrami antynikotynowymi może zwiększyć odsetek osób, które zaprzestaną palenia (Rekomendacja).• NTZ można stosować w celu zachęcenia osoby do ograniczenia palenia, zanim spróbuje ona całkowicie zaprzestać palenia (Rekomendacja).• Forma dostarczania NTZ powinna być dopasowana i dostosowana do preferencji pacjenta (Punkt praktyczny).• NTZ powinien być stosowany co najmniej przez 8 tygodni. Po 8 tygodniach należy poinformować pacjenta, że może dalej korzystać z NTZ, jeśli tego potrzebuje (Punkt praktyczny).• Wareniklina może być oferowana jako skuteczny lek dla osób, które zamierzają zerwać z nałogiem palenia (Rekomendacja).• Przed podjęciem decyzji o zastosowaniu warenikliny w ramach leczenia uzależnienia od tytoniu, należy wziąć pod uwagę preferencje pacjenta oraz wykluczyć jakiegokolwiek przeciwwskazania do jej stosowania. Istotnym jest także omówienie z pacjentem możliwości wystąpienia poważnych objawów neuropsychiatrycznych w kontekście korzyści płynących z rzucenia palenia (Punkt praktyczny).• Bupropion jest skutecznym lekiem dla pacjentów, którzy chcieliby rzucić palenie (Rekomendacja).• Decyzję o zastosowaniu bupropionu należy kierować preferencjami danej osoby wraz z przeciwwskazaniami i środkami ostrożności dotyczącymi stosowania. Ponadto należy monitorować osoby stosujące bupropion pod kątem wystąpienia działań niepożądanych (Punkt praktyczny).• Nortryptylina jest skutecznym lekiem dla pacjentów, którzy chcieliby rzucić palenie (Rekomendacja).• Decyzja o zastosowaniu nortryptyliny powinna być podjęta wyłącznie po omówieniu z lekarzem kwestii dotyczących korzyści i szkód wynikających z zastosowania tego leku. Należy monitorować działania niepożądane (Punkt praktyczny).• Farmakoterapia i wsparcie behawioralne powinny być stosowane jednocześnie, aby zapewnić największe szanse na powodzenia terapii (Rekomendacja).• Produkty waporyzacyjne z nikotyną mogą być wykorzystywane do wspierania zaprzestania palenia lub redukcji szkód wyrządzonych przez palenie tytoniu (Rekomendacja).• Produkty waporyzacyjne bez nikotyny mogą być stosowane jako wsparcie w zaprzestaniu palenia (Sugestia).• Każdy personel medyczny powinien krótko doradzać wszystkim palącym kobietom w ciąży, aby rzuciły palenie, a także zaoferować skierowanie do poradni zajmującej się uzależnieniem od tytoniu (Rekomendacja).• W przypadku kobiet, które podczas ciąży nie paliły czynnie ani biernie, zaleca się zaoferować im pomoc w utrzymaniu stylu życia wolnego od dymu tytoniowego także po urodzeniu dziecka (Rekomendacja).• Należy oferować palącej młodzieży interwencje behawioralne ukierunkowane na rzucenie palenia, zwłaszcza w formie prowadzonej grupowo (Sugestia).• Należy zapewnić krótką poradę/minimalną interwencję dotyczącą rzucenia palenia wszystkim hospitalizowanym osobom palącym (Rekomendacja).• Hospitalizowani pacjenci, którzy palą i potrzebują pomocy w zaprzestaniu palenia, powinni zostać skierowani do poradni antynikotynowej w celu zorganizowania intensywnego wsparcia behawioralnego i farmakoterapii. Ci pacjenci powinni być monitorowani przez co najmniej miesiąc po wypisaniu ze szpitala (Sugestia).• Należy doradzać palaczom czekającym na zabieg/operację, aby rzucili palenie. W tym celu należy oferować im intensywne wsparcie behawioralne 4-8 tygodni przed planowanym zabiegiem (Sugestia).
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> Należy zapewnić NTZ hospitalizowanym osobom, które palą, aby pomóc im w radzeniu sobie z objawami odstawiennymi (Punkt praktyczny). Każdy szpital powinien mieć wypracowany system ukierunkowany na pomoc hospitalizowanym pacjentom, którzy palą. System ten powinien być oparty na udzielaniu rutynowego poradnictwa, oferowaniu wsparcia behawioralnego oraz kierowaniu pacjentów do poradni antynikotynowej (Punkt praktyczny). W przypadku palących rodziców/opiekunów hospitalizowanych dzieci, należy zaoferować wsparcie które pomoże im rzucić palenie (Punkt praktyczny). W przypadku zaprzestania palenia przez któregokolwiek pacjenta, należy monitorować wszelkie działania leków przyjmowanych długoterminowo (np. insulinę w cukrzycy), ponieważ zaprzestanie palenia może wpływać na funkcje sercowo-naczyniowe i metabolizm niektórych leków. <table border="1" data-bbox="423 435 2069 665"> <thead> <tr> <th>Zalecenie</th> <th>Opis (w oparciu o GRADE i/lub AMSTAR-2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rekomendacja</td> <td>Wysoka lub umiarkowana pewność i jakość danych</td> </tr> <tr> <td>Sugestia</td> <td>Niska lub bardzo niska pewność i jakość danych</td> </tr> <tr> <td>Praktyczny punkt</td> <td>Stwierdzenia zawierające porady oparte o powszechne praktyki i doświadczeniu, bez poparcia dowodami pochodzącymi z badań wysokiej jakości</td> </tr> </tbody> </table>	Zalecenie	Opis (w oparciu o GRADE i/lub AMSTAR-2)	Rekomendacja	Wysoka lub umiarkowana pewność i jakość danych	Sugestia	Niska lub bardzo niska pewność i jakość danych	Praktyczny punkt	Stwierdzenia zawierające porady oparte o powszechne praktyki i doświadczeniu, bez poparcia dowodami pochodzącymi z badań wysokiej jakości
Zalecenie	Opis (w oparciu o GRADE i/lub AMSTAR-2)								
Rekomendacja	Wysoka lub umiarkowana pewność i jakość danych								
Sugestia	Niska lub bardzo niska pewność i jakość danych								
Praktyczny punkt	Stwierdzenia zawierające porady oparte o powszechne praktyki i doświadczeniu, bez poparcia dowodami pochodzącymi z badań wysokiej jakości								
<p>The Royal Australian College of General Practitioners – RACGP 2021¹³⁵</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii GRADE.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wszystkim palącym pacjentom należy zaoferować krótką poradę w celu rzucenia palenia (silna rekomendacja, wysoka pewność). W każdej praktyce lub placówce ochrony zdrowia powinien być stosowany system identyfikacji wszystkich osób palących i dokumentowania używania przez nich tytoniu (silna rekomendacja, wysoka pewność). Organizacja zaleca oferowanie krótkich porad dotyczących rzucenia palenia podczas rutynowych konsultacji i wizyt, kiedy tylko jest to możliwe (silna rekomendacja, wysoka pewność). Organizacja zaleca oferowanie dalszych działań związanych z rzucaniem palenia, wszystkim osobom, które są nim zainteresowane (silna rekomendacja, duża pewność). Przy braku przeciwwskazań do farmakoterapii (NTZ, wareniklina lub bupropion), jest ona skuteczną pomocą, gdy towarzyszy jej wsparcie behawioralne – powinna być zalecana wszystkim osobom palącym, u których zdiagnozowano uzależnienie od nikotyny. Wybór farmakoterapii opiera się na skuteczności, przydatności klinicznej i preferencjach pacjenta (silna rekomendacja, wysoka pewność). Skojarzona nikotynowa terapia zastępcza (tj. plaster i postać doustna), której towarzyszy wsparcie behawioralne, jest skuteczniejsza niż monoterapia NTZ, której towarzyszy wsparcie behawioralne. Terapia skojarzona powinna być zalecana osobom palącym, u których zdiagnozowano uzależnienie od nikotyny (silna rekomendacja, wysoka pewność). W przypadku osób, które przestały palić po zakończeniu standardowego leczenia z użyciem nikotynowej terapii zastępczej, klinicyści mogą rozważyć zalecenie dodatkowych dawek NTZ w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotu (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). 								

¹³⁵ The Royal Australian College of General Practitioners (2021). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. Pozyskano z: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation>, dostęp z 25.08.2022

	<ul style="list-style-type: none"> • NTZ jest bezpieczna do stosowania u pacjentów ze stabilną chorobą układu krążenia (silna rekomendacja, wysoka pewność). • NTZ należy stosować z ostrożnością u pacjentów, którzy przebyli niedawno zawał serca, niestabilną dławicę piersiową, ciężkie zaburzenia rytmu serca lub niedawne zdarzenia mózgowo-naczyniowe (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Kobietom w ciąży, które nie są w stanie rzucić palenia wyłącznie za pomocą wsparcia behawioralnego, klinicyści mogą zalecić nikotynową terapię zastępczą. Należy również zapewnić wsparcie behawioralne i monitorowanie przez specjalistę (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). • Wareniklina powinna być zalecana osobom palącym, których stan został oceniony jako klinicznie odpowiedni dla tego leku; powinna być ona podawana w połączeniu ze wsparciem behawioralnym (silna rekomendacja, wysoka pewność). • W przypadku osób, które przestały palić po zakończeniu standardowego leczenia z użyciem warenikliny (w połączeniu ze wsparciem behawioralnym), klinicyści mogą rozważyć kolejne dawki warenikliny w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotu (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). • W przypadku osób, które próbują rzucić palenie stosując wareniklinę w połączeniu ze wsparciem behawioralnym, klinicyści mogą zalecić stosowanie warenikliny w połączeniu z nikotynową terapią zastępczą (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). • Bupropion o przedłużonym uwalnianiu powinien być zalecany osobom, których stan został oceniony jako klinicznie odpowiedni dla tego leku; powinien być on podawany w połączeniu ze wsparciem behawioralnym. Zdaniem organizacji bupropion jest mniej skuteczny niż wareniklina lub skojarzona nikotynowa terapia zastępcza (silna rekomendacja, wysoka pewność). • Nortryptylina powinna być rozważana jako środek farmakoterapeutyczny drugiego rzutu ze względu na szeroki profil działań niepożądanych (silna rekomendacja, wysoka pewność). • W przypadku osób, które próbowały rzucić palenie za pomocą terapii pierwszego rzutu (połączenie wsparcia behawioralnego i farmakoterapii), ale im się to nie udało, a nadal są zmotywowane do rzucenia palenia, zastosowanie produktów do waporyzacji nikotyny (NVP) może być rozsądną interwencją, którą można zalecić w połączeniu ze wsparciem behawioralnym. Jednak musi to być poprzedzone opartym na dowodach naukowych, wspólnym, wraz z pacjentem, procesem podejmowania decyzji, w którym pacjent jest świadomy następujących zastrzeżeń: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ze względu na brak dostępnych dowodów, długoterminowe skutki zdrowotne NVP są nieznane. ○ NVP nie są zarejestrowanym towarem leczniczym w Australii, dlatego nie ustalono ich bezpieczeństwa, skuteczności i jakości. ○ Brak jest jednolitości w działaniu produktów waporyzujących, co zwiększa niepewność związaną z ich stosowaniem. ○ Aby zmaksymalizować możliwe korzyści i zminimalizować ryzyko szkód, należy unikać jednoczesnego stosowania NVP i tradycyjnych wyrobów tytoniowych, a także zminimalizować ich długotrwałe stosowanie. ○ Ważne jest, aby pacjent powracał na regularne wizyty i monitorowanie (warunkowa rekomendacja dla interwencji, niska pewność). • Wszystkim osobom palącym należy zalecić skorzystanie z telefonicznego poradnictwa (silna rekomendacja, wysoka pewność). 		
	<p>GRADE klasyfikuje jakość dowodów (ich pewność) w jednym z czterech stopni:</p>		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Wysoka</td> <td>Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego</td> </tr> </table>	Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego
Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego		

	Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny
	Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego
	Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego
GRADE klasyfikuje siłę rekomendacji w jednym z trzech stopni:		
1. Silna rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)		
2. Słaba rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej)		
3. Warunkowa rekomendacja dla danej interwencji lub dla porównania		
US Preventive Services Task Force – USPSTF 2021¹³⁶	Metodologia: przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii wypracowanej przez USPSTF.	
	Rekomendacje:	
	<ul style="list-style-type: none"> USPSTF zaleca, aby klinicyści pytali wszystkich dorosłych o używanie tytoniu, doradzali im zaprzestanie używania tytoniu oraz zapewнили interwencje behawioralne i farmakoterapię zatwierdzoną przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w celu zaprzestania palenia tytoniu osobom dorosłym, które używają tytoniu (stopień rekomendacji: A). Organizacja zaleca, aby lekarze pytali wszystkie ciężarne kobiety o używanie tytoniu, doradzali im zaprzestania palenia tytoniu oraz zapewнили interwencje behawioralne w celu zaprzestania palenia tytoniu kobietom w ciąży, które używają tytoniu (stopień rekomendacji: A). Organizacja stwierdza, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód interwencji farmakoterapeutycznych w celu zaprzestania palenia tytoniu u osób w ciąży (stopień rekomendacji: I). Organizacja stwierdza, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód związanych z papierosami elektronicznymi (e-papierosami) jako środkiem w celu zaprzestania palenia tytoniu u osób dorosłych, w tym ciężarnych. USPSTF zaleca lekarzom, aby kierowali pacjentów używających tytoniu do innych interwencji mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu o udowodnionej skuteczności i ustalonym bezpieczeństwie (stopień rekomendacji: I). 	
Skala USPSTF		
A	Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest znacząca	

¹³⁶ US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>, dostęp z 11.04.2023

	<p>B</p>	<p>Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana do znacznej</p>
	<p>C</p>	<p>Organizacja zaleca selektywne oferowanie lub świadczenie tej interwencji poszczególnym pacjentom w oparciu o profesjonalny osąd i preferencje pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyść jest niewielka</p>
	<p>D</p>	<p>Organizacja odradza daną interwencję. Istnieje umiarkowana lub duża pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub, że szkody przeważają nad korzyściami</p>
	<p>I</p>	<p>Organizacja stwierdza, że dostępne dowody są niewystarczające do oceny równowagi korzyści i szkód interwencji. Brak dowodów, dowody niskiej jakości lub sprzeczne, bilans korzyści i szkód nie może być określony</p>
	<p>I-HB</p>	<p>Zachowanie zdrowotne uznane za wskazane, skuteczność porad lekarskich niepewna.</p>
<p>American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD 2020¹³⁷</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla kluczową rolę eliminacji reklam i promocji tytoniu poprzez krajowe, regionalne i lokalne ustawodawstwo, które przemawiają lub wywierają wpływ na dzieci i nastolatki. • Towarzystwo wspiera i rekomenduje dalsze działania prewencyjne poprzez edukację sprzedawców oraz egzekwowanie krajowych i lokalnych przepisów zakazujących sprzedaży wyrobów tytoniowych nieletnim. • Organizacja zachęca specjalistów stomatologii do: <ul style="list-style-type: none"> ○ określenia i udokumentowania statusu używania tytoniu przez małych pacjentów oraz ich rodziców/opiekunów, ○ promowania i wprowadzania polityki, która zapewnia, że gabinety stomatologiczne, kliniki i/lub placówki opieki zdrowotnej są strefami wolnymi od tytoniu, ○ wspierania regulacji i przepisów dotyczących szkół wolnych od tytoniu, ○ służenia jako wzór do naśladowania poprzez niepalenie tytoniu i nakłanianie personelu, który używa tytoniu do jego zaprzestania, ○ rutynowego badania pacjentów pod kątem wystąpienia zmian w jamie ustnej związanych z używaniem tytoniu, ○ edukowania małych pacjentów, ich rodziców i opiekunów, na temat poważnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z używania tytoniu i narażenia na bierne palenie w domu, ○ świadczenia usług zarówno w zakresie profilaktyki, jak i zaprzestania palenia, przy użyciu interwencji opartych na dowodach naukowych, uznanych za najlepsze praktyki w leczeniu uzależnienia od tytoniu, ○ podejmowania działań, aby wszyscy ubezpieczyciele uwzględniali w pakietach zdrowotnych najlepsze praktyki w zakresie poradnictwa oraz leczenia 	

¹³⁷ American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on tobacco use. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 103-7

	<p>farmakologicznego,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ współpracy z radami szkół w celu zwiększenia liczby środowisk wolnych od tytoniu we wszystkich obiektach szkolnych, ○ pracy na poziomie krajowym i społeczności lokalnej w celu organizowania i wspierania kampanii antytytoniowych oraz zapobiegania inicjacji nikotynowej przez dzieci i młodzież, eliminowania sprzedaży papierosów w sklepach, wyeliminowania sprzedaży papierosów z automatów oraz zwiększenia akcyzy na wyroby tytoniowe, ○ współpracy z ustawodawcami, liderami społeczności i organizacjami zajmującymi się ochroną zdrowia w celu zakazania reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych, ○ organizowania i wspierania działań zmierzających do uchwalenia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ krajowych kampanii antytytoniowych oraz zapobiegania inicjacji palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży, ▪ uchwalenia krajowych i lokalnych przepisów zakazujących palenia w takich miejscach jak ośrodki opieki dziennej, gdzie dzieci są rutynowo odwiedzane; ▪ uznawania wytycznych <i>U.S. Public Health Service Clinical</i> jako cennego źródła danych.
<p>American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG 2020¹³⁸</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Położnicy i ginekolodzy oraz inni pracownicy opieki położniczej powinni pytać o wszystkie rodzaje używania tytoniu lub nikotyny, w tym palenie papierosów, używanie e-papierosów lub produktów do vapingu, sznury, snusu, pastylek, plastrów i gumy, w okresie przed ciążą, w ciąży i po porodzie. Pracownicy opieki zdrowotnej powinni być świadomi, że pacjenci mogą intuicyjnie nie utożsamiać alternatywnych form używania nikotyny (tj. e-papierosów i produktów do vapingu) z używaniem tytoniu. Ponadto, pracownicy ochrony zdrowia powinni doradzać zaprzestanie używania wyrobów tytoniowych w każdej formie i zapewnić motywujące informacje zwrotne. • Kobiety w ciąży powinny być poinformowane o znacznym ryzyku okołoporodowym związanym z używaniem tytoniu, w tym o: rozszczepach czaszki, ograniczeniu wzrostu płodu, łożysku przodu, przerwaniu ciągłości łożyska, przedwczesnym pęknięciu błon płodowych, niskiej masie urodzeniowej, zwiększonej śmiertelności okołoporodowej, ciąży pozamacicznej i niedoczynności tarczycy u matki. • Badania przesiewowe i interwencja w zakresie używania alkoholu i innych narkotyków są zalecane dla wszystkich kobiet w ciąży. Ponieważ kontynuacja palenia w czasie ciąży wiąże się z prawdopodobieństwem używania innych substancji, badania przesiewowe pod kątem używania alkoholu i innych substancji są ważnym elementem opieki. • Lekarze powinni indywidualizować opiekę, oferując interwencje psychospołeczne, behawioralne i farmakoterapię. Dostępne usługi i zasoby wspomagające, w tym zasoby cyfrowe, powinny być omawiane i dokumentowane regularnie podczas wizyt prenatalnych i poporodowych. • Zapewnienie ciągłego wsparcia i zajęcie się psychospołecznymi czynnikami stresowymi w okresie poporodowym jest niezbędne, aby zapewnić dalsze powodzenie rzucania palenia. • Organizacja wskazuje, że interwencja 5P jest skuteczna jeśli jest prowadzona przez personel medyczny.

¹³⁸ The American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Committee Opinion. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. Pozyskano z: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy.pdf>, dostęp z 31.10.2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacja przedstawia przykładowe skuteczne interwencje mające na celu zaprzestanie palenia kobiet w ciąży: <ul style="list-style-type: none"> ○ 2-3 minutowa porada lekarska w zakresie zagrożeń związanych z paleniem tytoniu. ○ emisja filmu z informacjami na temat zagrożeń związanych z paleniem, barier w rzuceniu palenia oraz wskazówkami ułatwiającymi porzucenie nałogu. Konsultacje w zakresie rzucania palenia w 10 minutowych sesjach, instrukcje samopomocowe oraz dalsze wysyłanie listów. ○ przekazanie podręcznika samopomocowego przystosowanego dla kobiet w ciąży oraz jedna 10 minutowa konsultacja z edukatorem zdrowotnym. ○ 90 minutowa konsultacja połączona z telefonami kontrolnymi 2 razy w tygodniu podczas ciąży oraz telefonami raz w miesiącu po urodzeniu dziecka.
<p>American Nurses Association – ANA 2020¹³⁹</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <p><u>Zapobieganie inicjacji palenia</u></p> <p><i>Decydenci, płatnicy oraz system opieki zdrowotnej</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • W celu zmniejszenia rozpowszechnienia używania tytoniu a także ochrony osób niepalących przed narażeniem na bierne palenie, należy prowadzić działania zmierzające do zakazu palenia w miejscu pracy i miejscach publicznych (w tym parków i otwartych terenów rekreacyjnych). • Towarzystwo podkreśla istotę zakazów reklam, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych, zwłaszcza w miejscach dostępnych dla nastolatków. Należy zwiększyć intensywność realizacji kampanii medialnych promujących zapobieganie inicjacji palenia. • Należy zakazać sprzedaży wyrobów tytoniowych w aptekach i drogeriach. • Zachęca się do składania petycji do Agencji ds. Żywności i Leków (FDA), aby zapewnić prawidłowe, integracyjne etykiety z ostrzeżeniami dotyczącymi bezpieczeństwa i zdrowia dla wszystkich wyrobów tytoniowych oraz udostępniania pełnej listy wszystkich substancji, zagrożeń i ograniczeń wiekowych. • Należy opowiadać się za podniesieniem cen i opodatkowaniem wyrobów tytoniowych i akcesoriów. • Należy wspierać działania zwiększające ograniczenia wiekowe dla korzystania ze wszystkich wyrobów tytoniowych. <p><i>Pielęgniarki</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pielęgniarka powinna być niepalącym wzorem do naśladowania nie tylko dla swoich pacjentów, ale także w środowisku pracy, domach i innych społecznościach. • Należy edukować pielęgniarki w zakresie odpowiednich kulturowo i opartych na dowodach strategii zapobiegania używaniu tytoniu. • W ramach rutynowej opieki pielęgniarki powinny postępować zgodnie z ustalonymi wytycznymi w celu identyfikacji i udzielania porad wszystkim pacjentom w zakresie niebezpiecznego używania tytoniu i biernego palenia. • Należy opracować i przetestować narzędzia przesiewowe oraz edukacyjne ukierunkowane na młodzież i młodych dorosłych. <p><u>Leczenie uzależnienia od tytoniu</u></p>

¹³⁹ American Nurses Association (2020). Position statement – Prevention and Cessation of Tobacco and Other Nicotine Products. (2020). Pozyskano z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/d/prevention-and-cessation-of-tobacco-and-other-nicotine-products/>, dostęp z 31.10.2022

	<p><i>Decydenci, płatnicy oraz system opieki zdrowotnej</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Systemy ochrony zdrowia powinny być odpowiedzialne za zapewnienie wysokiej jakości, opartego na dowodach naukowych, dostosowanego do kultury leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym leczenia współwystępujących chorób odtyniowych, leczenia zaburzeń psychicznych i innych interwencji w zakresie zdrowia behawioralnego. Systemy opieki zdrowotnej powinny przygotować i wypracować udzielanie świadczeń z zakresu rzucania palenia przy zastosowaniu telemedycyny. Należy rozwijać i rozbudowywać telefoniczne poradnie antynikotynowe (tzw. linie pomocowe), aplikacje mobilne oraz aplikacje internetowe dla populacyjnych metod motywowania do podejmowania prób rzucenia palenia i zwiększania jego skuteczności. Płatnicy powinni w sposób spójny i sprawiedliwy kwalifikować się do zwrotu kosztów za usługi konsultacyjne i lecznicze związane z rzucaniem palenia tytoniu, świadczone w ramach wizyt indywidualnych oraz za pośrednictwem telemedycyny, jak również świadczone przez każdego licencjonowanego, praktykującego lekarza, który posiada kwalifikacje do prowadzenia leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji. <p><i>Pielęgniarki</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pielęgniarki powinny potrafić przeprowadzić minimalną interwencję z wykorzystaniem metody 5P. Plan leczenia uzależnienia od tytoniu powinien być dostosowany indywidualnie do potrzeb każdego palącego pacjenta, z uwzględnieniem aspektów społecznych, emocjonalnych oraz zawodowych pacjenta. Należy prowadzić poradnictwo i wsparcie behawioralne w połączeniu z zatwierdzoną przez FDA farmakoterapią. Zachęca się, aby pielęgniarki tworzyły programy profilaktyki antynikotynowej (w tym także programy dla dzieci w wieku szkolnym i starszej młodzieży).
<p>American Thoracic Society – ATS 2020¹⁴⁰</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii GRADE.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> W przypadku dorosłych osób uzależnionych od tytoniu, u których rozpoczęto leczenie, zaleca się zastosować wareniklinę zamiast plastrów nikotynowych (Silna rekomendacja; umiarkowana pewność dowodów): <ul style="list-style-type: none"> świadczeniodawcy powinni być przygotowani do udzielania pacjentom porad na temat względnego bezpieczeństwa i skuteczności leczenia warenikliną w porównaniu z plasterem nikotynowym. W przypadku dorosłych osób uzależnionych od tytoniu, u których rozpoczęto leczenie, zaleca się wareniklinę zamiast bupropionu (Silna rekomendacja; umiarkowana pewność dowodów). W przypadku dorosłych osób uzależnionych od tytoniu, u których rozpoczęto leczenie, sugeruje się stosowanie warenikliny w połączeniu z plastrami nikotynowymi zamiast samej warenikliny (Warunkowe zalecenie; niska pewność dowodów). Osobom dorosłym uzależnionym od tytoniu, u których rozpoczyna się leczenie, proponuje się włączenie warenikliny zamiast papierosów elektronicznych. (Warunkowe zalecenie; bardzo niska pewność dowodów). W przypadku dorosłych osób palących, którzy nie są gotowi do zaprzestania używania wyrobów tytoniowych, zaleca się klinicystom rozpoczęcie leczenie

¹⁴⁰ Leone F. T., Zhang Y., Evers-Casey S. et al. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am. J. Respir. Crit. Care. Med. 202(2): e5-e31

	<p>warenikliną, zamiast czekania na deklarację ze strony pacjenta na gotowość do rzucenia palenia (Silna rekomendacja; umiarkowana pewność dowodów).</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaleca się stosowanie warenikliny zamiast plastrów nikotynowych w przypadku osób dorosłych uzależnionych od tytoniu ze współistniejącymi chorobami psychiatrycznymi, w tym zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji, depresją, zaburzeniami lękowymi, schizofrenią i/lub chorobą dwubiegunową (Silna rekomendacja; umiarkowana pewność dowodów). <table border="1" data-bbox="427 343 2069 718"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 343 757 406">Jakość/pewność dowodów</th> <th data-bbox="757 343 2069 406">Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 406 757 470">Wysoka</td> <td data-bbox="757 406 2069 470">Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 470 757 563">Umiarkowana</td> <td data-bbox="757 470 2069 563">Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 563 757 627">Niska</td> <td data-bbox="757 563 2069 627">Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 627 757 718">Bardzo niska</td> <td data-bbox="757 627 2069 718">Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego</td> </tr> </tbody> </table> <p>Siła zalecenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Silna rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej) 2. Słaba rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej) 3. Warunkowa rekomendacja dla danej interwencji lub dla porównania 	Jakość/pewność dowodów	Opis	Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego	Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny	Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego	Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego
Jakość/pewność dowodów	Opis										
Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego										
Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny										
Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego										
Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego										
<p>US Preventive Services Task Force – USPSTF 2020¹⁴¹</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii wypracowanej przez USPSTF.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> W przypadku dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, które nie zaczęły używać tytoniu, organizacja zaleca, aby lekarze POZ prowadzili edukację i krótkie poradnictwo, w celu zapobiegania inicjacji używania tytoniu (stopień rekomendacji: B). Organizacja stwierdza również, że dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód interwencji możliwych do przeprowadzenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w celu zaprzestania używania tytoniu wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (stopień rekomendacji: I). <p>Skala USPSTF</p>										

¹⁴¹ US Preventive Services Task Force (2020). Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions#bootstrap-panel--7>, dostęp z 11.04.2023

	<p>A</p>	<p>Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest znacząca.</p>
	<p>B</p>	<p>Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana do znacznej.</p>
	<p>C</p>	<p>Organizacja zaleca selektywne oferowanie lub świadczenie tej interwencji poszczególnym pacjentom w oparciu o profesjonalny osąd i preferencje pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyść jest niewielka.</p>
	<p>D</p>	<p>Organizacja odradza daną interwencję. Istnieje umiarkowana lub duża pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przeważają nad korzyściami.</p>
	<p>I</p>	<p>Organizacja stwierdza, że dostępne dowody są niewystarczające do oceny równowagi korzyści i szkód interwencji. Brak dowodów, dowody niskiej jakości lub sprzeczne, bilans korzyści i szkód nie może być określony.</p>
	<p>I-HB</p>	<p>Zachowanie zdrowotne uznane za wskazane, skuteczność porad lekarskich niepewna.</p>
<p>The Community Preventive Services Task Force – CPSTF 2019¹⁴²</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie interwencji internetowych, obejmujących interaktywne treści i dostosowane do potrzeb systemu poradnictwa lub wsparcia, realizowanych samodzielnie lub w połączeniu z dodatkowymi interwencjami. • W starszej wersji zaleceń towarzystwo zalecało prowadzenie antynikotynowych linii pomocowych oraz interwencji z wykorzystaniem telefonów komórkowych. • Ekspertki podkreślają, że poprawa dostępu do skutecznych i opartych na dowodach interwencji z zakresu rzucania palenia jest ważnym elementem kompleksowego programu profilaktyki i kontroli używania wyrobów tytoniowych. • Zaleca się opracowanie w interwencji internetowych w ramach sektora publicznego. 	
<p>Niezależny europejski zespół ekspertów 2019¹⁴³</p>	<p>Metodologia: konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podstawy kompleksowego podejścia do kontroli tytoniu obejmują: <ul style="list-style-type: none"> ○ wyeliminowanie kontaktu z wyrobami tytoniowymi poprzez: 	

¹⁴² Community Preventive Services Task Force (2019). Tobacco Use: Internet-based Interventions to Increase Tobacco Use Cessation. Pozyskano z: <https://www.thecommunityguide.org/findings/tobacco-use-internet-based-cessation-interventions.html>, dostęp z 29.08.2022

¹⁴³ Willemsen M. C., Walters B. H., Kotz D. et al. (2019). Recommendations on how to achieve tobacco-free nations in Europe. Tob. Prev. Cessat. 5: 24

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ środowiska wolne od dymu tytoniowego, ▪ zakazy wystawiania w punktach sprzedaży, ▪ ograniczenie liczby punktów sprzedaży wyrobów tytoniowych; ○ zapewnienie kompleksowego i niedrogiego ogólnokrajowego systemu wsparcia rzucania palenia dla tych, którzy chcą rzucić palenie, ○ wdrażanie ciągłych kampanii medialnych w celu podniesienia świadomości na temat szkód wynikających z palenia i promowania prób rzucenia palenia, ○ zmniejszenie atrakcyjności wyrobów tytoniowych poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ▪ regularne i znaczne podwyżki cen konsumpcyjnych tytoniu poprzez podwyżki podatków, ▪ ograniczenie reklamy i promocji, ▪ ostrzeżenia zdrowotnych na paczkach papierosów i zwykłych opakowaniach, ▪ regulując dodatki w wyrobach tytoniowych, które przyczyniają się do atrakcyjności i uzależnienia. • Unia Europejska (UE) powinna wspierać europejskie systemy edukacyjne, takie jak konferencje, spotkania ekspertów i webinaria, ze szczególnym naciskiem na to, jak przekładać wyniki badań na potrzeby decydentów. • Badacze zajmujący się kontrolą tytoniu powinni pracować nad rozpowszechnianiem swoich odkryć jasnym i klarownym językiem wśród szerokiego grona odbiorców za pomocą infografik, arkuszy informacyjnych, filmów i wywiadów informacyjnych. • UE powinna rozpowszechniać jasne i łatwe w użyciu zalecenia dotyczące wykorzystania wyników kontroli tytoniu w kształtowaniu polityki.
<p>American College of Cardiology – ACC 2018¹⁴⁴</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zwraca uwagę, że używanie tytoniu, zwłaszcza palenie papierosów, jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowalności i śmiertelności związanej z CVD. Odwracalny związek między paleniem papierosów a chorobami sercowo-naczyniowymi stanowi mocne uzasadnienie dla pracowników służby zdrowia (zwłaszcza zespołu zajmującego się chorobami sercowo-naczyniowymi), aby rutynowe leczenie zaprzestania palenia tytoniu stało się standardowym elementem opieki nad chorobami sercowo-naczyniowymi. • Organizacja wskazuje, że większość palaczy przechodzi przez powtarzające się cykle krótkotrwałej abstynencji, po których następuje powrót do palenia przed osiągnięciem długoterminowej abstynencji tytoniowej. W związku z tym leczenie uzależnienia od tytoniu wymaga od klinicystów przyjęcia strategii zarządzania chorobami przewlekłymi, monitorowania używania tytoniu w czasie i podejmowania wielokrotnych wysiłków w celu zachęcenia i pomocy palaczom w rzuceniu palenia. • Organizacja wskazuje, że obecne dowody zdecydowanie przemawiają za łączeniem farmakoterapii z interwencjami behawioralnymi/psychospołecznymi jako najskuteczniejszym sposobem pomocy palaczom w utrzymaniu abstynencji. Terapie farmakologiczne pomagają palaczom przystosować się do braku nikotyny po zaprzestaniu palenia, zmniejszając objawy odstawienia nikotyny. Leczenie behawioralne i psychospołeczne opiera się na zasadach

¹⁴⁴ American College of Cardiology (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Pozyskano z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718388594?via%3Dihub>, dostęp z 14.04.2023

	<p>psychologii behawioralnej i poznawczej, które próbują wzmocnić samokontrolę palaczy nad paleniem.</p> <ul style="list-style-type: none">• Organizacja wskazuje, że bariery świadczeniodawców i systemu we wdrażaniu i podtrzymywaniu leczenia rzucania palenia muszą zostać rozpoznane i rozwiązane, aby poprawić opiekę nad rzucaniem palenia w warunkach klinicznych.• Zdaniem organizacji pierwszym krokiem w walce z uzależnieniami od nikotyny jest pytanie każdego pacjenta o palenie i używanie innych wyrobów tytoniowych podczas każdej wizyty lekarskiej. Organizacja wskazuje, że powinien istnieć system ułatwiający powszechną identyfikację osób używających tytoniu i rejestrowanie statusu używania tytoniu w elektronicznej dokumentacji medycznej. Ponadto należy rutynowo pytać wszystkich pacjentów (zwłaszcza niepalących) o ich narażenie na bierne palenie.• Organizacja w swoich zaleceniach przedstawiła rekomendowany algorytm postępowania z aktualnymi palaczami obejmujący:<ul style="list-style-type: none">○ ocenę uzależnienia od tytoniu (nikotyny) poprzez zadanie 2 pytań:<ul style="list-style-type: none">▪ ile dziennie papierosów wypalasz?▪ jak szybko po przebudzeniu zapalasz papierosa?○ udzieleniu palaczowi mocnej, jasnej i spersonalizowanej porady, aby jak najszybciej rzucić palenie,○ zaoferowanie leczenia rzucania palenia, co przekłada się na dostarczenie recepty na farmakoterapię i aktywne połączenie pacjenta z behawioralnymi źródłami wsparcia,○ skontaktowanie się (osobiste lub przez telefon) z pacjentem w celu monitorowania leczenia zaprzestania palenia tytoniu w ciągu 2 do 4 tygodni od pierwszej wizyty – ściśle monitorowanie pokazuje pacjentom, że klinicysta przypisuje wysoki priorytet leczeniu tytoniowemu co może zachęcać pacjentów do wytrwania w wysiłkach na rzecz zerwania z nałogiem.• Organizacja wskazuje, że wszystkie zatwierdzone przez FDA leki wspomagające rzucanie palenia (NTZ, bupropion i wardeniklina) sprzyjają rzucaniu palenia i są tolerowaną oraz skuteczną opcją dla palaczy ze stabilną CVD.• Organizacja zaleca aktywne wspieranie polityki antynikotynowej w miejscach pracy, w tym w ośrodkach opieki zdrowotnej oraz promowanie przepisów antynikotynowych w miejscach pracy.• Należy informować pacjentów, że narażenie na palenie bierne zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych u osób niepalących.• Organizacja wskazuje następujące przykłady interwencji behawioralnych w przypadku uzależnienia od nikotyny:<ul style="list-style-type: none">○ trening umiejętności poznawczo-behawioralnych np.:<ul style="list-style-type: none">▪ samokontrola w celu identyfikacji czynników wyzwalających palenie – palacze proszeni są o zapisywanie w czasie rzeczywistym czasu, miejsc i sytuacji, w których palą,▪ próby behawioralne – próba rzucenia palenia i ćwiczenie reagowania na powrót do palenia,▪ ćwiczenie samokontroli nad wyzwalaczami palenia – unikanie wyzwalaczy (np. odkładanie popielniczki, powstrzymanie się od alkoholu), zmienianie sytuacji wyzwalających (np. robienie przerw w pracy w miejscu, w którym nie wolno palić), stosowanie substytutów zamiast palenia (np. guma, cukierek, piłka antystresowa, ćwiczenia fizyczne) i przekierowywanie myśli, gdy pojawia się chęć zapalenia papierosa (np. stwierdzenia samostanowienia, takie jak „mogę to zrobić”; zdania opóźniające, takie jak „poczekaj minutę lub dwie, a chęć minie”),▪ trening asertywności – pomoc palaczom lepiej radzić sobie z sytuacjami społecznymi, które mogą wywoływać sygnały wskazujące na palenie,
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ instrukcje i szkolenia radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, które często są związane z paleniem – np. głębokie oddychanie, joga, trening uważności, ▪ instrukcje, jak prawidłowo stosować leki – aby zwiększyć przestrzeganie zaleceń lekarskich, ▪ biofeedback dla palaczy – za pomocą testu oddechowego mierzącego wydychany tlenek węgla w celu poinformowania pacjentów o bezpośrednich zagrożeniach dla zdrowia wynikających z palenia i zwiększenia motywacji do ograniczenia i rzucenia palenia, ▪ dyskusja z grupą palaczy – podzielenie się doświadczeniami i wyzwaniem dotyczącymi skutecznej zmiany zachowania; ○ wywiady motywacyjne – metoda polega na tym, że doradcy wydobywają z pacjentów własne motywacje do zmiany, a nie narzucają palaczowi plan leczenia; ○ zachęty – najczęściej gotówka lub bony zakupowe. • Organizacja opracowała 3-elementowy zestaw do pomiaru używania tytoniu nakazujący szpitalom dokumentowanie następujących działań: <ul style="list-style-type: none"> ○ ocenę stanu używania tytoniu przez wszystkich przyjętych pacjentów – wytyczne definiują wypalenie papierosa w okresie 30 dni przed przyjęciem jako palenie aktualne, ○ oferowanie leczenia dążącego do rzucenia palenia w szpitalu wszystkim obecnym palaczom – należy zaoferować zarówno leki, jak i poradnictwo, ○ oferowanie leczenia dążącego do rzucenia palenia tytoniu przy wypisie ze szpitala – szpitale dokumentują ofertę (oraz akceptację lub odmowę) zarówno farmakoterapii, jak i poradnictwa, które będzie kontynuowane po wypisie. • Organizacja zaleca doradzać wszystkim pacjentom (zwłaszcza niepalącym), aby przyjęli politykę antynikotynową w swoim domu i samochodzie oraz unikali innych źródeł narażenia na dym tytoniowy. • Organizacja zwraca uwagę na konieczność podkreślania osobom palącym znaczenie celu, jakim jest całkowite zaprzestanie palenia wszystkich wyrobów tytoniowych – nawet jeden papieros dziennie zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe. • Organizacja wskazuje, że lekarze powinni być przygotowani do przedstawienia dowodów dotyczących ryzyka i korzyści związanych z e-papierosami pacjentom, którzy o nie pytają. • Organizacja zwraca uwagę, jak ważna jest edukacja świadczeniodawców. Istotnym jest, aby personel medyczny znał proces, w ramach którego pacjenci powinni być badani, informowani o leczeniu, kierowani na leczenie i obserwowani po leczeniu mającym na celu rzucenie palenia. Zdaniem organizacji pracownicy ochrony zdrowia muszą znać swoją szczególną rolę w zespole ds. rzucania palenia tytoniu. Chociaż pracownicy ochrony zdrowia są na ogół świadomi zagrożeń dla zdrowia związanych z używaniem tytoniu, niewielu z nich przechodzi niezbędne szkolenia w zakresie leczenia behawioralnego i farmakologicznego uzależnienia od tytoniu.
<p>American College of Preventive Medicine – ACPM 2018¹⁴⁵</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów wraz z oceną siły rekomendacji wg metody SORT.</p> <p>Rekomendacje:</p> <p><u>E-papierosy</u></p>

¹⁴⁵ Livingston C. J., Freeman R. J., Costales, V. C., Westhoff, J. L., Caplan, L. S., Sherin, K. M., & Niebuhr, D. W. (2019). Electronic Nicotine Delivery Systems or E-cigarettes: American College of Preventive Medicine's Practice Statement. *Am. J. Prev. Med.* 56(1): 167-178

	<p><i>Przesiew</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarze powinni badać młodzież pod kątem narażenia na e-papierosy w ramach skriningu tytoniowego oraz zapewnić edukację i krótkie poradnictwo, aby zapobiec inicjacji nikotynowej poprzez te urządzenia (Stopień rekomendacji: C) • Klinicyści powinni omawiać z pacjentami potencjalne szkody wynikające z palenia e-papierosów. Młodzieży zidentyfikowanej jako aktywni użytkownicy e-papierosów należy doradzić rzucenie palenia (Stopień rekomendacji: C). • Lekarze powinni badać wszystkich dorosłych pod kątem używania e-papierosów w ramach badań przesiewowych w kierunku palenia tytoniu. Osobom palącym należy doradzić rzucenie (lub ograniczenie) palenia i zapewnić oparte na dowodach naukowych możliwości zwalczania uzależnienia od nikotyny, w tym poradnictwo i farmakoterapię (Stopień rekomendacji: C). • Klinicyści powinni badać kobiety w ciąży pod kątem używania e-papierosów w ramach badań przesiewowych ukierunkowanych na palenie tytoniu. Tym, które palą należy doradzić, aby zrezygnowały ze wszelkich wyrobów nikotynowych i zapewnić im oparte na dowodach interwencje w zakresie zaprzestania palenia tytoniu, obejmujące interwencje behawioralne i zachęty finansowe (Stopień rekomendacji: C). <p><i>Zapobieganie inicjacji palenia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinicyści i przedstawiciele zdrowia publicznego powinni wspierać wysiłki mające na celu zapobieganie eksperymentowaniu i inicjacji palenia e-papierosów, szczególnie wśród młodzieży, ponieważ długoterminowe skutki zdrowotne nie są znane, a urządzenia te mogą potencjalnie służyć jako wstęp do palenia tradycyjnych papierosów (Stopień rekomendacji: C). • Lekarze powinni doradzać pacjentom, aby przechowywali e-papierosy z dala od dzieci i zwierząt domowych ze względu na możliwość wystąpienia zagrożeń, takich jak zatrucia i wybuchy akumulatorów (Stopień rekomendacji: C). <p><i>Leczenie uzależnienia od tytoniu i redukcja szkód</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekarze powinni poinformować pacjentów, że e-papierosy nie są uznawane za opartą na dowodach terapię antynikotynową. Jeśli pacjenci odmówili lub nie skorzystali z leczenia i są bardziej skłonni wypróbować e-papierosy, klinicyści powinni zastosować podejście oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji i podjąć następujące kwestie: <ul style="list-style-type: none"> ○ e-papierosy zawierające nikotynę mają ograniczone, krótkoterminowe dowody na rzecz ich stosowania jako narzędzia klinicznego pomagającego palaczom rzucić palenie, ○ brakuje dowodów wobec długoterminowej skuteczności lub szkodliwości, a ich składniki są obecnie nieuregulowane, ○ mogą wystąpić rzadkie, ale poważne szkody, w tym oparzenia, wybuchy i zatrucia u dzieci (Stopień rekomendacji: B). • Lekarze powinni monitorować skuteczność e-papierosów u swoich pacjentów oraz ich wszelkie działania niepożądane (Stopień rekomendacji: B). • Lekarze powinni informować także pacjentów o: <ul style="list-style-type: none"> ○ zróżnicowanej zawartości nikotyny w olejkach do e-papierosów, ○ prawdopodobieństwie, że dodatki smakowe mogą zawierać toksyczne składniki, ○ nierzetelnym oznakowaniu i znacznych różnicach w dostarczaniu nikotyny do organizmu (różnice te zmniejszają oczekiwaną skuteczność e-papierosów jako środka wspomagającego rzucanie palenia i mogą powodować szkody) (Stopień rekomendacji: C). • Klinicyści powinni doradzać kobietom w ciąży palącym papierosy, aby stosowały oparte na dowodach naukowych metody leczenia (np. poradnictwo
--	--

	<p>behawioralne i zachęty finansowe) – nie należy zalecać w tej populacji stosowania e-papierosów (Stopień rekomendacji: C).</p> <p><i>Polityka i aspekty prawne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ze względu na potencjalne skutki dla populacji wynikające z powszechnej dostępności i atrakcyjności e-papierosów (zwłaszcza wśród młodzieży), e-papierosy powinny być zostać uregulowane prawnie (Stopień rekomendacji: C). • Należy przyjąć politykę zakazującą rozpowszechnianie reklam e-papierosów skierowanych do osób <21 roku życia (Stopień rekomendacji: C). • Przepisy powinny wymagać standaryzacji elektronicznych papierosów, w tym oznakowania oraz zawartości i sposobu podawania nikotyny. Środki aromatyzujące powinny być włączane tylko wtedy, gdy wiadomo, że nie są toksyczne (Stopień rekomendacji: C). • Wszystkie ograniczenia środowiskowe dotyczące palenia tradycyjnych, takich jak np. miejsca pracy wolne od dymu, powinny w równym stopniu dotyczyć e-papierosów (Stopień rekomendacji: C). • E-papierosy stanowią potencjalne środowiskowe zagrożenie zawodowe, a organy władzy powinny być zobowiązane do wprowadzenia zakazu palenia w miejscach pracy (Stopień rekomendacji: C). • Badania przesiewowe i dokumentacja dotycząca używania e-papierosów powinny zostać włączone do elektronicznej dokumentacji medycznej i być uwzględnione we wskaźnikach dotyczących używania tytoniu (Stopień rekomendacji: C). • Organizacje powinny sponsorować badania młodzieży i dorosłych w perspektywie długoterminowego (tj. >10 lat) wpływu systemów podgrzewania tytoniu na rzucanie palenia, szkód związanych z ich używaniem i ryzyka inicjacji palenia tradycyjnych papierosów oraz porównawczą skuteczność systemów podgrzewania tytoniu ze strategiami behawioralnymi i farmakologicznymi. Potrzebne są także ukierunkowane badania nad stosowaniem systemów podgrzewania tytoniu w specjalnych populacjach, takich jak kobiety w ciąży i osoby z zaburzeniami psychicznymi (Stopień rekomendacji: B). • Potrzebne są badania w zakresie ochrony zdrowia dotyczące skuteczności polityki i przepisów mających na celu ograniczenie używania urządzeń podgrzewających tytoń oraz ich wpływu na ogólne palenie tytoniu (Stopień rekomendacji: C). • Potrzebny jest dalszy nadzór i badania nad toksycznym i niebezpiecznym działaniem wyrobów z systemami podgrzewającymi tytoń (Stopień rekomendacji: C). • Potrzebne są badania oceniające wpływ produktów z systemami podgrzewającymi tytoń na rozwój mózgu nastolatków (Stopień rekomendacji: C). • Dalsze badania powinny ocenić wpływ biernego narażenia na aerozol pochodzący z e-papierosów (Stopień rekomendacji: C). <table border="1" data-bbox="421 1062 2069 1347"> <thead> <tr> <th>Stopień rekomendacji</th> <th>Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Rekomendacja oparta na spójnych i dobrej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Rekomendacja oparta na niespójnych i o ograniczonej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Rekomendacja oparta na konsensusie, praktyce użytkowej, opinii, dowodach ukierunkowanych na chorobę lub na serii przypadków dla badań dotyczących diagnostyki, leczenia, profilaktyki lub badań przesiewowych</td> </tr> </tbody> </table>	Stopień rekomendacji	Opis	A	Rekomendacja oparta na spójnych i dobrej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów	B	Rekomendacja oparta na niespójnych i o ograniczonej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów	C	Rekomendacja oparta na konsensusie, praktyce użytkowej, opinii, dowodach ukierunkowanych na chorobę lub na serii przypadków dla badań dotyczących diagnostyki, leczenia, profilaktyki lub badań przesiewowych
Stopień rekomendacji	Opis								
A	Rekomendacja oparta na spójnych i dobrej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów								
B	Rekomendacja oparta na niespójnych i o ograniczonej jakości dowodach ukierunkowanych na potrzeby pacjentów								
C	Rekomendacja oparta na konsensusie, praktyce użytkowej, opinii, dowodach ukierunkowanych na chorobę lub na serii przypadków dla badań dotyczących diagnostyki, leczenia, profilaktyki lub badań przesiewowych								
<p>Canadian Task Force on Preventive</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów i oceną siły rekomendacji wg metodologii GRADE</p>								

<p>Health Care – CTFPHC 2017¹⁴⁶</p>	<p>Rekomendacje:</p> <p><u>Dzieci i młodzież w wieku 5-18 lat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organizacja rekomenduje pytanie dzieci i młodzieży (5-18 r.ż.) lub ich rodziców o palenie tytoniu oraz oferowanie im odpowiednio krótkiej informacji lub porady* podczas wizyty w placówce opieki zdrowia** w celu zapobiegnięcia paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży (Słaba siła rekomendacji; niska jakość dowodów). Zalecenie dotyczące prewencji odnosi się do dzieci i młodzieży w wieku 5 a 18 lat, które obecnie nie palą tytoniu, nigdy nie paliły lub są byłymi palaczami, nie mają deficytów poznawczych, umysłowych, nie cierpią z powodu choroby oraz nie nadużywały alkoholu lub narkotyków. Towarzystwo rekomenduje, aby pytać dzieci i młodzież (5-18 r.ż.) lub ich rodziców o palenie tytoniu oraz oferowanie im odpowiednio krótkiej informacji lub porady* podczas wizyty w placówce opieki zdrowia** celem leczenia uzależnienia od tytoniu wśród dzieci i młodzieży (Słaba siła rekomendacji; niska jakość dowodów). Rekomendacja dotycząca prewencji wtórnej odnosi się do dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 18 roku życia, które paliły tytoń w ciągu ostatnich 30 dni, nie mających deficytów poznawczych, umysłowych, które nie cierpią z powodu choroby oraz nie nadużywały alkoholu lub narkotyków. <p>*Czas kontaktu nie przekracza 5 minut. Porada może obejmować rozmowę na temat postaw i przekonań pacjenta, ryzyka związanego z paleniem oraz strategii radzenia sobie z wpływem rówieśników. Można również rozważyć udostępnianie materiałów drukowanych lub elektronicznych (np. broszur, biuletynów i interaktywnych programów komputerowych).</p> <p>** Wizyta w ramach podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje: zaplanowane wizyty kontrolne, wizyty w celu szczepień, wznowienia leczenia oraz inne wizyty, które lekarz podstawowej opieki zdrowotnej uzna za stosowne. Wizyty w podstawowej opiece zdrowotnej rozumiane są również jako wizyty poza gabinetem lekarskim (np. pielęgniarki zdrowia publicznego przeprowadzające wizytę poza placówką).</p> <table border="1" data-bbox="421 740 2060 1114"> <thead> <tr> <th>Jakość/pewność dowodów</th> <th>Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wysoka</td> <td>Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego</td> </tr> <tr> <td>Umiarkowana</td> <td>Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny</td> </tr> <tr> <td>Niska</td> <td>Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego</td> </tr> <tr> <td>Bardzo niska</td> <td>Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego</td> </tr> </tbody> </table> <p>Siła zalecenia</p> <ol style="list-style-type: none"> Silna rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej) Słaba rekomendacja za interwencją (lub przeciw niej) 	Jakość/pewność dowodów	Opis	Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego	Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny	Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego	Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego
Jakość/pewność dowodów	Opis										
Wysoka	Bardzo duża pewność, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do efektu oszacowanego										
Umiarkowana	Umiarkowana pewność co do oszacowanego efektu. Jest prawdopodobne, że prawdziwy efekt leży blisko oszacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że jest on istotnie różny										
Niska	Zaufanie do oszacowanego efektu jest ograniczone. Rzeczywisty efekt może znacząco różnić się od efektu szacowanego										
Bardzo niska	Bardzo małe zaufanie do oszacowanego efektu. Rzeczywisty efekt prawdopodobnie będzie znacząco różnił się od oszacowanego										

¹⁴⁶ Thombs B. D., Jaramillo Garcia A., Reid D. et al. (2017). Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. CMAJ. 189(8):E310-E316

	3. Warunkowa rekomendacja dla danej interwencji lub dla porównania
<p>Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence/ Society Research on Nicotine and Tobacco – ATTUD/SRNT 2016¹⁴⁷</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku osób palących w wieku 55-74 lat, zgłaszających się na badania przesiewowe w kierunku raka płuca, zaleca się, aby podczas każdej wizyty, niezależnie od wyników badań, zachęcano ich do rzucenia palenia. Lekarz wykonujący badanie NDTK (niskodawkową tomografię komputerową klatki piersiowej) podczas wizyty związanej z podejmowaniem wspólnej decyzji powinien podkreślać znaczenie zaprzestania palenia. Inni pracownicy medyczni (np. pielęgniarki, radiologowie, pulmonolodzy itp.) powinni także zaoferować krótką poradę i wzmocnić to samo przesłanie. • W przypadku osób palących, które zgłaszają się na badania przesiewowe w kierunku raka płuc, zaleca się udzielenie im pomocy w celu uzyskania dostępu do opartego na dowodach naukowych, kompleksowego leczenia behawioralnego i farmakologicznego, zgodnie z wytycznymi <i>PHS Tobacco Clinical Practice Guidelines</i>, w celu ułatwienia rzucenia lub ograniczenia palenia, które może prowadzić do ostatecznego zaprzestania. Wsparcie powinno być zapewnione przez lekarza zlecającego badania przesiewowe w kierunku raka płuc, przez zespół prowadzący leczenie (np. pielęgniarki, radiologów, pulmonologów, itp.) lub przez skierowanie do instytucji zajmujących się leczeniem uzależnienia od tytoniu (np. telefoniczne poradnie antynikotynowe, poradnie lokalne). Jeśli pacjent jest skierowany do zewnętrznej organizacji zajmującej się leczeniem uzależnienia od tytoniu, lekarz kierujący lub zespół prowadzący leczenie powinien utrzymywać kontakt z pacjentem w sprawie jego palenia, zgodnie z wytycznymi <i>PHS Tobacco Clinical Practice Guidelines</i>. • W przypadku osób palących, które zgłaszają się na badania przesiewowe w kierunku raka płuc, zaleca się utrzymywanie dalszego kontaktu w celu wsparcia pacjenta w rzucaniu palenia. Taki kontakt może mieć miejsce z lekarzem prowadzącym badania przesiewowe lub z lekarzem kierującym na badania. • W przypadku osób, które nie chcą stosować leczenia opartego na dowodach naukowych, aby pracować nad rzuceniem lub ograniczeniem palenia w najbliższej przyszłości, zaleca się wdrażanie podczas każdej wizyty strategii behawioralnych, takich jak model 5P, aby zmotywować ich do zmiany myślenia o nałogu. • Potrzebne są dalsze badania nad optymalną intensywnością (tj. liczbą interwencji i czasie ich trwania), terminem badań przesiewowych, nad sposobem prowadzenia interwencji w zakresie rzucania palenia (np. leczenie prowadzone przez lekarza a dedykowane usługi leczenia uzależnienia od tytoniu) oraz nad znaczącymi moderatorami ich efektów. • Potrzebne są dalsze badania nad potencjalnym negatywnym wpływem badań przesiewowych na motywację do rzucenia palenia oraz nad barierami we wdrażaniu interwencji podczas badań NDTK, a także nad potrzebami edukacyjnymi i szkoleniowymi personelu klinicznego w zakresie realizacji wsparcia w rzucaniu palenia.
<p>European Society of Cardiology – ESC</p>	<p>Metodologia: konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się identyfikację osób palących i udzielanie im wielokrotnych porad dotyczących zaprzestania palenia wraz z ofertą korzystania z uzupełniającej pomocy behawioralnej oraz farmakoterapii pojedynczej lub w połączeniu (nikotynowa terapia zastępczej, wareniklina i bupropion) (Klasa rekomendacji: I;

¹⁴⁷ Fucito L. M., Czabaty S., Hendricks P. S. et al. (2016). Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Committee. (2016). Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. *Cancer*. 122(8): 1150-1159

<p>2016¹⁴⁸</p>	<p>jakość dowodów: A).</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaleca się zaprzestanie wszelkiego palenia tytoniu lub produktów ziołowych, ponieważ są to silne i niezależne czynniki ryzyka chorób układu krążenia (Klasa rekomendacji: I; jakość dowodów: B). Zaleca się unikania biernego palenia (Klasa rekomendacji: I; jakość dowodów: B). E-papierosy mogą pomóc w rzuceniu palenia, ale powinny podlegać takim samym ograniczeniom marketingowym jak papierosy konwencjonalne. Programy rzucania palenia rozpoczęte podczas przyjęcia do szpitala powinny być kontynuowane przez dłuższy czas po wypisaniu ze szpitala. Historia palenia, w tym codzienne używanie tytoniu i stopień uzależnienia (najczęściej oceniany za pomocą testu Fagerströma), może kierować stopniem wsparcia i pomocy farmakologicznej. Palacze należy poinformować o spodziewanym przyroście masy ciała wynoszącym średnio 5 kg oraz o tym, że korzyści zdrowotne wynikające z zaprzestania palenia tytoniu znacznie przewyższają ryzyko związane z przyrostem masy ciała. <table border="1" data-bbox="423 533 2069 1201"> <thead> <tr> <th>Klasa rekomendacji</th> <th>Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań klinicznych lub metaanaliz</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Dane pochodzące z pojedynczego randomizowanego badania klinicznego lub dużych badań nierandomizowanych</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Konsensus opinii ekspertów i/lub małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów</td> </tr> <tr> <th>Jakość dowodów</th> <th>Definicja</th> </tr> <tr> <td>I</td> <td>Wystarczające dowody i/lub ogólna zgoda co do tego, że dane leczenie lub procedura są korzystne, użyteczne, skuteczne</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>Sprzeczne dowody i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub procedury</td> </tr> <tr> <td>Ila</td> <td>Ciężar dowodów/opinii przemawia za przydatnością/skutecznością danego leczenia lub procedury</td> </tr> <tr> <td>IIb</td> <td>Przydatność/skuteczność danego leczenia lub procedury jest słabiej potwierdzona dowodami/opiniami</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>Dowody lub ogólna opinia, że dane leczenie lub procedura nie jest przydatna/skuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa</td> </tr> </tbody> </table>	Klasa rekomendacji	Opis	A	Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań klinicznych lub metaanaliz	B	Dane pochodzące z pojedynczego randomizowanego badania klinicznego lub dużych badań nierandomizowanych	C	Konsensus opinii ekspertów i/lub małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów	Jakość dowodów	Definicja	I	Wystarczające dowody i/lub ogólna zgoda co do tego, że dane leczenie lub procedura są korzystne, użyteczne, skuteczne	II	Sprzeczne dowody i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub procedury	Ila	Ciężar dowodów/opinii przemawia za przydatnością/skutecznością danego leczenia lub procedury	IIb	Przydatność/skuteczność danego leczenia lub procedury jest słabiej potwierdzona dowodami/opiniami	III	Dowody lub ogólna opinia, że dane leczenie lub procedura nie jest przydatna/skuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa
Klasa rekomendacji	Opis																				
A	Dane pochodzące z wielu randomizowanych badań klinicznych lub metaanaliz																				
B	Dane pochodzące z pojedynczego randomizowanego badania klinicznego lub dużych badań nierandomizowanych																				
C	Konsensus opinii ekspertów i/lub małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów																				
Jakość dowodów	Definicja																				
I	Wystarczające dowody i/lub ogólna zgoda co do tego, że dane leczenie lub procedura są korzystne, użyteczne, skuteczne																				
II	Sprzeczne dowody i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub procedury																				
Ila	Ciężar dowodów/opinii przemawia za przydatnością/skutecznością danego leczenia lub procedury																				
IIb	Przydatność/skuteczność danego leczenia lub procedury jest słabiej potwierdzona dowodami/opiniami																				
III	Dowody lub ogólna opinia, że dane leczenie lub procedura nie jest przydatna/skuteczna, a w niektórych przypadkach może być szkodliwa																				
<p>National Comprehensive</p>	<p>Metodologia: konsensus ekspertów.</p>																				

¹⁴⁸ Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur. Heart. J. 37(29): 2315-2381

Cancer Network – NCCN 2016¹⁴⁹	Rekomendacje: <ul style="list-style-type: none"> • Ponieważ palacze z chorobą nowotworową często wykazują wysoki poziom uzależnienia od nikotyny, eksperci zalecają multimodalne podejście do terapii odwykowej. Zaleca się, aby plany leczenia dla wszystkich palaczy chorych na raka obejmowały następujące 3 zasady: oparte na dowodach strategii motywacyjne i terapia behawioralna (poradnictwo), farmakoterapia oparta na dowodach oraz ścisła obserwacja w razie potrzeby. • Połączenie terapii farmakologicznej z terapią behawioralną jest najbardziej efektywnym podejściem i prowadzi do najlepszych wyników w zaprzestaniu palenia (Kategoria dowodów: 2A). • Dwa najbardziej skuteczne środki farmakoterapeutyczne to kombinowana nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) i wareniklina (Kategoria dowodów: 2A). • Najbardziej skuteczna jest terapia behawioralna o wysokiej intensywności z wieloma sesjami poradnictwa, ale zalecana jest realizacja przynajmniej krótkiej porady (Kategoria dowodów: 2A). • Status palenia powinien być udokumentowany w karcie zdrowia pacjenta. Dokumentacja medyczna pacjenta powinna być aktualizowana w regularnych odstępach czasu, aby wskazać zmiany w statusie palenia, podjęte próby rzucenia palenia i efektywność podjętych wysiłków (Kategoria dowodów: 2A). • W przypadku pacjentów, którzy obecnie palą (lub palili w ciągu ostatnich 30 dni), lekarze powinni ustalić stopień uzależnienia od nikotyny, aby ocenić szanse na sukces i ryzyko nawrotu oraz udokumentować wyniki w karcie zdrowia pacjenta. Aby ocenić nasilenie uzależnienia od nikotyny, personel powinien zapytać pacjentów o liczbę wypalanych papierosów dziennie, jak szybko pacjent pali po przebudzeniu rano, czy pacjent używa innych form tytoniu (np. fajek, cygar, tabaki, e-papierosów), a jeśli tak, to w jakiej ilości. Test Fagerströma na uzależnienie od nikotyny jest alternatywnym, wystandaryzowanym narzędziem do oceny uzależnienia od nikotyny (Kategoria dowodów: 2A). • Aby jak najlepiej dostosować leczenie, personel medyczny powinien również zebrać informacje dotyczące historii prób rzucenia palenia przez pacjenta oraz powodów, dla których były one skuteczne lub nie. W szczególności powinni ustalić najdłuższy osiągnięty okres abstynencji, datę ostatniej próby rzucenia palenia, jakie środki wspomagające zaprzestanie palenia zostały użyte i dlaczego zawiodły. Ważne jest, aby udokumentować wcześniejsze doświadczenia pacjenta ze środkami wspomagającymi w rzucaniu palenia, w tym wszelkimi lekami, terapią behawioralną, e-papierosami, poradniami, stronami internetowymi, aplikacjami mobilnymi lub innymi pomocami medialnymi. Ważną informacją w procesie terapeutycznym są informacje o ww. metodach, które były pomocne, a które okazały się nieskuteczne (Kategoria dowodów: 2A). • Należy określić gotowość pacjenta do rzucenia palenia w ciągu najbliższego miesiąca. Zachęca się personel medyczny, aby prowadził dialog motywacyjny na temat palenia i upewnił się, że pacjenci są świadomi ryzyka związanego z paleniem i korzyści płynących z zaprzestania palenia. Należy zapewnić zasoby edukacyjne. Panel zaleca, aby klinicyści przedstawili pacjentom powody, pomysły i potrzeby zaprzestania palenia (Kategoria dowodów: 2A). • Jeśli pacjenci nie są gotowi do rzucenia palenia w ciągu następnego miesiąca, lekarze powinni ocenić i zająć się zgłaszanymi przez pacjentów barierami i obawami dotyczącymi zaprzestania palenia. Jeśli to możliwe, personel medyczny powinien współpracować z pacjentami, aby ustalić jak najbliższą datę rzucenia palenia i/lub rozważyć ograniczenie palenia w najbliższej przyszłości. Panel zachęca do natychmiastowego rozpoczęcia farmakoterapii ukierunkowanej na redukcję palenia z celem zaprzestania palenia w najbliższej przyszłości (Kategoria dowodów: 2A). • Aby ocenić pacjentów, którzy niedawno rzucili palenie co najmniej 30 dni wcześniej, personel medyczny powinien ocenić i udokumentować ryzyko nawrotu nałogu u pacjenta. Panel podkreśla następujące cechy w celu zidentyfikowania pacjentów z wysokim ryzykiem nawrotu: częste/intensywne łaknienie; podwyższony niepokój, stres lub depresja; praca z palaczami; rzucenie palenia w ciągu ostatniego roku; stosowanie trwałego leczenia rzucania palenia; używanie lub nadużywanie narkotyków/alkoholu. Panel uważa, że pacjenci wykazujący co najmniej jedną z ww. cech są bardziej
---	--

¹⁴⁹ Shields P. G., Herbst R. S., Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 14(11): 1430-1468

	<p>narażeni na nawrót i zaleca włączenie planu leczenia dostosowanego do zapobiegania nawrotom. Lekarze powinni omówić ryzyko nawrotu z pacjentami oraz zapewnić wskazówki i wsparcie w celu promowania ciągłych prób zaprzestania palenia (Kategoria dowodów: 2A).</p> <ul style="list-style-type: none">• Można rozważyć krótko działającą nikotynową terapię zastępczą jako środek podtrzymujący abstynencję (Kategoria dowodów: 2A).• W przypadku pacjentów, u których ryzyko nawrotu jest niskie, personel medyczny powinien wzmacniać sukces pacjenta i podkreślać znaczenie ciągłej abstynencji. Ryzyko nawrotu powinno być ponownie oceniane podczas kolejnych wizyt (Kategoria dowodów: 2A).• Nawroty do palenia i krótkie odstępstwa są częste. W związku z tym specjaliści powinni to wyjaśnić pacjentowi i zapewnić wskazówki oraz wsparcie, aby zachęcić go do kontynuowania próby rzucenia palenia. Nawroty nałogu nie muszą być wskazaniem do wypróbowania alternatywnej metody. Może być konieczne podjęcie więcej niż jednej próby rzucenia palenia w przypadku tej samej terapii, aby osiągnąć długotrwałe efekty (Kategoria dowodów: 2A).• Leczenie nikotynizmu powinno być oferowane w ramach leczenia onkologicznego i kontynuowane przez cały czas trwania opieki onkologicznej, w tym podczas opieki u schyłku życia. Należy położyć nacisk na preferencje i wartości pacjenta przy rozważaniu najlepszego podejścia do leczenia uzależnienia (Kategoria dowodów: 2A).• Organizacja zaleca, aby personel medyczny informował pacjentów o potencjalnych korzyściach płynących z zaprzestania palenia, w tym o poprawie przeżycia, wynikach leczenia i jakości życia, a także o zmniejszeniu toksyczności związanej z leczeniem, skutkach ubocznych leków i powikłaniach chirurgicznych. Pacjentów należy pouczyć o specyficznych zagrożeniach związanych z paleniem podczas leczenia konkretnego nowotworu i należy ich zachęcać do zaprzestania palenia tak wcześnie, jak to możliwe – najlepiej przed rozpoczęciem terapii onkologicznej (Kategoria dowodów: 2A).• Po dokonaniu oceny statusu palenia, lekarze powinni opracować indywidualny plan leczenia uzależnienia od tytoniu i ustalić wspólnie z pacjentem datę rzucenia palenia (Kategoria dowodów: 2A).• Należy odbyć 4 lub więcej sesji terapeutycznych podczas każdego 12-tygodniowego cyklu farmakoterapii. Pierwsza sesja jest zalecana w ciągu pierwszych 2-3 tygodni (Kategoria jakości dowodów: 2A):<ul style="list-style-type: none">○ czas trwania: 10-30+ minut na sesję;○ należy udzielić co najmniej krótkiej porady, trwającej co najmniej 3 minuty.• Zaleca się terapię indywidualną lub grupową, osobistą i/lub telefoniczną, w koordynacji z poradnią antynikotynową, jeśli jest dostępna (Kategoria jakości dowodów: 2A):<ul style="list-style-type: none">○ w przypadku osób w trakcie trwającego leczenia onkologicznego, terapia behawioralna może odbywać się podczas zaplanowanych wizyt onkologicznych, aby uniknąć potrzeby dodatkowych wizyt;○ należy skierować pacjenta do telefonicznej poradni antynikotynowej, oprócz zapewnienia krótkiego doradztwa ze strony personelu medycznego, jeśli nie jest dostępna interwencja psychologiczna.• Terapia behawioralna powinna być prowadzona przez specjalistę ds. leczenia uzależnienia od nikotyny lub wyspecjalizowanego pracownika (np. pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego) przeszkolonego w zakresie strategii motywacyjnych i behawioralnych związanych z rzucaniem palenia (Kategoria jakości dowodów: 2A).• Terapia powinna obejmować trening umiejętności, wsparcie i rozmowy motywacyjne z wykorzystaniem drukowanych lub internetowych materiałów edukacyjnych dla pacjentów (Kategoria jakości dowodów: 2A).• Preferowane podstawowe opcje terapii farmakologicznej to:<ul style="list-style-type: none">○ skojarzona NTZ (połączona z długo- i krótko działającą formami) – obejmuje stosowanie plastra nikotynowego oraz krótko działającej NTZ (np.
--	--

	<p>w przypadku napadu głodu nikotynowego): takiego jak guma nikotynowa, pastylka do ssania, inhalator lub aerozol do nosa,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ wareniklina. • Jako ogólną zasadę, panel zaleca wypróbowanie obu preferowanych podstawowych metod leczenia (skojarzenia NTZ i warenikliny) przed przystąpieniem do którejkolwiek z kolejnych opcji farmakoterapii. Każda farmakoterapia powinna być zawsze połączona ze wsparciem behawioralnym (Kategoria jakości dowodów: 2A). • Do zalecanych wariantów następnej terapii należy kombinacja NTZ z bupropionem lub sam bupropion (Kategoria jakości dowodów: 2B). <table border="1" data-bbox="427 432 2069 683"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="427 432 2069 480">Kategorie jakości dowodów i konsensusu ekspertów NCCN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 480 701 528">1</td> <td data-bbox="701 480 2069 528">Na podstawie dowodów wysokiej jakości, a także istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 528 701 576">2A</td> <td data-bbox="701 528 2069 576">Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 576 701 624">2B</td> <td data-bbox="701 576 2069 624">Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz jest zgodność NCCN, że interwencja jest słuszna</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 624 701 683">3</td> <td data-bbox="701 624 2069 683">Na podstawie każdej jakości dowodów, a także NCCN nie ma zgodności co do tego, czy interwencja jest słuszna</td> </tr> </tbody> </table>	Kategorie jakości dowodów i konsensusu ekspertów NCCN		1	Na podstawie dowodów wysokiej jakości, a także istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna	2A	Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna	2B	Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz jest zgodność NCCN, że interwencja jest słuszna	3	Na podstawie każdej jakości dowodów, a także NCCN nie ma zgodności co do tego, czy interwencja jest słuszna
Kategorie jakości dowodów i konsensusu ekspertów NCCN											
1	Na podstawie dowodów wysokiej jakości, a także istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna										
2A	Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz istnieje jednolity konsensus NCCN, że interwencja jest słuszna										
2B	Na podstawie dowodów o niższej jakości, lecz jest zgodność NCCN, że interwencja jest słuszna										
3	Na podstawie każdej jakości dowodów, a także NCCN nie ma zgodności co do tego, czy interwencja jest słuszna										
<p>American Academy of Pediatrics – AAP 2015¹⁵⁰</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Należy pytać o używanie tytoniu i narażenie na dym tytoniowy w ramach wizyt kontrolnych oraz wizyt dotyczących chorób, które mogą być spowodowane lub nasilone przez narażenie na dym tytoniowy (Silna rekomendacja). • Można zadać następujące pytania rodzicom: <ul style="list-style-type: none"> ○ czy Twoje dziecko mieszka z kimś, kto używa tytoniu? ○ czy ktoś, kto opiekuje się Twoim dzieckiem pali? ○ czy Twoje dziecko odwiedza miejsca, w których inni ludzie palą? ○ czy ktoś pali w Twoim domu? ○ czy ktoś pali w Twoim samochodzie? ○ czy kiedykolwiek czułeś dym od sąsiadów w swoim domu lub mieszkaniu lub w jego pobliżu? • Przydatne pytania skierowane do dzieci i młodzieży podczas wizyty lekarskiej: <ul style="list-style-type: none"> ○ czy ktoś z Twoich znajomych używa tytoniu? ○ czy kiedykolwiek próbowałeś produktu tytoniowego? ○ ile razy próbowałeś (nazwa wyrobu tytoniowego)? 										

¹⁵⁰ Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. Pediatrics. 136(5): 1008-17

	<ul style="list-style-type: none"> ○ jak często używasz (nazwa wyrobu tytoniowego)? ○ czy Twoi znajomi używają e-papierosów, e-fajek wodnych lub vape? ○ czy próbowałeś e-papierosa, e-fajki wodnej lub vape? • Należy uwzględnić profilaktykę palenia tytoniu jako część poradnictwa prewencyjnego (Silna rekomendacja). • Należy uwzględnić uzależnienie od tytoniu rodziców/opiekunów w ramach pediatrycznej opieki zdrowotnej (Silna rekomendacja). <ul style="list-style-type: none"> ○ Rekomenduje się leczenie uzależnienia od nikotyny u uzależnionych rodziców i opiekunów (Silna rekomendacja). ○ Konieczne jest wdrożenie systemów umożliwiających identyfikację rodziców uzależnionych od tytoniu i oferowanie im poradnictwa, leczenia oraz zaleceń dotyczących leczenia i/lub skierowań do instytucji zajmujących się tym uzależnieniem (Rekomendacja). • Należy oferować leczenie uzależnienia od tytoniu i/lub skierowanie do specjalistycznych poradni nastolatkom, którzy chcą rzucić palenie (Silna rekomendacja). • Farmakoterapia uzależnienia od tytoniu może być rozważana u umiarkowanie lub ciężko uzależnionych od tytoniu nastolatków, którzy chcą rzucić palenie (Opcjonalna rekomendacja). • Zaleca się oferowanie osobom uzależnionym od tytoniu skierowanie do telefonicznej linii wspomagającej rzucanie palenia (Silna rekomendacja). • Należy rozważyć możliwość wystąpienia objawów neuropsychicznych podczas leczenia uzależnienia od tytoniu (Rekomendacja). • Nie należy zalecać elektronicznych systemów dostarczania nikotyny w leczeniu uzależnienia od tytoniu (Silna rekomendacja). • Jeśli nie można wyeliminować źródeł narażenia dziecka na dym tytoniowy, należy zapewnić konsultacje dotyczące sposobów ograniczenia narażenia dziecka na bierne palenie (Rekomendacja). 																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 15%;">Klasa dowodów</th> <th style="width: 40%;">Jakość dowodów</th> <th style="width: 20%;">Przewaga korzyści lub szkód</th> <th style="width: 25%;">Balans korzyści i szkód</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Dobrze zaprojektowane randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne na znaczącej populacji</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Mocna rekomendacja (możliwa dla A i B) lub rekomendacja (możliwa dla B i C)</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Opcjonalna rekomendacja</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne z niewielkimi ograniczeniami; w przeważającej mierze spójne dowody z badań obserwacyjnych</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Badania obserwacyjne (badania kliniczno-kontrolne i badania kohortowe)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>Opinie ekspertów, opisy przypadków, wnioskowanie na podstawie podstawowych zasad</td> <td style="text-align: center;">Opcjonalna rekomendacja</td> <td style="text-align: center;">Brak rekomendacji</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td>Wyjątkowe sytuacje, w których nie można przeprowadzić badań walidacyjnych, a istnieje wyraźna przewaga korzyści lub szkód</td> <td style="text-align: center;">Mocna rekomendacja lub rekomendacja</td> <td style="text-align: center;">–</td> </tr> </tbody> </table>	Klasa dowodów	Jakość dowodów	Przewaga korzyści lub szkód	Balans korzyści i szkód	A	Dobrze zaprojektowane randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne na znaczącej populacji	Mocna rekomendacja (możliwa dla A i B) lub rekomendacja (możliwa dla B i C)	Opcjonalna rekomendacja	B	Randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne z niewielkimi ograniczeniami; w przeważającej mierze spójne dowody z badań obserwacyjnych	C	Badania obserwacyjne (badania kliniczno-kontrolne i badania kohortowe)	D	Opinie ekspertów, opisy przypadków, wnioskowanie na podstawie podstawowych zasad	Opcjonalna rekomendacja	Brak rekomendacji	X	Wyjątkowe sytuacje, w których nie można przeprowadzić badań walidacyjnych, a istnieje wyraźna przewaga korzyści lub szkód	Mocna rekomendacja lub rekomendacja	–
Klasa dowodów	Jakość dowodów	Przewaga korzyści lub szkód	Balans korzyści i szkód																		
A	Dobrze zaprojektowane randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne na znaczącej populacji	Mocna rekomendacja (możliwa dla A i B) lub rekomendacja (możliwa dla B i C)	Opcjonalna rekomendacja																		
B	Randomizowane kontrolowane badania kliniczne lub badania diagnostyczne z niewielkimi ograniczeniami; w przeważającej mierze spójne dowody z badań obserwacyjnych																				
C	Badania obserwacyjne (badania kliniczno-kontrolne i badania kohortowe)																				
D	Opinie ekspertów, opisy przypadków, wnioskowanie na podstawie podstawowych zasad	Opcjonalna rekomendacja	Brak rekomendacji																		
X	Wyjątkowe sytuacje, w których nie można przeprowadzić badań walidacyjnych, a istnieje wyraźna przewaga korzyści lub szkód	Mocna rekomendacja lub rekomendacja	–																		

<p>Centers for Disease Control and Prevention/ National Institute for Occupational Safety and Health – CDC/NIOSH 2015¹⁵¹</p>	<p>Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eksperci wskazują, aby co najmniej ustanawiać i utrzymać miejsca pracy wolne od dymu tytoniowego. Miejsca pracy wolne od dymu tytoniowego powinny być tworzone w porozumieniu z programami wspierającymi rzucenie palenia. Strefy wolne od dymu powinny obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ wszystkie pomieszczenia wewnętrzne bez wyjątków (tzn. nie ma żadnych wewnętrznych obszarów dla palaczy, nawet jeśli są oddzielnie zamknięte i/lub wentylowane), ○ wszystkie obszary bezpośrednio przed wejściami do budynku i wlotami powietrza, ○ wszystkie pojazdy służbowe. <p>Dodatkowo, z tych miejsc należy usunąć popielniczki.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optymalnym podejściem jest ustanowienie i utrzymanie miejsc pracy całkowicie wolnych od tytoniu, uniemożliwiając używanie jakichkolwiek wyrobów tytoniowych na terenie całego kampusu miejsca pracy. • Należy przestrzegać aktualne przepisy BHP, które zabraniają lub ograniczają palenie, wyroby do palenia i/lub używanie innych wyrobów tytoniowych w miejscach pracy charakteryzujących się obecnością materiałów wybuchowych lub wysoce łatwopalnych i potencjalnym narażeniem na materiały toksyczne. • Zaleca się dostarczanie informacji o zagrożeniach dla zdrowia związanych z paleniem tytoniu oraz o korzyściach wynikających z rzucenia palenia wszystkim pracownikom i innym osobom pracującym w zakładzie (np. podwykonawcom i wolontariuszom). • Rekomenduje się dostarczanie informacji na temat oferowanych przez pracodawcę i ogólnodostępnych usług związanych z rzucaniem palenia tytoniu wszystkim pracownikom i innym osobom zatrudnionym w miejscu pracy. • Należy oferować i promować kompleksowe wsparcie w zakresie zaprzestania palenia tytoniu wszystkim pracownikom używającym tytoniu oraz w miarę możliwości, osobom będącym na ich utrzymaniu. • Należy zapoznać się z dostępnymi wytycznymi krajowymi dotyczącymi objęcia ubezpieczeniem rzucenia palenia tytoniu w ramach realizacji ustawy ACA (ang. <i>The Affordable Care Act</i>) przed opracowaniem, wdrożeniem lub modyfikacją polityki, interwencji lub kontroli związanych z tytoniem. • Zaleca się opracowywanie, wdrażanie i modyfikowanie polityki, interwencji i kontroli związanych z tytoniem w sposób stopniowy i oparty na współpracy. Uzyskanie wkładu od pracowników, przedstawicieli pracowników, kierownictwa liniowego, personelu ds. bezpieczeństwa/zdrowia i odnowy biologicznej oraz specjalistów ds. zasobów ludzkich. Wśród osób udzielających informacji powinny znaleźć się obecne i były osoby używające tytoń, jak również te, które nigdy nie paliły. Należy dążyć do dobrowolnego udziału pracowników cierpiących na choroby serca i astmę, zaostrzone przez narażenie na bierne palenie. • Należy upewnić się, że wszelkie zasady różnicowania świadczeń pracowniczych w zależności od używania tytoniu lub uczestnictwa w programach rzucania palenia są opracowane z głównym zamiarem poprawy zdrowia pracowników i są zgodne ze wszystkimi obowiązującymi przepisami ogólnokrajowymi i lokalnymi. Nawet jeśli jest to dopuszczalne przez prawo, takie zasady zróżnicowanych świadczeń pracowniczych – jak również zasady zróżnicowanego zatrudniania w oparciu o używanie tytoniu – powinny być wdrażane tylko po poważnym rozważeniu kwestii etycznych i możliwych do
--	---

¹⁵¹ Castellan R. M., Chosewood L. C., Trout D. et al. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies. Pozyskano z: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-113/default.html>, dostęp z 30.10.2022

	wystąpienia problemów.
<p>World Health Organization – WHO 2013¹⁵²</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W celu rozwiązania problemu ingerencji przemysłu tytoniowego w politykę zdrowia publicznego rekomenduje się następujące działania: <ul style="list-style-type: none"> ○ Podnoszenie świadomości na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych oraz na temat ingerencji przemysłu tytoniowego w politykę ograniczania użycia tytoniu. ○ Ustanowienie środków mających na celu ograniczenie interakcji z przemysłem tytoniowym oraz zapewnienie przejrzystości tych interakcji, które mają miejsce. ○ Odrzucenie partnerstw oraz niewiążących lub niewykonalnych porozumień rządu z przemysłem tytoniowym. ○ Unikanie konfliktu interesów w przypadku urzędników i pracowników rządowych. ○ Wymaganie, aby informacje dostarczane przez przemysł tytoniowy były przejrzyste i dokładne. ○ W miarę możliwości, uregulowanie działań określanych przez przemysł tytoniowy jako „społecznie odpowiedzialne”, w tym (ale nie tylko) działań określanych jako „odpowiedzialność społeczna biznesu”. ○ Nie należy traktować przemysłu tytoniowego w sposób ulgowy. ○ Powinno się traktować państwowy przemysł tytoniowy w taki sam sposób jak każdy inny przemysł tytoniowy. • Powinno się wymagać, aby producenci i importerzy wyrobów tytoniowych ujawniali organom rządowym informacje o składnikach wyrobów tytoniowych stosowanych do ich produkcji w określonych przedziałach czasu, według rodzaju produktu i dla każdej marki produktu oddzielnie. W przeciwieństwie do ujawniania składników jako części wspólnego wykazu, ujawnianie informacji na temat poszczególnych rodzajów wyrobów w ujednoczonym formacie umożliwi organom rządowym analizowanie trendów oraz śledzenie subtelnych zmian w ich składzie. • Należy zagwarantować, że producenci i importerzy ujawniają organom rządowym składniki stosowane do produkcji każdego z ich wyrobów tytoniowych oraz ilości składników zużywane na jednostkę każdego wyrobu tytoniowego, w tym składniki obecne w elementach składowych wyrobu (np. w filtrze, bibułce, kleju), w odniesieniu do każdej marki. Niedopuszczalne jest ujawnianie jedynie maksymalnych ilości według kategorii składnika lub jedynie ilości całkowitej. Takie postępowanie poważnie ograniczyłoby zakres możliwych do przeprowadzenia analiz. • Należy wymagać od producentów i importerów ujawniania szczegółowych informacji na temat charakterystyki użytych przez nich liści tytoniu. • Powinno się wymagać od producentów i importerów powiadamiania organów rządowych o wszelkich zmianach w składnikach wyrobów tytoniowych w momencie dokonywania tych zmian. • Należy wymagać, aby producenci i importerzy dostarczali organom rządowym oświadczenie określające cel włączenia składnika do wyrobu tytoniowego oraz inne istotne informacje.

¹⁵² World Health Organization (2013). WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 – 2013 edition. Pozyskano z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80510>, dostęp z 31.10.2022

	<ul style="list-style-type: none">• Strony powinny wymagać, aby producenci ujawniali nazwę, adres i inne informacje kontaktowe dostawcy każdego składnika w celu ułatwienia bezpośredniego ujawnienia dostawcy, w stosownych przypadkach, oraz do celów monitorowania zgodności.• Ustawodawstwo powinno regulować, poprzez zakaz lub ograniczenia, składniki, które mogą być stosowane do zwiększenia walorów smakowych wyrobów tytoniowych.• Ustawodawca powinien zakazać lub ograniczyć stosowanie składników, które mają właściwości barwiące w wyrobach tytoniowych. Jednakże powinien rozważyć dopuszczenie stosowania barwników do oznaczeń związanych z podatkami lub do ostrzeżeń i komunikatów zdrowotnych.• Ustawodawstwo powinno zakazywać stosowania w wyrobach tytoniowych składników, które mogą stwarzać wrażenie, że mają one korzyści dla zdrowia.• Ustawodawstwo powinno zakazywać stosowania w wyrobach tytoniowych składników kojarzonych z energią i witalnością, takich jak związki pobudzające.• Należy wymagać, aby producenci i importerzy wyrobów tytoniowych ujawniali organom rządowym w określonych przedziałach czasowych i w stosownych przypadkach informacje dotyczące cech konstrukcyjnych, w tym wyniki badań przeprowadzonych przez przemysł tytoniowy.• W celu ustanowienia i utrzymania spójności danych zgłaszanych przez przemysł tytoniowy, ustawodawcy powinni określić zalecane metody zgłaszania cech konstrukcyjnych.• Ustawodawstwo powinno zapewnić, aby każdy producent i importer dostarczał organom rządowym kopię sprawozdania laboratoryjnego, w którym przeprowadzono analizę laboratoryjną danej cechy konstrukcyjnej, jak również dowód potwierdzający akredytację laboratorium, które przeprowadziło analizę.• W przypadku jakiegokolwiek zmiany cech konstrukcyjnych danej marki wyrobu tytoniowego, należy wymagać, aby producenci powiadamiali organy rządowe o zmianie oraz dostarczali uaktualnione informacje, gdy zmiana zostanie wprowadzona.• Ustawodawca powinien wymagać, aby papierosy spełniały normy zmniejszonej skłonności do zapłonu, biorąc pod uwagę swoje narodowe uwarunkowania i priorytety.• Ustawodawca powinien rozważyć określenie standardu, który odpowiadałby co najmniej obecnej praktyce międzynarodowej, w odniesieniu do odsetka papierosów, które mogą nie spalić się na całej długości podczas badania.• Nie może być dopuszczalne formułowanie jakichkolwiek twierdzeń sugerujących, że papierosy o zmniejszonej skłonności do zapłonu nie byłyby w stanie wzniecić pożaru.• Ustawodawstwo powinno wymagać, aby producenci i importerzy wyrobów tytoniowych ujawniali ogólne informacje o przedsiębiorstwie, w tym nazwę, adres ulicy oraz informacje kontaktowe dotyczące głównego miejsca prowadzenia działalności oraz każdego zakładu produkcyjnego i importowego. Informacje te mogą być przydatne do celów monitorowania.• Należy rozważyć wprowadzenie wymogu, aby producenci i importerzy wyrobów tytoniowych ujawniali, oddzielnie dla każdej marki, informacje o wielkości sprzedaży w sztukach w danym okresie.• Należy rozważyć, zgodnie ze swoim ustawodawstwem krajowym, publiczne udostępnienie informacji o toksycznych składnikach, emisjach z wyrobów tytoniowych oraz innych informacji ujawnionych przez przemysł (np. jako oświadczenie w Internecie lub poprzez odpowiedź na wniosek skierowany do władz)• Należy utworzyć infrastrukturę wspierającą edukację, komunikację i szkolenia oraz zapewnić, że będzie ona skutecznie wykorzystywana do podnoszenia
--	--

	<p>świadomości społecznej i promowania zmian społecznych, w celu zapobiegania, ograniczania lub eliminowania i narażenia na dym tytoniowy.</p> <ul style="list-style-type: none">• Władze powinny aktywnie angażować członków społeczeństwa na różnych etapach takich jak planowanie, opracowywanie, wdrażanie, monitorowanie i programów edukacyjnych i szkoleń.• Władze powinny ograniczyć swoją współpracę do członków społeczeństwa, którzy nie są związani z przemysłem tytoniowym.• Władze powinny zapewnić społeczeństwu swobodny i powszechny dostęp do dokładnych i prawdziwych informacji na temat strategii i działań przemysłu tytoniowego oraz na temat jego produktów. Programy edukacyjne, szkolenia i sama świadomość społeczna powinny obejmować szeroki zakres wiedzy na temat działań przemysłu tytoniowego.• Władze powinny współpracować na poziomie międzynarodowym w celu zwiększenia globalnej świadomości społecznej.• Władze powinny monitorować, oceniać i rewidować swoje środki informacyjne, edukacyjne i szkoleniowe na poziomie krajowym i międzynarodowym w celu wypełnienia postanowień niniejszej Konwencji i obserwowania wszelkich tendencji.• Władze składające sprawozdania za pośrednictwem istniejącego instrumentu sprawozdawczego Konwencji powinny przedstawić informacje dotyczące edukacji, szkoleń i podnoszenia świadomości społecznej.• Ekspozycja i widoczność wyrobów tytoniowych w punktach sprzedaży stanowi reklamę i promocję i dlatego powinna być zakazana. Automaty do sprzedaży produktów tytoniowych powinny być zakazane, ponieważ stanowią one, poprzez samą swoją obecność, środek reklamy i promocji.• Opakowanie i wzornictwo produktu są ważnymi elementami reklamy i promocji. Władze powinny rozważyć przyjęcie wymogów dotyczących jednolitych opakowań w celu wyeliminowania wpływu reklamy lub promocji na otoczenie. Opakowanie, pojedyncze papierosy lub inne wyroby tytoniowe nie powinny zawierać żadnych reklam ani promocji, w tym cech graficznych, które sprawiają, że produkty są atrakcyjne.• Sprzedaż wyrobów tytoniowych przez Internet powinna być zakazana, ponieważ z natury rzeczy jest ich reklamą.• Władze powinny zakazać „rozciągania marki” i „dzielenia marki”, ponieważ są to środki reklamy i promocji wyrobów tytoniowych.• Władze powinny zakazać wnoszenia przez przedsiębiorstwa tytoniowe wkładów na rzecz wszelkich innych podmiotów na „cele społecznie odpowiedzialne”, ponieważ jest to forma sponsorowania.• Należy zakazać nagłaśniania „społecznie odpowiedzialnych” praktyk biznesowych przemysłu tytoniowego, ponieważ jest to forma sponsoringu.• Wdrożenie kompleksowego zakazu reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych nie musi kolidować z nie musi kolidować z legalnymi rodzajami wypowiedzi, takimi jak takie jak wypowiedzi dziennikarskie, artystyczne lub naukowe, czy też uzasadnione komentarze społeczne lub polityczne.• Strony powinny jednak podjąć środki w celu uniemożliwienia wykorzystania wypowiedzi dziennikarskich, artystycznych, naukowych, komentarzy społecznych lub politycznych do promowania używania tytoniu lub wyrobów tytoniowych.• Strony powinny podjąć szczególne środki dotyczące sposobu przedstawiania tytoniu w mediach rozrywkowych, w tym wymagać zaświadczeń, że nie otrzymano żadnych korzyści, zakazując wykorzystywania rozpoznawalnych marek lub wizerunków wyrobów tytoniowych, wymagając reklam antytytoniowych oraz wdrażając system ocen lub klasyfikacji.• Wszelkie wyjątki od kompleksowego zakazu reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych i sponsorowania przemysłu tytoniowego powinny być zdefiniowane i ściśle odnotowywane.• Władze powinny zakazać wszelkiego promowania wyrobów tytoniowych za pomocą wszelkich środków, które są fałszywe, wprowadzające w błąd,
--	--

	<p>zwodnicze lub mogą wywołać błędne wrażenie; należy nakazać umieszczenie ostrzeżeń lub komunikatów dotyczących zdrowia lub innych właściwych ostrzeżeń oraz wymagać regularnego ujawniania władzom przez przemysł tytoniowy wszelkich form reklamy, promocji i sponsoringu, w które angażuje się przemysł tytoniowy. Powinno się udostępniać ujawnione informacje opinii publicznej.</p> <ul style="list-style-type: none">• Władze, wprowadzając kompleksowy zakaz lub ograniczenia w zakresie reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych, powinny zapewnić, aby każda transgraniczna reklama, promocja i sponsorowanie wyrobów tytoniowych pochodząca spoza jej terytorium była zakazana lub ograniczona w taki sam sposób, jak wewnątrz krajowa reklama, promocja i sponsorowanie wyrobów tytoniowych.• Podmioty odpowiedzialne za reklamę, promocję i sponsorowanie wyrobów tytoniowych powinny zostać jasno zdefiniowane, a sposób pociągania ich do odpowiedzialności powinien zależeć od pełnionej przez nie roli.• Strony powinny wprowadzić i stosować skuteczne, proporcjonalne i odstrasżające kary.• Strony powinny wyznaczyć właściwy, niezależny organ do monitorowania i egzekwowania tych regulacji oraz powierzyć mu niezbędne uprawnienia i zasoby.• Władze powinny promować i wzmacniać, we wszystkich sektorach społeczeństwa, świadomość społeczną w zakresie potrzeby wyeliminowania reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych oraz sposobów, w jakie członkowie społeczeństwa mogą działać w przypadku naruszenia tych przepisów.• Władze, które jeszcze tego nie uczyniły, powinny wdrożyć środki mające na celu promowanie zaprzestania palenia tytoniu i zwiększenia zapotrzebowania na leczenie uzależnienia od tytoniu zawarte w innych artykułach WHO FCTC.• Należy monitorować i oceniać wszystkie strategie i programy dotyczące zaprzestania palenia tytoniu i leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym ich wyników, aby obserwować tendencje.• Władze powinny współpracować na szczeblu międzynarodowym, aby zapewnić, że wdrażają najskuteczniejsze środki na rzecz zaprzestania palenia tytoniu.
--	--

5. Opinie ekspertów klinicznych

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do dziesięciu ekspertów z prośbą o opinię w sprawie zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny). Prośby o opinie skierowano do Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich w dziedzinach chorób płuc raz zdrowia publicznego. Zwrócono się także do ekspertów z dziedzin odpowiadających przedmiotowemu zakresowi: Kierownika Zakładu Epidemiologii i Promocji Zdrowia w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Prezesa Zarządu Fundacji „Polska Liga Walki z Rakiem”, Prezesa Fundacji „Promocja Zdrowia”, Koordynatora Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym, Kierownika Poradni Pomocy Palącym przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym. Na dzień zakończenia prac nad raportem 02.05.2023, uzyskano 3 opinie. Wszystkie otrzymane stanowiska eksperckie zostały dopuszczone decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględnione w niniejszym opracowaniu [Zal 1-3].

Poniżej przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 11 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Czy w Pana/Pani opinii istnieje zasadność dla prowadzenia programów polityki zdrowotnej przez JST w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)??

W przypadku stwierdzenia zasadności realizacji programów tego rodzaju przez JST, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 2. Jakie dodatkowe interwencje, oprócz edukacji, powinny być uwzględnione w programie z zakresu profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)?

Pytanie 3. Do jakiej populacji docelowej należy skierować program profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny) (np. dolna i górna granica wieku)?

Pytanie 4. W jakiej formie i jak długo należy prowadzić edukację uczestników programu?

Pytanie 5. Jakie kompetencje powinien posiadać personel medyczny przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?

Pytanie 6. Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?

Pytanie 7. Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).

Pytanie 8. Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?

Pytanie 9. Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?

Pytanie 10. Czy znane są Panu/Pani dowody naukowe dotyczące skuteczności profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny) (proszę wskazać np. przeglądy systematyczne, wyniki badań, wytyczne towarzystw naukowych)?

Pytanie 11. Czy w innych krajach prowadzone są programy populacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny)? Jeśli tak, proszę je wskazać (proszę wskazać źródło informacji).

Tabela 10. Zestawienie opinii ekspertów klinicznych

Pytanie	Prof. dr hab. n. med. Lucyna Mastalerz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla woj. małopolskiego [Zal 1]	Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego [Zal 2]	Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – Prezes Fundacji „Promocja Zdrowia” [Zal 3]
<p>Pytanie 1</p> <p>Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu</p>	<p>TAK</p> <p>Średnia osób palących tytoń w Polsce może sięgać nawet 25% populacji. Udowodniono związek palenia tytoniu nie tylko z nowotworami płuc, ale również z rakiem: jamy ustnej, wargi dolnej, jamy nosowej, gardła, krtani, płuc, przełyku, żołądka, wątroby, wątrobowo-komórkowym, trzustki, jelita grubego, nerki, pęcherza moczowego, prącia, szyjki macicy oraz trzonu macicy, niektórych typów białaczek.</p> <p>W zakresie polityki zdrowotnej, najważniejsza jest profilaktyka pierwotna.</p>	<p>Szacuje się, że 1 na 4 dorosłych mieszkańców Polski regularnie sięga po wyroby tytoniowe. Wśród wyrobów tytoniowych używanych przez mieszkańców Polski dominują papierosy paczkowane i tytoń do samodzielnego skręcania. Z perspektywy zdrowia publicznego niepokojące jest zjawisko używania wyrobów nikotynowych przez nastolatków i młodych dorosłych – w tej grupie znaczący odsetek stanowią użytkownicy papierosów elektronicznych. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że częstość stosowania wyrobów tytoniowych różni się w zależności od czynników socjoekonomicznych, w tym wieku, poziomu wykształcenia oraz statusu socjo-ekonomicznego. Problem palenia tytoniu jest szczególnie widoczny w miastach od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców. Dostępne ogólnopolskie programy profilaktyki uzależnień od tytoniu w mojej ocenie cechują się niską skutecznością. Wśród przyczyn tego zjawiska można wyróżnić m.in. brak personalizowanego podejścia, przestarzałe metody komunikacji i brak zorganizowanego poradnictwa antynikotynowego. Realizacja programów antynikotynowych przez JST, zwłaszcza we współpracy JST z lokalnymi placówkami medycznymi, w tym placówkami POZ, w mojej ocenie może znacząco przyczynić się do ograniczenia częstości palenia tytoniu i stosowania alternatywnych wyrobów nikotynowych. Znajduje to bezpośrednie przełożenie na stan zdrowia lokalnej populacji.</p>	<p>Istnieje pełna różnorodność prowadzenia programów polityki zdrowotnej w zakresie uzależnienia od tytoniu na całym świecie. Palenie konwencjonalnych papierosów jest w populacji dorosłych jedną z głównych przyczyn niezakaźnych chorób przewlekłych.</p> <p>Szacuje się, że obecnie przedwcześnie z powodu chorób odytoniowych umiera 80 tys. Polaków (-). Stale pali prawie 7 mln dorosłych, około 25% populacji mężczyzn i 15% populacji kobiet. Zmniejszenie częstości palenia konwencjonalnych papierosów jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia populacji Polski.</p> <p>Nieporównywalnie mniejszym problemem jest używanie tzw. e-papierosów z ich czystej nikotyny (<i>Nicotine Delivery Devices</i>). Używa ich w Polsce około 700 tys. dorosłych. Stanowią niewielki problem u dorosłej populacji, gdzie mogą też pomóc w rzucaniu palenia czy tzw. <i>harm reduction</i>. Aż 30% chłopców i 20% dziewczynek w Polsce używa codziennie tych urządzeń (-).</p> <p>Czysta nikotyna prowadzi do uszkodzenia mózgu, szczególnie w okresie dzieciństwa. Urządzenia te szczególnie u dzieci powinny być całkowicie zakazane, tak jak to ma miejsce w wielu krajach na świecie.</p> <p>Programy polityki zdrowotnej dla konwencjonalnych papierosów powinny być inne niż programy dla e-papierosów, przede wszystkim skierowane do dzieci.</p>

<p>Pytanie 2 Dodatkowe interwencje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zakaz palenia we wszystkich miejscach publicznych (zarówno w środku, jak i na zewnątrz). • Zakaz palenia w pomieszczeniach zamkniętych w towarzystwie innych osób (rodziny). • Dalszy wzrost ceny produktów tytoniowych. • Zakaz sprzedaży papierosów we wszystkich sklepach np.: spożywczych, stacjach paliw itd. • Stworzenie nielicznych, oddzielnych punktów sprzedaży papierosów np.: kiosk „wyroby tytoniowe”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programy ograniczania narażenia na bierne palenie (egzekwowanie zakazów, wzrost oznakowania, audyt polityk antytytoniowych). • Kształtowanie postaw wobec tytoniu za pomocą pośredniego działania na wzmacnianie wsparcia społecznego wobec ograniczenia palenia tytoniu. • Edukacja lekarzy POZ na temat poradnictwa antytytoniowego (w tym na temat e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych celem kompleksowego objęcia problemu używania wyrobów nikotynowych). 	<p>Program zmniejszenia zagrożenia chorobami odtyniowymi w Polsce powinien dotyczyć (chodzi o program dotyczący uzależnienia od konwencjonalnych papierosów) różnorodnych działań. Zostały one na przykład opisane w przyjętej przez Sejm w 1995 r. ustawie dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu. I bardzo dobrze wdrożone w latach 1995-2015.</p> <p>Zatoński W. A., Zatoński M., Janik-Konsewicz K. et al. (2017). Hundred years of cigarette smoking in Poland: three phases of tobacco epidemic. <i>J. Health Inequal.</i> 3(2): 118-122</p> <p>Przeźwoźniak K., Zatoński W. A (2022). Palenie Tytoniu. W: <i>Zdrowie Publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny.</i> Golinowska S. (red). Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa</p> <p>Zatoński W. A., Janik-Konsewicz K., Zatoński M. (2021). Role of primary prevention in lung cancer control in Poland. <i>J. Thorac. Oncol.</i> 16(10): e93-e94</p>
<p>Pytanie 3 Populacja docelowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 14-30 r.ż. 	<ul style="list-style-type: none"> • Populacja nastolatków w wieku szkolnym 15-19 lat w zakresie skutków palenia tytoniu i używania e-papierosów. • Populacja 18-64 w zakresie skutków palenia tytoniu w tym czynnego i biernego narażenia na dym tytoniowy. • Szczególną uwagę należy skierować do osób aktywnych zawodowo – promocja zdrowia w miejscu pracy w tym działań antytytoniowych może przyczynić się do osiągnięcia wysokiej skuteczności działań, przy minimalizacji nakładów. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programy profilaktyki uzależnień od tytoniu powinny dotyczyć całej populacji.
<p>Pytanie 4 Edukacja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W formie stacjonarnej, obozy i kolonie dla dzieci, które zaczynają sięgać po tytoń „przygodnie”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacja wielokierunkowa: <ul style="list-style-type: none"> ○ lekarz POZ, ○ lokalne media, 	<p>Program prewencji uzależnienia od papierosów powinien być prowadzony do pełnej eradykacji palenia w populacji. Programy edukacyjne zostały</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Filmy medyczne o szkodliwości palenia tytoniu – „płuca palacza”. Czas trwania indywidualny dla każdego uczestnika. Przedstawienie naukowych dowodów na szkodliwość palenia tytoniu. 	<ul style="list-style-type: none"> social media. Personalizacja kanałów komunikacji do odbiorców. Wykorzystanie potencjału Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Edukacja co najmniej 12 miesięcy, z największą intensywnością na początku programu i follow up co kwartał. Ocena statusu palenia (czy pali tytoń/używa nikotyny) po 12 miesiącach od interwencji (możliwe użycie kwestionariusza Fagerströma i ocena poziomu uzależnienia od nikotyny). 	<p>opisane np. Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, szeroko wprowadzonym w Polsce.</p>
<p>Pytanie 5</p> <p>Kompetencje personelu medycznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> Powinni być to lekarze i/lub „biały personel” z wykształceniem wyższym. 	<p>Lekarz i pielęgniarka POZ lub pracownik pionu promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Z uwagi na zakres tematyczny wystarczy podstawowa wiedza z zakresu poradnictwa antytytoniowego – 5P.</p> <p>Należy zwrócić szczególną uwagę na:</p> <ul style="list-style-type: none"> dokumentację statusu palenia w kartotece medycznej, pytanie pacjenta o używanie alternatywnych form dostarczania nikotyny, w tym e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych, wywiad motywacyjny (doi: 10.3390/ijerph16193595). <p>Ponadto, personel powinien znać aktualne dane epidemiologiczne na temat używania wyrobów nikotynowych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem różnic socjogeograficznych. Należy też dostarczyć danych na temat używania wyrobów nikotynowych wśród imigrantów.</p>	<p>Personel medyczny powinien być przeszkolony w zakresie prowadzenia profilaktyki, a szczególnie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Szkolenia tego typu zostały przygotowane i opublikowane przez nasz zespół i są dostępne.</p>
<p>Pytanie 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sale dla maksymalnie 15 osób. 	<p>Standardowe warunki lokalowe dla podmiotu leczniczego.</p>	<p>Prowadzenie efektywnych działań dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu nie wymaga</p>

Warunki lokalowe i sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometr – demonstracja chorego na POChP i osoby zdrowej (uczestnika). • Monitor, filmy, wideo, książki itd. • Manekin „płuca palacza” i osoby zdrowej, niepalącej. • Kącik laboratoryjny z substancjami szczególnie smolistymi, zawartymi w wyrobach tytoniowych. 		żadnych specjalistycznych warunków lokalowych czy sprzętu.
Pytanie 7 Cele i mierniki PPZ	<ul style="list-style-type: none"> • Chęć palenia (skala/test) określana przez psychologa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ograniczenie odsetka osób deklarujących używanie wyrobów nikotynowych o 10%. • Ograniczenie odsetka nastolatków rozpoczynających inicjację nikotynową o 10%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rzucanie palenia przez osoby palące powinno być weryfikowane testem smokerlyzerowym przy pomocy smokerlyzera. • Najważniejszym celem jest zmniejszenie częstości palenia w populacji także w subpopulacjach.
Pytanie 8 Wskaźniki do pomiaru realizacji celów	<ul style="list-style-type: none"> • Stopień motywacji (skala/test) co do chęci niepalenia określony przez psychologa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dane z badań epidemiologicznych, w tym częstości palenia, używania e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych oraz ocena narażenia na bierne palenie w miejscach publicznych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogą być stosowane pomiary poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu oraz test Fagerströma (W. Zatoński „Jak rzucić palenie”).
Pytanie 9 Wskaźniki monitorowania i ewaluacji programu	<ul style="list-style-type: none"> • Porównanie grupy biorącej udział w programie profilaktycznym z identyczną grupą bez profilaktyki. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób, które rzuciły palenie w okresie prowadzenia programu. • Odsetek osób, które podjęły próbę rzucenia palenia w okresie prowadzenia programu. • Odsetek osób, które uczestniczyły w kolejnych wizytach w ramach programu. • Odsetek nastolatków rozpoczynających inicjację nikotynową. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pomiar tlenu węgla w powietrzu wydychanym palacza. • Test Fagerströma. • Różne substesty.
Pytanie 10 Doniesienia naukowe dotyczące skuteczności profilaktyki	<p>Shi X., Yuan W., Cao Q. et al. (2022). Education plays a crucial role in the pathway from poverty to smoking: a Mendelian randomization study. Addiction. DOI: 10.1111/add.16019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/improve_health/index.htm 	Zostały opublikowane liczne badania skuteczności i profilaktyki dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Istnieje konsensus Polskich Towarzystw Lekarskich w sprawie rzucania palenia tytoniu. W Polsce w 1980 r. codziennie paliło papierosy 16 mln Polaków, w ostatnim badaniu

uzależnień od tytoniu		<ul style="list-style-type: none"> • https://www.ersnet.org/news-and-features/news/ers-position-paper-on-tobacco-harm-reduction-2/ • https://www.cochrane.org/CD006936/TOBACC_O_does-motivational-interviewing-help-people-quit-smoking • https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1653901298_wytyczne-zun.pdf 	z 2019 r. liczba palaczy została określona na 6,8 mln. Obserwuje się w populacji mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych stały spadek zachorowalności i umieralności z powodu raka płuca.
Pytanie 11 Programy w innych krajach	Nie mam wiedzy na ten temat.	<ul style="list-style-type: none"> • USA – wykorzystanie e-zdrowia do promocji rzucania palenia (https://smokefree.gov/) • Kanada – eliminacja środowiskowego dymu tytoniowego (https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/make-your-home-car-smoke-free.html) 	Wzorowe programy ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu istnieją w Wielkiej Brytanii. Informacje można uzyskać m.in. w Ministerstwie Zdrowia Wielkiej Brytanii, ale także wśród ekspertów polskojęzycznych pracujących w Wielkiej Brytanii.

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu:
 - Wszyscy eksperci są zgodni co do zasadności prowadzenia przez JST programów profilaktyki uzależnień od tytoniu ze względu na to, że:
 - dane epidemiologiczne wskazują na wysoki odsetek osób palących w Polsce (ok. 25% populacji),
 - palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn występowania niezakaźnych chorób przewlekłych, w tym nowotworów oraz przedwczesnej umieralności z powodu chorób odytoniowych [Zal 1-3].
 - Realizacja programów antynikotynowych przez JST, zwłaszcza we współpracy JST z lokalnymi placówkami medycznymi, w tym placówkami POZ, może znacząco przyczynić się do ograniczenia częstości palenia tytoniu i stosowania alternatywnych wyrobów nikotynowych [Zal 2].
 - Prowadzone przez JST programy profilaktyczne dla konwencjonalnych papierosów powinny być inne niż te ukierunkowane na korzystanie z e-papierosów przez dzieci i młodzież [Zal 3].
- Informacje uwzględniane w ramach działań edukacyjnych:
 - Przedstawienie naukowych dowodów na szkodliwość palenia tytoniu [Zal 1].
 - Uwzględnienie oceny statusu i uzależnienia od palenia – kwestionariusza Fagerströma [Zal 2].
 - Wykorzystanie potencjału Państwowej Inspekcji Sanitarnej [Zal 2].
 - Działania i programy edukacyjne prowadzone w oparciu o Europejski Kodeks Walki z Rakiem [Zal 3].
- Czas i forma prowadzenia edukacji:
 - Edukacja powinna być przekazywana/prowadzona w formie:
 - stacjonarnej, podczas obozów i kolonii dla dzieci [Zal 1],
 - filmów medycznych o szkodliwości palenia tytoniu (płuca palacza) [Zal 1],
 - edukacji wielokierunkowej dla lekarzy POZ oraz poprzez lokalne media i social media [Zal 2],
 - spersonalizowanej do odbiorców [Zal 2],
 - Czas trwania edukacji powinien być indywidualny dla każdego uczestnika [Zal 1].
 - Edukacja powinna być prowadzona przez co najmniej 12 miesięcy, z największą intensywnością na początku programu i follow up co kwartał [Zal 2].
 - Ocena statusu palenia po 12 miesiącach od przeprowadzonych interwencji [Zal 2].
- Interwencje dodatkowe w ramach PPZ:
 - Programy ograniczania narażenia na bierne palenie (egzekwowanie zakazów, wzrost oznakowania, audyt polityk antytytoniowych) [Zal1, Zal 2].
 - Kształtowanie postaw wobec tytoniu za pomocą pośredniego działania na wzmacnianie wsparcia społecznego wobec ograniczenia palenia tytoniu [Zal1, Zal 2].
 - Dalszy wzrost ceny produktów tytoniowych [Zal 1].
 - Zakaz sprzedaży papierosów we wszystkich sklepach np.: spożywczych, stacjach paliw itd. [Zal 1].
 - Stworzenie nielicznych, oddzielnych punktów sprzedaży papierosów np.: kiosk „wyroby tytoniowe” [Zal 1].
 - Edukacja lekarzy POZ na temat poradnictwa antytytoniowego (w tym na temat e-papierosów i nowatorskich wyrobów tytoniowych celem kompleksowego objęcia problemu używania wyrobów nikotynowych) [Zal 2].
 - Promocja zdrowia w miejscu pracy [Zal 2].

- Zmniejszenie zagrożeń wynikających z chorób odtytoniowych powinien obejmować różnorodne działania [Zal 3].
- Populacja docelowa PPZ:
 - populacja osób w wieku 14-30 lat [Zal 1],
 - nastolatki w wieku szkolnym (15-19 lat) w przypadku programów edukacyjnych z zakresu skutków palenia tytoniu i używania e-papierosów [Zal 2],
 - dorośli w wieku 18-64 lat w przypadku programów w zakresie skutków palenia tytoniu, w tym czynnego i biernego narażenia na dym tytoniowy [Zal 2],
 - osoby aktywne zawodowo [Zal 2],
 - populacja ogólna [Zal 3].
- Cele i mierniki PPZ [Zal 1-3]:
 - chęć palenia (skala/test) określana przez psychologa,
 - stopień motywacji (skala/test) co do chęci niepalenia określony przez psychologa,
 - ograniczenie odsetka osób deklarujących używanie wyrobów nikotynowych o 10%,
 - ograniczenie odsetka nastolatków rozpoczynających inicjację nikotynową o 10%,
 - zmniejszenie częstości palenia w populacji (także w subpopulacjach).

6. Analiza kliniczna

6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

<Przedstawić, w jakim zakresie dane zagadnienie może być ocenione za pomocą metod HTA, jeśli istnieje możliwość oceny HTA – wykonać wyszukiwanie rekomendacji i badań, przedstawiając zasady wyszukiwania i wymieniając przeszukiwane źródła. W tym miejscu powinny zostać opisane kroki prowadzące do selekcji rekomendacji i dowodów naukowych włączonych do opracowania, jak: przeszukane źródła, kryteria włączenia/wykluczenia wg. PICOS, wyniki wyszukiwania oraz selekcji. Strategie wyszukiwania, schemat graficzny etapów wyszukiwania i selekcji w postaci diagramu zgodnego z zaleceniami QUOROM, tabele włączonych i wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia) – powinny być umieszczone w rozdziale „Załączniki” na końcu dokumentu – wówczas odpowiednie odesłanie powinno znaleźć się w tekście>

W opracowaniu uwzględniono dowody naukowe opublikowane w latach od 2012 do 2022. Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach EMBASE, Medline Ovid, The Cochrane Library oraz Epistemonikos, a także przeprowadzono wyszukiwanie w następujących źródłach: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny Państwowy Instytut Badawczy – NIZP PZH-PIB; National Institute for Health and Care Excellence – NICE; Community Behavioral Health – CBH; National Clinical Effectiveness Committee – NCEC; American Academy of Pediatrics – AAP; Centers for Disease Control and Prevention – CDC; New Zealand Ministry of Health – NZMH; The Royal Australian College of General Practitioners – RACGP; US Preventive Services Task Force – USPSTF; American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD; American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG; American Nurses Association – ANA; American Thoracic Society – ATS; The Community Preventive Services Task Force – CPSTF; American College of Cardiology – ACC; American College of Preventive Medicine – ACPM; Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC; Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence/ Society for Research on Nicotine and Tobacco – ATTUD/SRNT; European Society of Cardiology – ESC; National Comprehensive Cancer Network – NCCN; Centers for Disease Control and Prevention/ National Institute for Occupational Safety and Health – CDC/NIOSH; World Health Organization – WHO.

Przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego raportu:

Populacja (P)	Populacja ogólna
Interwencja (I)	<p>Profilaktyka pierwotna (prewencja inicjacji tytoniowej/nikotynowej) i wtórna (zaprzestanie używania tytoniu/nikotyny) i biernego palenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interwencje w środowisku szkolnym • Interwencje w środowisku rodzinnym • Interwencje w środowisku lokalnym • Interwencje mające na celu rzucenie palenia • Kampanie z użyciem mediów masowych • Polityka lokalna (m.in. strefy wolne od tytoniu) • Inne zidentyfikowane interwencje
Komparator (C)	Brak interwencji, minimalna lub alternatywna interwencja
Efekty zdrowotne (O)	<p>Zmniejszenie odsetka inicjacji tytoniowej/nikotynowej</p> <p>Zmniejszenia odsetka używania tytoniu/nikotyny</p> <p>Zmniejszenie narażenia na bierne palenie</p>
Rodzaj badań (S)	Wtórne dowody naukowe (tj. przeglądy systematyczne, metaanalizy, artykuły przeglądowe, wytyczne towarzystw)
Ograniczenia	Język polski lub angielski, publikacje z lat 2012-2022

Do analizy włączono łącznie 93 publikacje oraz 3 opinie ekspertów klinicznych:

- 66 przeglądów systematycznych/metaanaliz:

- 44 metaanaliz (Darabseh 2022, Hartmann-Boyce 2022, Choi 2021, Dai 2021, Holliday 2021, Lindson 2021, Lotfy 2020, Selph 2020, Carson-Chahhoud 2019, Clair 2019, Fanshawe 2019, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019a, Lindson 2019b, Livingstone-Banks 2019, Matkin 2019, Myung 2019, Notley 2019, Tzelepis 2019, Ussher 2019, Whittaker 2019, Corepal 2018, Do 2018, Faseru 2018, Hartmann-Boyce 2018, Nanninga 2018, Fanshawe 2017, Lancaster 2017, Rice 2017, Taylor 2017, Graham 2016, Peirson 2016, Stead 2016, Chang 2015, de Kleijn 2015, Thomas 2015, Cahill 2014, Di 2014, Patnode 2013, Stead 2013, Thomas 2013b, Cheng 2012, Isensee 2012, Suls 2012),
- 20 przeglądów systematycznych (Keilani 2022, Hagerman 2021, Krishnan 2021, Luo 2021, Derksen 2020, Villanti 2020, Zhou 2019, Behbod 2018, Bała 2017, Brown 2017, Carson-Chahhoud 2017, Hefler 2017, Hiemstra 2017, Hubbard 2016, Park 2015, Coppo 2014, Ghorai 2014, Hamilton 2013, Thomas 2013a, Marcano-Belisario 2012),
- 2 przeglądy parasolowe (Mannocci 2019, Shackleton 2016);
- 27 rekomendacji (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, MZPE 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, AAPD 2020, ACOG 2020, ANA 2020, ATS 2020, NIZP PZH-PIB 2020, USPSTF 2020, CPSTF 2019, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, ACC 2018, ACPM 2018, KPE 2018, CTFPHC 2017, ATTUD/SRNT 2016, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015, CDC/NIOSH 2015, WHO 2013).

6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Jakość włączonych do analizy badań wtórnych została oceniona poprzez weryfikację kluczowych domen narzędzia do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2. Zastosowane narzędzie pozwala wyselekcjonować publikacje o najwyższej jakości. Aby uzyskać najwyższą ocenę, publikacja musi uzyskać pozytywne odpowiedzi na wszystkie pytania. Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”, dwa i więcej uchybień obniża ocenę do wartości „krytycznie niska”.

Przeglądy systematyczne włączone do raportu otrzymały następujące oceny:

- wysoka (16 badań) – Hartmann-Boyce 2022, Lindson 2021, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019a, Lindson 2019b, Matkin 2019, Notley 2019, Ussher 2019, Whittaker 2019, Behbod 2018, Hartmann-Boyce 2018, Bała 2017, Carson-Chahhoud 2017, Hefler 2017, Coppo 2014, Marcano-Belisario 2012;
- niska (31 badań) – Keilani 2022, Choi 2021, Dai 2021, Hagerman 2021, Holliday 2021, Derksen 2020, Lotfy 2020, Selph 2020, Villanti 2020, Carson-Chahhoud 2019, Clair 2019, Fanshawe 2019, Livingstone-Banks 2019, Myung 2019, Tzelepis 2019, Faseru 2018, Brown 2017, Fanshawe 2017, Lancaster 2017, Rice 2017, Taylor 2017, Graham 2016, Hubbard 2016, Stead 2016, de Kleijn 2015, Park 2015, Thomas 2015, Cahill 2014, Stead 2013, Thomas 2013a, Thomas 2013b;
- krytycznie niska (17 badań) – Darabesh 2022, Krishnan 2021, Luo 2021, Zhou 2019, Corepal 2018, Do 2018, Nanninga 2018, Hiemstra 2017, Peirson 2016, Chang 2015, Di 2014, Ghorai 2014, Hamilton 2013, Patnode 2013, Cheng 2012, Isensee 2012, Suls 2012.

Nie przeprowadzono oceny jakości przeglądów parasolowych z uwagi na brak odpowiedniego narzędzia nacelowanego na ten typ publikacji – Mannocci 2019 i Shackleton 2016.

Szczegółowe wyniki odpowiedzi na pytania domeny krytycznej narzędzia AMSTAR2 przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 11).

Tabela 11. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Darabesh 2022	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Hartmann-Boyce 2022	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Przeg. Syst. Keilani 2022	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Choi 2021	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Dai 2021	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Przeg. Syst. Hagerman 2021	Częściowo tak	Częściowo Tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Holliday 2021	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Krishnan 2021	Nie	Tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Krytycznie niska
Meta. Lindson 2021	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Przeg. Syst. Luo 2021	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	–	Nie	–	Krytycznie niska
Przeg. Syst. Derksen 2020	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Loffy 2020	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Selph 2020	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Villanti 2020	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Carson-Chahhoud 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Clair 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Fanshawe 2019	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Hartmann-Boyce 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Lindson 2019a	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Lindson 2019b	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Livingstone-Banks 2019	Tak	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Matkin 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Myung 2019	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Notley 2019	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Tzelepis 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Ussher 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Whittaker 2019	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Przeg. Syst. Zhou 2019	Nie	Częściowo tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Krytycznie niska
Przeg. Syst. Behbod 2018	Tak	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Meta. Corepal 2018	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska
Meta. Do 2018	Częściowo tak	Tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska
Meta. Faseru 2018	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Hartmann-Boyce 2018	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Nanninga 2018	Tak	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Przeg. Syst. Bała 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Przeg. Syst. Brown 2017	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	–	Tak	–	Niska

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Przeg. Syst. Carson-Chahhoud 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Meta. Fanshawe 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Hefler 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Przeg. Syst. Hiemstra 2017	Nie	Częściowo tak	NIE	Częściowo tak	–	Tak	–	Krytycznie niska
Meta. Lancaster 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Rice 2017	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Taylor 2017	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Graham 2016	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Hubbard 2016	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Peirson 2016	Tak	Tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska
Meta. Stead 2016	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Chang 2015	Nie	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. de Klein 2015	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Przeg. Syst. Park 2015	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Thomas 2015	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Cahill 2014	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Coppo 2014	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Meta. Di 2014	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Przeg. Syst. Ghorai 2014	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	–	Nie	–	Krytycznie niska
Przeg. Syst. Hamilton 2013	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	–	Nie	–	Krytycznie niska
Meta. Patnode 2013	Częściowo tak	Tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Tak	Nie	Krytycznie niska
Meta. Stead 2013	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Przeg. Syst. Thomas 2013a	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	–	Tak	–	Niska
Meta. Thomas 2013b	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Niska
Meta. Cheng 2012	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Tak	Krytycznie niska
Meta. Isensee 2012	Częściowo tak	Częściowo tak	Tak	Nie	Tak	Nie	Nie	Krytycznie niska
Przeg. Syst. Marcano-Belisario 2012	Tak	Częściowo tak	Tak	Tak	–	Tak	–	Wysoka
Meta. Suls 2012	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Krytycznie niska

Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego; pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania; pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu; pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego; pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy; pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań; pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki.

6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

<Należy opisać odnalezione dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej i bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w danym zagadnieniu>

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 6.1. do analizy włączono 66 przeglądów systematycznych/metaanaliz (przeglądy/analizy włączone ze strategii wyszukiwania n=66).

6.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności

Do niniejszego opracowania włączono 66 publikacji mających na celu ocenę interwencji pomagających dzieciom, młodzieży oraz dorosłym rzucić i/lub ograniczyć palenie, jak i mających ograniczyć możliwość inicjacji nałogu.

Kryteria włączenia do przeglądu systematycznego spełniły następujące doniesienia naukowe:

Interwencje behawioralne (str. 132-155):

- 10 metaanaliz (Choi 2021, Holliday 2021, Lindson 2021, Selph 2020, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019b, Fanshawe 2017, Lancaster 2017, Peirson 2016, Patnode 2013) 4 przeglądy systematyczne (Hagerman 2021, Villanti 2020, Zhou 2019, Behbod 2018) oraz 1 przegląd parasolowy (Shackleton 2016) (w tym 520 RCT/non-RCT, 4 badania obserwacyjne oraz 22 dowodów wtórnych), w których analizowano efektywność nefarmakologicznych metod rzucania palenia opartych na wsparciu behawioralnym i poradnictwie, w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Interwencje behawioralne z leczeniem farmakologicznym (str.155-165):

- 6 metaanaliz (Lindson 2021, Hartmann-Boyce 2019, Lindson 2019a, Hartmann-Boyce 2018, Stead 2016, Suls 2012) (w tym 418 RCT), odnoszących się do efektywności skojarzenia terapii behawioralnej z leczeniem farmakologicznym, w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Farmakoterapia (str. 165-174):

- 4 metaanalizy (Lofty 2020, Myung 2019, Hartmann-Boyce 2018, Chang 2015) (w tym 153 RCT), w których określono skuteczność środków farmakologicznych w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Interwencje świadczone przez personel medyczny (str. 174-182):

- 3 metaanalizy (Carson-Chahhoud 2019, Rice 2017, Stead 2013) (w tym 107 RCT), odnoszące się do efektywności prowadzenia interwencji behawioralnej przez przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Interwencje internetowe, multimedialne i telefoniczne (str. 182-207):

- 9 metaanaliz (Lindson 2021, Livingstone-Banks 2019, Matkin 2019, Tzelepis 2019, Whittaker 2019, Do 2018, Carson-Chahhoud 2017, Taylor 2017, Graham 2016), 9 przeglądów systematycznych (Krishnan 2021, Luo 2021, Villanti 2020, Derksen 2020, Bała 2017, Hubbard 2016, Park 2015, Ghorai 2014, Marcano-Belisario 2012) oraz 1 przegląd parasolowy (Mannocci 2019) (w tym 612 RCT, 31 badań obserwacyjnych oraz 13 dowodów wtórnych), odnoszących się do skuteczności stosowania aplikacji mobilnych, Internetu i mediów społecznościowych jako środków masowego przekazu w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących oraz zapobiegania inicjacji palenia tytoniu, tj:

- o środki masowego przekazu (Mannocci 2019, Bała 2017, Carson-Chahhoud 2017, Hubbard 2016);
- o interwencje telefoniczne (Krishnan 2021, Matkin 2019, Whittaker 2019, Ghorai 2014);
- o interwencje internetowe (Mannocci 2019, Luo 2021, Do 2018, Taylor 2017, Graham 2016, Park 2015);
- o gry komputerowe i analogowe (Derksen 2020);
- o drukowane materiały edukacyjne (Lindson 2021, Livingstone-Banks 2019);
- o edukacyjne materiały wideo (Tzelepis 2019).

Prowadzenie programów profilaktycznych (str. 208-223):

- 7 metaanaliz (Choi 2021, Lindson 2021, de Kleijn 2015, Thomas 2015, Cahill 2014, Thomas 2013b, Isensee 2012) oraz 3 przeglądy systematyczne (Brown 2017, Hefler 2017, Thomas 2013a) (w tym 353 RCT oraz 1 badanie obserwacyjne), w których określono skuteczność realizacji zorganizowanych programów ukierunkowanych na pierwotną i wtórną profilaktykę palenia tytoniu.

Gratyfikacje (str. 224-229):

- 3 metaanalizy (Fanshawe 2019, Notley 2019, Corepal 2018), 1 przegląd systematyczny (Hamilton 2013) oraz 1 przegląd parasolowy (Mannocci 2019) (w tym 114 RCT i 33 dowodów wtórnych), odnoszące się do efektywności oferowania gratyfikacji w postaci nagród materialnych, w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących tytoń; przegląd systematyczny (Hamilton 2013) odnosił się również do gratyfikacji personelu medycznego.

Aktywność fizyczna (str. 229-231):

- 2 metaanalizy (Darabseh 2022, Ussher 2019) (w tym 37 RCT), w których analizowano skuteczność aktywności fizycznej w kontekście uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Akupunktura i akupresura (str. 231-236):

- 3 metaanalizy (Dai 2021, Di 2014, Cheng 2012) (w tym 68 RCT), w których określono skuteczność akupunktury i akupresury w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.

Zmiany legislacyjne (str. 236-239):

- 1 metaanaliza (Nanninga 2018), 1 przegląd systematyczny (Coppo 2014) oraz 1 przegląd parasolowy (Mannocci 2019) (w tym 1 RCT, 13 badań obserwacyjnych oraz 13 dowodów wtórnych), analizujących efektywność zmian legislacyjnych w zakresie palenia lub cen wyrobów tytoniowych, mających na celu ograniczenie zjawiska palenia tytoniu.

Pozostałe (str. 240-247):

- 1 metaanaliza (Hartmann-Boyce 2022) (w tym 78 RCT), w której analizowano skuteczność papierosów elektronicznych w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących;

- 2 metaanalizy (Lindson 2021, Clair 2019) oraz 1 przegląd systematyczny (Keilani 2022) (w tym 106 RCT), w których analizowano skuteczność informacji zwrotnej przekazywanej pacjentowi nt. jego stanu fizjologicznego (biofeedback), w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.
- 1 metaanaliza (Faseru 2018), 1 przegląd systematyczny (Hiemstra 2017) oraz 1 przegląd parasolowy (Mannocci 2019) (w tym 56 RCT oraz 33 dowody wtórne), w których określono skuteczność wsparcia rzucania palenia przez osoby z bliskiego otoczenia, w zakresie uzyskiwania abstynencji tytoniowej u osób obecnie palących.

Poniżej przedstawiono szczegółową charakterystykę oraz wyniki odnalezionych badań.

Tabela 12. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy w zakresie profilaktyki pierwotnej, leczenia uzależnienia od tytoniu oraz biernego palenia

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Interwencje behawioralne				
<p>Choi 2021¹⁵³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Korean Disease Control and Prevention Agency (KDCA)</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 32 (USA – 21; Europa i inne kraje – 11).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji behawioralnych mających na celu rzucenie palenia wśród młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paląca młodzież <20 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 11 637</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkiego rodzaju interwencje mające na celu rzucanie palenia: <ul style="list-style-type: none"> ○ poradnictwo indywidualne lub grupowe, ○ poradnictwo psychospołeczne i behawioralne, ○ spersonalizowane materiały samopomocowe. <p>Komparator:</p>	<p>Niefarmakologiczne interwencje z zakresu rzucania palenia</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji</u></p> <p><i>Po 6 miesiącach</i></p> <p>RR=1,30 [95%CI: (1,20; 1,41)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (32 RCT; N=11 637)</p> <p><i>Po 4 tygodniach</i></p> <p>RR=1,92 [95%CI: (1,49; 2,47)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (13 RCT; N=3 148)</p> <p>Konsultacje</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji po 6 miesiącach</u></p> <p><i>Prowadzone indywidualnie</i></p> <p>RR=1,21</p>	<p>Niefarmakologiczne interwencje z zakresu rzucania palenia istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo zaprzestania palenia zarówno po 4 tygodniach, jak i 6 miesiącach od rozpoczęcia prowadzenia tych interwencji.</p> <p>Konsultacje prowadzone grupowo, w formie <i>face-to-face</i> lub <i>non-face-to-face</i> istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo zaprzestania palenia wśród młodzieży palącej. Nie wykazano natomiast istotnego statystycznie wpływu prowadzenia konsultacji indywidualnych na zaprzestanie palenia.</p>

¹⁵³ Choi Y., Lee C., Cho B., et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: A rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. *Osong. Public Health Res. Perspect.* 12(3): 177-186

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • standardowa opieka, • krótka informacja o rzuceniu palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <p><u>Pierwszorzędowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • status palenia po 6 miesiącach (uzyskana abstynencja). <p><u>Drugorzędowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • status palenia po 4 tygodniach (uzyskana abstynencja). 	<p>[95%CI: (0,95; 1,54)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=1 997)</p> <p><i>Prowadzone grupowo</i></p> <p>RR=1,32 [95%CI: (1,08; 1,63)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=7 730)</p> <p><i>Prowadzone w formie face-to-face</i></p> <p>RR=1,31 [95%CI: (1,13; 1,53)] wynik istotny statystycznie (18 RCT; N=5 170)</p> <p><i>Prowadzone w formie face-to-face lub non-face-to-face</i></p> <p>RR=1,46 [95%CI: (1,22; 1,74)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=2 140)</p> <p><i>Prowadzone w formie non-face-to-face</i></p> <p>RR=1,23 [95%CI: (1,10; 1,38)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=4 327)</p>	
<p>Hagerman 2021¹⁵⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące oraz młodzież niepaląca. <p><u>Liczebność populacji:</u> 4 854</p>	<p>Implementacja intencji</p> <p>Wynik przedstawiony narracyjnie</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Autorzy publikacji podkreślają, że wyniki badań dot. implementacji intencji (techniki wdrożeniowej podejmowania decyzji) mogą być</p>

¹⁵⁴ Hagerman C., Hoffman R., Vaylay S. et al. (2021). Implementation intentions to reduce smoking: A systematic review of the literature. *Nicotine. Tob. Res.* 23(7): 1085-1093

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Brak finansowania zewnętrznego</p>	<p>Liczba uwzględnionych badań: 12 (UK – 8; USA – 2; Holandia – 1; brak danych – 1).</p> <p>Cel badania: synteza badań, które oceniają skuteczność implementacji intencji, jako interwencji i przedstawienie różnic pomiędzy implementacją intencji w odniesieniu do (1) statusu palacza oraz (2) metod stosowanych do wdrażania implementacji intencji.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2020 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementacja intencji/techniki wdrożeniowej/podejmowania decyzji) stworzonej przez psychologa, która pozwala przejść od planu zmiany zachowania do działania. Plan pracy pacjenta zakłada 4 fazy: <ul style="list-style-type: none"> ○ przeddecyzyjna prowadząca do wytyczenia celów; ○ faza przeddziałania (jak, gdzie, kiedy i jak długo – tworzony jest plan działania); ○ faza działania; ○ faza podziałaniowa, gdzie ocenia się stopień realizacji celu i ewentualnie wraca do fazy 1 dla wytyczenia nowych celów. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak metody implementacji intencji. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu, • rozpoczęcie palenia (zapobieganie). 	<p>5 na 10 badań odnotowało pozytywny wpływ interwencji na zaprzestanie palenia w czasie obserwacji (co najmniej 1 miesiąc).</p> <p>Tylko w podgrupie uczestników, którzy uzyskali niższe wyniki w zakresie uzależnienia od nikotyny, w 4 na 10 badań nie stwierdzono korzystnego efektu interwencji.</p> <p>1 z 10 badań nie odnotowało pozytywnego efektu interwencji w okresie 1 lub 7 miesięcy obserwacji.</p> <p><u>Zapobieganie rozpoczęciu palenia</u></p> <p>2 z 12 badań analizowały interwencje jako narzędzie prewencyjne w grupie głównie niepalących nastolatków.</p> <p>W 1 badaniu stwierdzono niższe wskaźniki rozpoczęcia palenia w grupie objętej interwencją po 4 latach, natomiast drugie badanie nie odnotowało wpływu interwencji na prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przy 2-miesięcznej obserwacji.</p>	<p>skuteczne w pomocy w rzucaniu palenia, zwłaszcza wśród osób z pewną gotowością do walki z nałogiem.</p> <p>Potrzebne są natomiast dalsze badania w celu ustalenia konkretnych populacji, dla których interwencje uwzględniające implementację intencji będą najskuteczniejsze w osiągnięciu abstynencji oraz uzyskania odpowiedzi nt. optymalnej metody opracowania tej techniki wdrożeniowej.</p> <p>Implementacja intencji jest interwencją krótką i bezpłatną, wobec tego włączenie tej interwencji do większych programów może wiązać się z niskimi kosztami i wysokimi korzyściami dla osób palących.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Holliday 2021¹⁵⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Newcastle University National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 25 (USA – 13; UK – 2; Szwecja – 2; Japonia – 1; Malezja – 1; Indie – 1; Niemcy – 3; Holandia – 1; Finlandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności, działań niepożądanych oraz stanu jamy ustnej po zastosowaniu interwencji mających na celu zaprzestanie palenia, oferowanych przez lekarzy stomatologów.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 02.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące w każdym wieku, chętne do udziału w badaniu mającym na celu rzucenie palenia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 14 897</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> jakakolwiek interwencja mająca na celu promocję rzucania palenie, dostarczana przez stomatologa, higienistkę stomatologiczną, pielęgniarkę/asystenta stomatologicznego. Interwencje w tym zakresie obejmowały: <ul style="list-style-type: none"> krótkie poradnictwo w zakresie rzucania palenia tytoniu, wręczenie materiałów do samodzielnej edukacji, konsultacje, farmakoterapię, jakąkolwiek kombinację ww. interwencji. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, 	<p>Wielokrotne sesje wsparcia behawioralnego</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji w perspektywie ≥6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,90 [95%CI: (1,17; 3,11)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=2 639)</p> <p>Pojedyncza sesja behawioralna</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji w perspektywie ≥6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,86 [95%CI: (1,01; 3,41)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=6 328)</p> <p>Interwencja behawioralna skojarzona z NTZ lub e-papierosami</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji w perspektywie ≥6 miesięcy</u></p> <p>RR=2,76 [95%CI: (1,58; 4,82)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=1 221)</p> <p>Interwencja behawioralna świadczona przez lekarza dentystę w szkole średniej/technikum</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji w perspektywie ≥6 miesięcy</u></p>	<p>Wielokrotne sesje wsparcia behawioralnego istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p> <p>Pojedyncza sesja behawioralna istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p> <p>Interwencja behawioralna skojarzona z NTZ lub e-papierosami istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p> <p>Interwencje behawioralna świadczona przez lekarza dentystę w szkole średniej/technikum nie wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p>

¹⁵⁵ Holliday R., Hong B., McColl E. et al. (2021). Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD005084

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> ○ standardowa opieka (krótka porada), ○ inne aktywne interwencje. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu. 	<p>RR=1,51 [95%CI: (0,86; 2,65)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=1 020)</p>	
<p>Lindson 2021¹⁵⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Cochrane Tobacco Addiction Group National Institute for Health Research National Health Service</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 81 (Europa – 39; USA – 26; Australia - 7; Ameryka Południowa – 2; Korea Południowa – 2; Kanada – 2; Chiny – 1; Pakistan – 1; Tajlandia – 1.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności strategii nacelowanych na zwiększenie powodzenia interwencji z zakresu porzucenia palenia tytoniu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokonano oceny czy wpływ jaki te działania mają na zaprzestanie palenia może wynikać ze zwiększonej częstości ich wdrażania przez świadczeniodawców.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palący pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 112 159</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dodatkowe porady udzielane przez personel medyczny. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardowe lub wielokomponentowe wsparcie w zakresie rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja tytoniowa. 	<p>Dodatkowa porada do istniejącej standardowej opieki lub wieloskładnikowej interwencji</p> <p><u>Abstynencja ≥6 mc</u></p> <p>Ogółem</p> <p>RR=1,31 [95%CI: (1,10; 1,55)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (22 RCT; N=18 150)</p> <p><i>W porównaniu do standardowej opieki (krótkiej porady nt. rzucenia palenia)</i></p> <p>RR=1,43 [95%CI: (1,15; 1,78)]</p> <p>wynik istotny statystycznie 17 RCT; N=12 852)</p> <p><i>W porównaniu do wielokomponentowego wsparcia</i></p> <p>RR=1,04 [95%CI: (0,87; 1,23)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie 5 RCT; N=5 298</p>	<p>Udowodniono, że prowadzenie dodatkowego poradnictwa w ramach standardowej opieki lub wieloskładnikowej interwencji, determinuje istotne statystycznie zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥6 miesiącu od interwencji.</p>

¹⁵⁶ Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Selph 2020¹⁵⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</p> <p>Department of Health and Human Services</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 14 (USA – 9, Europa – 5).</p> <p>Cel badania: ocena interwencji w zakresie profilaktyki i zaprzestania palenia tytoniu u dzieci i młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 09.2012 do 02.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież do 25 roku życia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 23 364</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje behawioralne mające na celu ograniczenie używania tytoniu, obejmujące: <ul style="list-style-type: none"> kontakt bezpośredni lub kontakt telefoniczny i/lub, materiały drukowane, wiadomości przesyłane drogą elektroniczną, konsultacje face-to-face przy użyciu komunikatorów. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, interwencja minimalna. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> inicjacja palenia tytoniu, kontynuacja palenia tytoniu. 	<p>Interwencja behawioralna ogółem</p> <p><u>Inicjacja palenia tytoniu na przestrzeni 7 do 36 miesięcy</u></p> <p>RR=0,82 [95%CI: (0,73; 0,92)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (13 RCT; n/N=807/10 883 (I); 994/10 817 (C))</p> <p><u>Kontynuacja palenia tytoniu w okresie 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=0,97 [95%CI: (0,93; 1,01)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (9 RCT; N=2 516)</p> <p>Poniżej przedstawiono wyniki metaregresji i analizy warstwowej</p> <p>Pojedynczy element interwencji behawioralnej</p> <p><u>Inicjacja palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,66 [95%CI: (0,53; 0,82)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=6 239)</p> <p>Wieloelementowa interwencja behawioralna</p> <p><u>Inicjacja palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,90 [95%CI: (0,82; 0,99)]</p>	<p>Interwencje behawioralne istotnie statystycznie zmniejszają prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu, jednakże nie wpływają istotnie statystycznie na kontynuację palenia tytoniu.</p> <p>Pojedynczy element interwencji behawioralnej istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu.</p> <p>Wieloelementowa interwencja behawioralna istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu.</p> <p>Interwencja behawioralna w liczbie ≤6 spotkań istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu, jednakże w przypadku interwencji w liczbie ponad 6 spotkań wpływ na prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu jest nieistotny statystycznie.</p>

¹⁵⁷ Selph S., Patnode C., Bailey S. et al. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 323(16): 1599-1608

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=15 461)</p> <p>Interwencja behawioralna w liczbie ≤6 spotkań</p> <p><u>Inicjacja palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,74 [95%CI: (0,64; 0,86)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=11 210)</p> <p>Interwencja behawioralna w liczbie >6 spotkań</p> <p><u>Inicjacja palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,92 [95%CI: (0,83; 1,03)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=10 490)</p>	
<p>Villanti 2020¹⁵⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute of General Medical Sciences of the NIH</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, non-RCT, badanie quasi-eksperymentalne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 32 (USA).</p> <p>Cel badania: aktualizacja podsumowania danych naukowych dotyczących interwencji w rzucaniu palenia u młodych dorosłych w USA, niezależnie od interwencji oferowanych w szkołach średnich.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież w wieku 18-24 lat, mieszkańcy USA. <p><u>Liczebność populacji:</u> 41 889</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> konsultacje indywidualne, 5-minutowa bezpośrednia porada, poradnictwo grupowe, powtarzane/wielokrotne sesje behawioralne. 	<p>Wyniki podsumowane narracyjnie</p> <p>4 badania na 32 osiągnęły istotne statystycznie wyniki na koniec okresu obserwacji.</p> <p>Konsultacje indywidualne</p> <p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>W 1 z 13 badań stwierdzono istotnie statystycznie zwiększoną częstość samodzielnego 48-godzinnego raportowania wskaźnika PPA w 1-3 i 4-6 miesiącu obserwacji, odpowiednio – OR=2,39 [95%CI: (1,34; 4;25)]</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Autorzy podkreślają, że różnorodne interwencje behawioralne wykazują potencjał do walki z nałogiem tytoniowym u młodych dorosłych.</p> <p>W kwestii związanej z prowadzeniem dalszych badań umożliwiających znalezienie odpowiedniego podejścia w rzucaniu palenia przez młodych dorosłych, należy uwzględnić w przyszłych badaniach: standardowe pomiary palenia, wysoką jakość badania interwencyjnego przy użyciu</p>

¹⁵⁸ Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. Am. J. Prev. Med. 59(1): 123-136

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Badanie zwraca również uwagę na nowatorskie metody wspomagające młodych dorosłych w rzucaniu palenia, które zostały opracowane w ciągu ostatniej dekady.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2019 r.</p>	<p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • minimalna interwencja, • inna interwencja (w tym interwencje niezwiązane z paleniem tytoniu). <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu na koniec czasu obserwacji. 	<p>i OR=3,25 [95%CI: (1,34; 7,84)], w przypadku poradnictwa telefonicznego w porównaniu do dostarczania broszur.</p> <p>Połączenie tych wyników z innym badaniem analizującym efekt telefonicznych linii pomocy palącym wskazywało na istotny statystycznie wzrost wskaźnika PPA (48-godzinnej oraz 7-dniowej) (OR=1,63 [95%CI: (1,13; 2,35)] i w okresie obserwacji wynoszącym od 4 do 6 miesięcy (OR=1,77 [95%CI: (1,00; 3,12)].</p> <p>5-minutowa bezpośrednia porada w porównaniu do skierowania do linii pomocowej</p> <p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>Wskazano niewielki wpływ na 30-dniową abstynencję po 3 miesiącach obserwacji w przypadku bezpośredniego 5-minutowego poradnictwa w porównaniu do skierowania do telefonicznej linii pomocy palącej.</p> <p>Poradnictwo grupowe</p> <p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>1 badanie porównywało 6 sesji kognitywno-behawioralnych dla palaczy z depresją z 6 sesjami grupy kontrolnej skupiających się na zwiększeniu spożycia owoców i warzyw. Nie odnotowano</p>	<p>standardowych wskaźników (z uwzględnieniem okresu obserwacji do co najmniej 6 miesięcy) oraz badania w różnych populacjach młodych dorosłych.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>zwiększenia odsetka rzucających palenie, ale zmniejszyła się liczba wypalanych papierosów o 50% pod koniec leczenia (34,5% w porównaniu z 10,3%, p=0,028).</p> <p>Powtarzane interwencje behawioralne</p> <p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>Połączenie wielokrotnych wiadomości przesyłanych na komórkę wraz z sesjami grupowymi skutkowało istotnym statystycznie zwiększeniem odsetka osób zaprzestających palenia w 12 tygodniu obserwacji (1 badanie) – OR=3,65 [95%CI: (2,66; 5,03)].</p>	
<p>Hartmann-Boyce 2019¹⁵⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 83 (USA – 75; Europa – 8).</p> <p>Cel badania: ocena wpływu dodania lub zwiększenia intensywności wsparcia behawioralnego dla osób rzucających palenie przy wykorzystaniu farmakoterapii, oraz dokonanie oceny czy istnieją różnice</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące korzystające ze środków farmakologicznych wspierających rzucanie palenia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 29 536</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> wsparcie behawioralne dostarczane w formie: <ul style="list-style-type: none"> porady telefonicznej, 	<p>Interwencja behawioralna o zwiększonej intensywności</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p><i>W liczbie 4 do 8 spotkań</i></p> <p>RR=1,20 [95%CI: (1,02; 1,43)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=4 018)</p> <p><i>W liczbie >8 spotkań w porównaniu do 1-3 spotkań</i></p> <p>RR=1,05 [95%CI: (0,70; 1,57)]</p>	<p>Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej o zwiększonej intensywności w liczbie 4-8 spotkań ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Interwencja behawioralna o zwiększonej intensywności w liczbie >8 spotkań, w porównaniu 1-3 spotkań, nie ma istotnego statystycznie wpływu na zmianę prawdopodobieństwa uzyskania</p>

¹⁵⁹ Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD009670

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>w efekcie wynikające ze stosowania różnych farmakoterapeutyków oraz ilości udzielanego wsparcia podczas procesu porzucania nałogu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2018 r.</p>	<p>o kontaktu bezpośredniego.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji behawioralnej lub interwencja o mniejszej intensywności. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu. 	<p>wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=1 063)</p> <p><i>W liczbie 4-8 spotkań w porównaniu do 1-3 spotkań</i></p> <p>RR=1,10 [95%CI: (1,01; 1,19)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (18 RCT; N=9 579)</p> <p><i>W liczbie >8 spotkań w porównaniu do 4-8 spotkań</i></p> <p>RR=1,15 [95%CI: (0,98; 1,33)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (12 RCT; N=1 737)</p> <p>Interwencja behawioralna świadczona w formie telefonicznej</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,37)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=6 670)</p> <p>Interwencja behawioralna świadczona w formie kontaktu bezpośredniego</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,11 [95%CI: (1,03; 1,19)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (57 RCT; N=16 661)</p>	<p>abstynencji tytoniowej u osób palących. Interwencja okazała się być także nieistotna statystycznie w porównaniu do 4-8 spotkań.</p> <p>Wdrożenie interwencji behawioralnej w formie porady telefonicznej ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej w formie kontaktu bezpośredniego ma istotny statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Lindson 2019b¹⁶⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 37 (USA – 28; Brazylia – 2; Australia – 2; Chiny – 1; Indie – 1; Afryka – 1; Hiszpania – 1; UK – 1)</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności rozmów motywacyjnych w celu rzucenia palenia w porównaniu do braku leczenia lub jako dodatek do innych form leczenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 08.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby używające wyrobów tytoniowych (młodzież, studenci, dorośli pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej). <p><u>Liczebność populacji:</u> ponad 15 000</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozmowa motywacyjna, rozmowa motywacyjna jako dodatek do innych metod leczenia uzależnienia od nikotyny, rozmowy motywacyjne o większej intensywności. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak leczenia uzależnienia od tytoniu, inne metody leczenia uzależnienia od tytoniu. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> rzucenie palenia. 	<p>Rozmowy motywacyjne</p> <p><u>Rzucenie palenia w przeciągu ≥6 miesięcy</u></p> <p><i>W porównaniu do braku interwencji</i></p> <p>RR=0,84 [95%CI: (0,63; 1,12)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=684)</p> <p><i>W porównaniu do innych interwencji w celu zaprzestania palenia tytoniu</i></p> <p>RR=1,24 [95%CI: (0,91; 1,69)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (19 RCT; N=5 192)</p> <p>Rozmowa motywacyjna jako dodatek do innych metod leczenia uzależnienia od nikotyny</p> <p><u>Rzucenie palenia w przeciągu ≥6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,07 [95%CI: (0,85; 1,36)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (12 RCT; N=4 167)</p> <p>Rozmowy motywacyjne o wyższej intensywności</p> <p><u>Rzucenie palenia w przeciągu ≥6 miesięcy</u></p>	<p>Realizacja rozmów motywacyjnych nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwa porzucenia palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p> <p>Wykazano, że realizacja rozmów motywacyjnych, jako dodatku do innych metod leczenia uzależnienia od nikotyny, nie ma istotnego statystycznie wpływu na zmianę prawdopodobieństwa porzucenia palenia w perspektywie ≥6 miesięcy.</p> <p>Realizacja rozmów motywacyjnych o zwiększonej intensywności, ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo porzucenia palenia tytoniu w perspektywie ≥6 miesięcy.</p>

¹⁶⁰ Lindson N., Thompson T., Ferrey A. et al. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7: CD006936

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			RR=1,23 [95%CI: (1,11; 1,37)] wynik istotny statystycznie (5 RCT, N=5 620)	
<p>Zhou 2019¹⁶¹ <u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IB Rodzaj włączonych badań: RCT (7), non-RCT (2) i badania obserwacyjne (4). Liczba uwzględnionych badań: 13 (Hong Kong – 3; Beijing – 2; Guangzhou – 2; Changchun – 1; Fenyang – 1; Nanning – 1; Shanghai – 1; Taiwan – 1; Tianjin – 1). Cel badania: przegląd skuteczności interwencji mających na celu zmniejszenie narażenia dzieci na bierne palenie w domu palących rodziców. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.1997 r. do 12.2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> chińscy rodzice, którzy palą w domu i mieszkają z dziećmi w wieku od 0 do 18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> liczebność 5 722</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje mające na celu ograniczenie palenia biernego u dzieci palaczy: <ul style="list-style-type: none"> materiały samopomocowe (informacje o zagrożeniach dla zdrowia wynikających z biernego palenia; ochrony przed biernym paleniem oraz wskazówki dot. rzucania palenia), plakaty informacyjne o szkodliwości palenia biernego, zakazy palenia w domu, 	<p>Interwencje mające na celu ograniczenie palenia biernego u dzieci palaczy</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>3 z 5 badań odnotowały większy odsetek rezygnujących z palenia wśród rodziców dzieci z grupy interwencji (5 badań; N=2 629)</p> <p><u>Redukcja użycia</u></p> <p>5 badań opisało istotną redukcję użycia tytoniu, a w 2 z nich efekt nie utrzymał się do 12 miesięcy (5 badań; N=3 949)</p> <p><u>Wyniki zdrowotne dzieci</u></p> <p>1 badanie wykazało istotną redukcję zakażeń dróg oddechowych (N=318)</p> <p>1 badanie wykazało istotną redukcję wizyt w szpitalu (N=360)</p> <p><u>Ekspozycja dzieci na bierne palenie</u></p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Wszystkie interwencje w analizowanych badaniach przyniosły pozytywne rezultaty, takie jak krótkotrwała abstynencja od palenia i wdrożenie całkowitej polityki zakazu palenia w domach. Jednak nie wykazały one pozytywnych ani trwałych efektów w postaci wzrostu wskaźników rzucania palenia lub spadku biochemicznych markerów narażenia na bierne palenie wśród dzieci.</p>

¹⁶¹ Zhou Y., Mak Y., Ho G. (2019). Effectiveness of Interventions to Reduce Exposure to Parental Second hand Smoke at Home among Children in China: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health. 16(1): 107

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> ○ poradnictwo indywidualne, ○ SMS, ○ poradnictwo grupowe, ○ biochemiczne sprzężenie zwrotne, ○ edukacja zdrowotna. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • krótka porada dotycząca zagrożeń związanych z tytoniem i rzucaniem palenia, • materiały drukowane. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia, • redukcja palenia tytoniu w domu, • redukcja użytkowania tytoniu (palenie i spożywanie), • poprawa zdrowia dzieci. 	<p>1 badanie wykazało spadek wskaźnika narażenia na bierne palenie z 56,7% do 51,7% (N=312)</p> <p>1 badanie wskazało zwiększenie odsetka niepalących w obecności dzieci z 69% do 85%. (N=84)</p>	
<p>Behbod 2018¹⁶²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dorosłe osoby palące sprawujące opiekę nad dziećmi w wieku do 12 lat. 	<p>Interwencje behawioralne oparte o konsultacje</p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>3 z 7 badań wykazały, że grupa interwencyjna była bardziej skłonna</p>	<p>Wnioski autorów publikacji</p> <p>Obecnie nie ma wystarczających dowodów, aby poprzeć jedną strategię w celu zmniejszenia rozpowszechnienia lub poziomu</p>

¹⁶² Behbod B., Sharma M., Baxi R. et a. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD001746

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Brak zewnętrznego źródła finansowania</p>	<p>Rodzaj włączonych badań: RCT i NRCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 78 (USA – 42; Chiny – 6; Australia – 4; Kanada – 3; Turcja – 3; UK – 3; Niemcy – 3; Holandia – 3; Włochy – 2; Finlandia – 1; Japonia – 1; Szwecja – 1; Norwegia – 1; Hiszpania – 1; Tajwan – 1; Iran – 1; Armenia – 1; międzynarodowe – 1;).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności interwencji mających na celu zmniejszenie narażenia dzieci na dym tytoniowy występujący w środowisku oraz na bierne palenie.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 02.2017 r.</p>	<p><u>Liczebność populacji: ponad 52 500 rodziców z dziećmi.</u></p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wieloelementowe interwencje behawioralne oparte na: <ul style="list-style-type: none"> ○ konsultacjach ogólnych, ○ konsultacjach indywidualnych, ○ konsultacjach telefonicznych, ○ edukacji, ○ krótkim poradnictwie. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • minimalna interwencja, • standardowa, krótka porada nt. rzucenia palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wdrożenie pełnego zakazu palenia w domu i/lub samochodzie, • stężenie nikotyny/kotyniny u dzieci, • ekspozycja dzieci na dym tytoniowy, • stężenie nikotyny w powietrzu pomieszczeń mieszkalnych. 	<p>niż grupa kontrolna do wdrożenia pełnego zakazu palenia w domu.</p> <p>1 z 7 badań wykazało spadek średniego stężenia nikotyny we włosach grupy z interwencją od 0,30 ng/mg do 0,23 ng/mg (P=0,024).</p> <p>4 z 7 badań nie stwierdziło istotnych różnic w zmianie poziomu kotyniny między interwencją a kontrolą.</p> <p>(7 badań; N=2 880)</p> <p><i>Wśród opiekunów dzieci hospitalizowanych</i></p> <p>3 badania nie wykazały zmiany w środowiskowej ekspozycji na dym tytoniowy dzieci w wyniku interwencji.</p> <p>(3 badania; N=746)</p> <p><i>W przychodniach dzieci zdrowych</i></p> <p>1 z 3 badań wykazało redukcję środowiskowego narażenia na tytoń w domu, przy przyjęciu analizy <i>per protocol</i>.</p> <p>OR=0,71 [95%CI: (0,59; 0,87)]</p> <p>wynik istotny statystycznie</p> <p>1 z 3 badań wykazało zwiększenie częstości zakazów palenia w domu i samochodzie w wyniku interwencji.</p> <p>(3 badania; N=8 005)</p>	<p>narażenia dzieci na środowiskowy dym tytoniowy.</p> <p>Nie ma jednoznacznych dowodów na różnice w poziomach sukcesu w różnych środowiskach, w tym w kontekstach dzieci zdrowych, dzieci chorych i całej społeczności.</p> <p>Istnieje ograniczone poparcie dla prowadzenia bardziej intensywnych interwencji doradczych dla rodziców.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>Interwencje edukacyjne</p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>1 z 2 badań wykazało spadek poziomu kotyniny w grupie interwencyjnej (1,29 ng/ml vs 1,78 ng/ml) po 6 miesięcznej obserwacji.</p> <p>(2 badania; N=307)</p> <p><i>Wśród opiekunów dzieci hospitalizowanych</i></p> <p>1 z 7 badań opisało istotnie mniejszą ekspozycję na środowiskowy dym tytoniowy (52% vs 58%; P=0,03) w wyniku ekspozycji.</p> <p>W 6 z 7 badań nie stwierdzono znaczących skutków interwencji.</p> <p>(7 badań; N=2 936)</p> <p><i>W przychodniach dzieci zdrowych</i></p> <p>1 z 4 badań wykazało zmniejszenie użycia tytoniu w domu przez matki.</p> <p>(4 badania; N=1 401)</p> <p>Doradztwo personalne</p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>3 z 6 badań wykazało zmniejszenie poziomu kotyniny w grupie interwencji.</p> <p>2 z 6 badań wykazały, że grupa interwencyjna miała znacznie większe prawdopodobieństwo</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wprowadzenia w domu zakazu palenia.</p> <p>W 2 z 6 badań nie stwierdzono znaczących skutków interwencji.</p> <p>(6 badań; N=1 001)</p> <p><i>Wśród opiekunów dzieci hospitalizowanych</i></p> <p>8 z 8 badań nie wykazało istotnej statystycznie zmiany w środowiskowej ekspozycji na dym tytoniowy w wyniku interwencji.</p> <p>(8 badań; N=1 835)</p> <p><i>W przychodniach dzieci zdrowych</i></p> <p>1 z 3 badań wykazało redukcję poziomu kotyniny w wyniku interwencji (spadek z 48,72 ng/mg do 28,68 ng/mg vs spadek z 40,43 do 36,32 ng/mg); badanie wykazało również zwiększenie odsetka zakazów palenia w domu z 15% do 33,3% vs 11,5% do 19,5% w grupie kontroli.</p> <p>1 z 3 badań wykazało istotną redukcję stężenia nikotyny w powietrzu pomieszczeń mieszkalnych.</p> <p>(3 badania; N=1 483)</p> <p>Porada telefoniczna</p> <p><i>Ogółem</i></p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>1 badanie wykazało brak różnic w ilości kotyniny w moczu u dzieci z grupy interwencji. (1 badanie; N=347)</p> <p><i>W przychodniach dzieci zdrowych</i></p> <p>1 badanie wykazało wzrost częstości częściowych zakazów palenia w domu w wyniku interwencji (62,7% vs 56,4%). (1 badanie; N=952)</p> <p>Krótką poradą antynikotynowa</p> <p><i>Wśród opiekunów dzieci hospitalizowanych</i></p> <p>1 badanie nie wykazało istotnych statystycznie skutków interwencji. (1 badanie; N=100)</p> <p><i>W przychodniach dzieci zdrowych</i></p> <p>1 badanie nie wykazało istotnej zmiany w zakresie odsetka zakazów palenia względem grupy kontrolnej. (1 badanie; N=218)</p>	
<p>Fanshawe 2017¹⁶³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>National Institute for Health Research (NIHR)</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 41 (Ameryka Pn. – 29; Anglia – 1;</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młode osoby palące <20 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok 13 000</p> <p>Interwencja:</p>	<p>Poradnictwo indywidualne</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,07 [95%CI: (0,83; 1,39)]</p>	<p>Świadczenie poradnictwa indywidualnego nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p>

¹⁶³ Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst. Rev. 11(11): CD003289

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Dania – 2; Szwajcaria – 1; Holandia – 1; Hiszpania – 3; Rosja – 1; Turcja – 1; Australia – 1; Tajwan – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności strategii, które pomagają młodym ludziom rzucić palenie tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2017 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> wszelkie interwencje pomagające w zaprzestaniu palenia; interwencje mające na celu wzmocnienie motywacji, porady mające na celu zabezpieczenie przed ponownym rozpoczęciem palenia (ciągłe wsparcie), interwencje oparte na modelu zmiany – samodzielnie lub w połączeniu z krótką poradą i wzmocnieniem motywacji, formy interwencji: poradnictwo indywidualne, poradnictwo grupowe, spersonalizowane wiadomości tekstowe, aplikacje komputerowe, materiały do samodzielnego studiowania. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> minimalna interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia tytoniu w okresie od 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia interwencji. 	<p>wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=2 088)</p> <p>Poradnictwo grupowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,35 [95%CI: (1,03; 1,77)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (9 RCT; N= 1 910)</p> <p>Interwencje dostarczane przez komputer</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=0,79 [95%CI: (0,50; 1,24)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N= 340)</p> <p>Dostarczane wiadomości tekstowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,18 [95%CI: (0,90; 1,56)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=2 985)</p> <p>Interwencje dostarczane różnymi metodami na raz</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,26 [95%CI: (0,95; 1,66)]</p>	<p>Poradnictwo grupowe ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Interwencje dostarczane za pośrednictwem komputera nie mają istotnego statystycznie wpływu na zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Interwencje dostarczane za pośrednictwem komputera nie mają istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Nadsyłanie wiadomości tekstowych nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Interwencje oparte o nadsyłanie wiadomości różnymi ścieżkami nie mają istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Interwencje behawioralne oparte o model etapu zmiany, wywiad motywacyjny lub społeczną terapię</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N= 2755)</p> <p>Interwencje behawioralne w oparciu o model etapu zmiany</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,06 [95%CI: (0,85; 1,31)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=3 282)</p> <p>Interwencje behawioralne w oparciu o wywiad motywacyjny</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,11 [95%CI: (0,90; 1,36)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (10 RCT; N=1 752)</p> <p>Interwencje behawioralne w oparciu o społeczną terapię poznawczą</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,16 [95%CI: (0,88; 1,51)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=3 667)</p> <p>Interwencje behawioralne w oparciu o złożone modele teoretyczne</p>	<p>poznawczą nie mają istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p> <p>Interwencje behawioralne oparte o złożone modele teoretyczne prezentują istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy wśród młodych osób palących <20 r.ż.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Zaprzestanie palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy</u></p> <p>RR=1,40 [95%CI: (1,14; 1,74)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=2 827)</p>	
<p>Lancaster 2017¹⁶⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Oxford University Department of Primary Health Care</p> <p>National Institute for Health Research School for Primary Care Research</p> <p>NHS Research and Development Programme</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 49 badań: USA – 30; Hiszpania – 3; Dania – 3; UK – 2; Australia – 2; Niemcy – 1; Szwajcaria – 1; Szwecja – 1; Holandia – 1; Hong Kong – 1; China – 1; Japonia – 1; Korea – 1; Indie – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności indywidualnego poradnictwa w zakresie pomocy w zaprzestaniu palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 05.2016 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorosłe osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 19 000</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> poradnictwo indywidualne <i>face-to-face</i>, o różnej intensywności i częstości (intensywną poradą była bezpośrednia o czasie trwania >10 min, na interwencje składały się spotkania cotygodniowe powtarzane przez okres zwykle kilku tygodni). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> minimalna interwencja/krótka porada. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia tytoniu – abstynencja od tytoniu trwająca powyżej >6 miesięcy. 	<p>Poradnictwo indywidualne <i>face-to-face</i> w wymiarze >10 minut w porównaniu do minimalnej interwencji</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u></p> <p><i>Pacjenci bez farmakoterapii</i></p> <p>RR=1,57 [95%CI: (1,40; 1,77)] wynik istotny statystycznie (27 RCT; N=11 100)</p> <p><i>Pacjenci otrzymali farmakoterapię w postaci NRT</i></p> <p>RR=1,24 [95%CI: (1,01; 1,51)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=2 662)</p> <p>Poradnictwo indywidualne <i>face-to-face</i> w wymiarze >10 minut o zwiększonej intensywności z lub bez uwzględnienia farmakoterapii w porównaniu do krótkiej porady</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u></p>	<p>Poradnictwo indywidualne <i>face-to-face</i> w wymiarze >10 minut w porównaniu do minimalnej interwencji, wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące, zarówno wśród pacjentów, którzy otrzymali farmakoterapię w postaci NTZ, jak i tych, którzy jej nie stosowali.</p> <p>Dodatkowo, wykazano istotne statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące w przypadku indywidualnego poradnictwa <i>face-to-face</i> w wymiarze >10 minut o zwiększonej intensywności z lub bez uwzględnienia farmakoterapii w porównaniu do krótkiej porady/minimalnej interwencji.</p>

¹⁶⁴ Lancaster T., Stead L. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD001292

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			RR=1,29 [95%CI: (1,09; 1,53)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=2 920)	
<p>Peirson 2016¹⁶⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Public Health Agency of Canada</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 9 (USA – 6, Holandia – 1, Finlandia – 1, Anglia – 1).</p> <p>Cel badania: cena skuteczności i szkód związanych z interwencjami behawioralnymi, mających na celu ograniczenie używania tytoniu wśród dzieci i młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 04.2015 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież od 5 do 18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 15 545</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje behawioralne mające na celu ograniczenie używania tytoniu, obejmujące: <ul style="list-style-type: none"> kontakt bezpośredni, telefoniczny, video, materiały dostarczane przez Internet lub na telefon, materiały drukowane przekazane pocztą. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, interwencja minimalna. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Interwencje behawioralne</p> <p><u>Zapobieganie inicjacji palenia</u></p> <p>RR=0,82 [95%CI: (0,72; 0,94)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=15 545)</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=1,34 [95%CI: (1,05; 1,69)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=741)</p>	<p>Interwencje behawioralne istotnie statystycznie wpływają na zmniejszenie prawdopodobieństwa rozpoczęcia palenia przez dzieci i młodzież.</p> <p>Interwencje behawioralne również istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo zaprzestania palenia wśród palącej młodzieży.</p>

¹⁶⁵ Peirson L., Ali M., Kenny M. et al. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Prev. Med. 85: 20-31

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> redukcja odsetka inicjacji palenia tytoniu, zmiana statusu palacza. 		
<p>Shackleton 2016¹⁶⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Grant Bill and Melinda Gates Foundation</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd parasolowy.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: poza klasyfikacją.</p> <p>Rodzaj włączonych badań: przeglądy systematyczne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 22.</p> <p>Cel badania: ocena i synteza potencjalnych alternatywnych interwencji w środowisku szkolnym, których celem jest ograniczenie przemocy i stosowania używek wśród dzieci i młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1980 r. do 01.2015 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież od 11 do 18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie określono</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> wieloelementowe interwencje behawioralne z wykorzystaniem działań edukacyjnych oraz konsultacji w środowisku szkolnym, w zakresie ograniczenia palenia tytoniu, odnoszące się do: <ul style="list-style-type: none"> zmian organizacyjno-zarządczych, edukacji, duszpasterstwa, dyscypliny, szkolnej służby zdrowia, szkolnych inicjatyw promujących zdrowie, zajęć pozalekcyjnych. 	<p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na użytkowanie wyrobów tytoniowych</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,77 [95%CI: (0,64; 0,93)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (2 RCT; N= 2 335)*</p> <p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na wiele ryzykownych zachowań zdrowotnych</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,84 [95%CI: (0,76; 0,93)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 320)*</p> <p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na spożywanie alkoholu</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,74 [95%CI: (0,61; 0,90)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=1 901)*</p>	<p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na użytkowanie wyrobów tytoniowych, ryzykowne zachowania zdrowotne lub ukierunkowane na spożywanie alkoholu istotnie statystycznie wpływają na zmniejszoną szansę korzystania z wyrobów tytoniowych (palenia papierosów) przez młodzież.</p> <p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na zdrowie emocjonalne i samopoczucie nie wpływa istotnie statystycznie na szansę korzystania z wyrobów tytoniowych (palenia papierosów) przez młodzież w wieku szkolnym.</p>

¹⁶⁶ Shackleton N., Jamal F., Viner R., et al. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. J. Adolesc. Health. 58(4): 382-396

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak komparatora. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> korzystanie z wyrobów tytoniowych. 	<p>Interwencje behawioralne ukierunkowane na zdrowie emocjonalne i samopoczucie</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,79 [95%CI: (0,59; 1,06)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=630)*</p> <p>*Wyniki oparte o uwzględnioną w ramach przeglądu parasolowego metaanalizę Langford 2014¹⁶⁷</p>	
<p>Patnode 2013¹⁶⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Agency for Healthcare Research and Quality</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 18 (USA – 15, Holandia – 1, Finlandia – 1, Anglia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności i szkód związanych z interwencjami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, których celem jest ograniczenie używania tytoniu wśród dzieci i młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 14.09.2012 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież od 10 do 19 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 38 126</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje behawioralne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, interwencja minimalna. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> odsetek osób palących, 	<p>Interwencje behawioralne (w formie od krótkiej porady po poradę indywidualną połączonej ze wsparciem telefonicznym)</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia (prewencja palenia wśród niepalących)</u></p> <p>w okresie 6 do 36 miesięcy obserwacji</p> <p>RR=0,81 [95%CI: (0,70; 0,93)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=26 624)</p> <p><u>Zaprzestanie palenia wśród osób palących</u></p>	<p>Prowadzenie interwencji behawioralnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (w postaci krótkich porad indywidualnych połączonych ze wsparciem telefonicznym) wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie prawdopodobieństwa rozpoczęcia palenia przez osoby niepalące w ciągu 6 miesięcy do 3 lat od rozpoczętej interwencji (prewencja pierwotna).</p> <p>Interwencje behawioralne w ramach POZ nie wpływają istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące (prewencja wtórna) oraz nie wpływają na rozpowszechnienie</p>

¹⁶⁷ Langford R., Jones HE., Poulou T. et al. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement (Review). Cochrane Syst Rev. 4(4): CD008958

¹⁶⁸ Patnode C., O'Connor E., Whitlock E. et al. (2013). Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann. Intern. Med. 158(4): 253-260

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia i/lub prewencja. 	<p><i>W okresie od 6 do 12 miesięcy obserwacji</i></p> <p>RR=0,96 (95%CI: (0,90; 1,02]) wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=2 328)</p> <p><u>Rozpowszechnienie palenia wśród osób palących i niepalących</u></p> <p><i>W okresie 12 miesięcy obserwacji</i></p> <p>RR=0,91 (95%CI: (0,81; 1,01]) wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=8 749)</p>	<p>palenia wśród osób palących i niepalących w okresie do 12 miesięcy od przeprowadzonej interwencji.</p>
Interwencje behawioralne w połączeniu z farmakoterapią				
<p>Lindson 2021¹⁶⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Cochrane Tobacco Addiction Group</p> <p>National Institute for Health Research</p> <p>National Health Service</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 81 (Europa – 39; USA – 26; Australia – 7; Ameryka Południowa – 2; Korea Południowa – 2; Kanada – 2; Chiny – 1; Pakistan – 1; Tajlandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności strategii nacelowanych na zwiększenie powodzenia interwencji z zakresu porzucenia palenia tytoniu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokonano</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> palący pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 112 159</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> bezpłatne leki wspomagające rzucanie palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardowe (krótka porada) lub wielokomponentowe wsparcie w zakresie rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Darmowe leki w połączeniu ze standardowym lub wielokomponentowym wsparciem w zakresie rzucania palenia</p> <p><u>Abstynencja ≥6 mc</u></p> <p>RR=1,36 [95%CI: (1,05; 1,76)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=7 560)</p>	<p>Wykazano, że uwzględnienie darmowych leków w standardowym lub wielokomponentowym wsparciu w zakresie rzucania palenia istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥6 miesiącu od interwencji.</p>

¹⁶⁹ Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>oceny czy wpływ jaki te działania mają na zaprzestanie palenia może wynikać ze zwiększonej częstości ich wdrażania przez świadczeniodawców.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> abstynencja tytoniowa. 		
<p>Hartmann-Boyce 2019¹⁷⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 83 (USA – 75; Europa – 8).</p> <p>Cel badania: ocena wpływu dodania lub zwiększenia intensywności wsparcia behawioralnego dla osób rzucających palenie przy wykorzystaniu farmakoterapii, oraz dokonanie oceny czy istnieją różnice w efekcie wynikające z różnych farmakoterapeutyków oraz ilości udzielanego wsparcia podczas procesu porzucania nałogu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące korzystające ze środków farmakologicznych wspierających rzucanie palenia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 29 536</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dodatkowe wsparcie behawioralne, do poszczególnych farmakoterapeutyków w zakresie rzucania palenia: <ul style="list-style-type: none"> nikotynowa terapia zastępcza (NTZ), bupropion, nortryptylina, wareniklina, jednoczesne stosowanie kilku farmaceutyków. <p>Komparator:</p>	<p>Interwencja behawioralna jako dodatek do farmakoterapii</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,15 [95%CI: (1,08; 1,22)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (65 RCT; n/N=2 291/11 630 (I); 2 006/11 701 (C))</p> <p><i>Do NTZ</i></p> <p>RR=1,12 [95%CI: (1,04; 1,21)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (49 RCT; n/N=1 435/8 265 (I); 1 291/8 276 (C))</p> <p><i>Bupropionem</i></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (1,10; 1,46)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (5 RCT; n/N=322/1 120 (I); 262/1 178 (C))</p> <p><i>Nortryptyliny</i></p>	<p>Wykazano, że dodanie do farmakoterapii interwencji behawioralnej ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u obecnie palących.</p> <p>Istotny statystycznie wpływ dodania wsparcia behawioralnego do farmakoterapii, w zakresie uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących, wykazano w odniesieniu do leczenia z wykorzystaniem samodzielnie nikotynowej terapii zastępczej i bupropionu. W przypadku nortryptyliny, warenikliny, skojarzenia NTZ z bupropionem oraz umożliwienia pacjentowi wyboru farmakoterapeutyka wyniki wyboru farmakoterapeutyka okazały się być nieistotne statystycznie.</p> <p>Wykazano, że prowadzenie interwencji behawioralnej o zwiększonej intensywności w liczbie 4-8 spotkań ma istotny</p>

¹⁷⁰ Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD009670

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> brak interwencji behawioralnej lub interwencja o mniejszej intensywności. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu. 	<p>RR=0,98 [95%CI: (0,60; 1,63)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=22/86 (I); 22/86 (C))</p> <p><i>Warenikliny</i></p> <p>RR=1,05 [95%CI: (0,87; 1,27)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=159/555 (I); 152/556 (C))</p> <p><i>NTZ w połączeniu z bupropionem</i></p> <p>RR=1,24 [95%CI: (1,00; 1,54)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N=127/363 (I); 100/356 (C))</p> <p><i>Farmakoterapia do wyboru przez pacjenta</i></p> <p>RR=1,30 [95%CI: (1,00; 1,68)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N=127/363 (I); 100/356 (C))</p>	<p>statystycznie wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p>
<p>Lindson 2019a¹⁷¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> <i>National Institute for Health Research</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 51 (USA – 29; Chiny – 5; Hiszpania – 3; Szwajcaria – 3; Niemcy – 2; UK – 2;</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ogólna palaczy tytoniu w jakiegokolwiek formie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 22 509</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> złożone strategie mające na celu stopniową redukcję 	<p>Stopniowa redukcja wypalanych papierosów w połączeniu z farmakoterapią w porównaniu do tej interwencji z placebo lub brakiem farmakoterapii</p> <p><u>Porzucenie palenia w przeciagu 6 miesięcy</u></p>	<p>Stopniowa redukcja wypalanych papierosów w połączeniu z farmakoterapią, w porównaniu do tej interwencji z placebo lub brakiem farmakoterapii, ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia tytoniu wśród osób palących. Wyniki były także istotne</p>

¹⁷¹ Lindson N., Klemperer E., Hong B. et al. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD013183

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Australia – 1; Austria – 1; Kanada – 1; Dania – 1; Czechy – 1; Nowa Zelandia – 1; międzynarodowe – 1).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności interwencji mających na celu stopniową redukcję liczby wypalanych papierosów do momentu całkowitego zaprzestania palenia, w perspektywie długoterminowego procesu rzucania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2018 r.</p>	<p>wypalanych papierosów (np. zwiększanie odstępów czasu pomiędzy wypalnymi papierosami; lokalizowanie kluczowych momentów dnia które są związane z wypalaniem papierosów) lub stosowanie innych produktów, które nie zawierają nikotyny.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • interwencje mające na celu radykalne zaprzestanie palenia, • inne interwencje z danego zakresu. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia. 	<p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,68 [95%CI: (1,09; 2,58)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=8 636)</p> <p><i>NRT ogółem</i></p> <p>RR=1,02 [95%CI: (0,61; 1,69)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=1 124)</p> <p><i>Plastry nikotynowe</i></p> <p>RR=0,34 [95%CI: (0,02; 5,31)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=85)</p> <p><i>NRT o przyśpieszonym działaniu</i></p> <p>RR=2,56 [95%CI: (1,93; 3,39)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=5 323)</p> <p><i>Wareniklina</i></p> <p>RR=3,99 [95%CI: (2,93; 5,44)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=1 510)</p> <p><i>Bupropion</i></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (0,67; 2,40)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=594)</p>	<p>statystycznie w przypadku farmakoterapii z wykorzystaniem NRT o przyśpieszonym działaniu, oraz warenikliny.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Hartmann-Boyce 2018¹⁷²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Department of Primary Health Care, University of Oxford</p> <p>National Institute for Health Research (NIHR) School for Primary Care Research</p> <p>National Institute for Health Research (NIHR)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 136 (Ameryka Północna – 62, Europa – 56, Australazja – 2, Japonia – 2, Iran – 2, Ameryka Południowa – 2, wieloregionowe – 2, Indie – 1, Syria –1, Tajwan – 1, Tajlandia – 1).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności i bezpieczeństwa nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) w celu osiągnięcia długotrwałego zaprzestania palenia, w porównaniu z placebo lub interwencjami typu "brak NTZ".</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> mężczyźni lub kobiety, którzy palą i są zmotywowani do rzucenia nałogu. <p><u>Liczebność populacji:</u> 64 640 (w głównej analizie)</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) w połączeniu ze wsparciem behawioralnym. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> placebo lub brak NTZ. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia w okresie >6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania NTZ. 	<p>NTZ w postaci gum z dodatkowym wsparciem behawioralnym</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>Ogółem</p> <p>RR=1,50 [95%CI: (1,40; 1,61)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (55 RCT; N=21 759)</p> <p><i>Wsparcie o niskiej intensywności</i></p> <p>RR=1,66 [95%CI: (1,46; 1,88)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=11 257)</p> <p><i>Indywidualne wsparcie o wysokiej intensywności</i></p> <p>RR=1,32 [95%CI: (1,18; 1,49)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (18 RCT; N=6 891)</p> <p><i>Grupowe wsparcie o wysokiej intensywności</i></p> <p>RR=1,57 [95%CI: (1,40; 1,76)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (20 RCT; N=3 611)</p> <p>NTZ w postaci plastrów z dodatkowym wsparciem behawioralnym</p>	<p>Dodanie do stosowania gum nikotynowych wsparcia behawioralnego o dowolnej intensywności i formie, prowadzi do istotnego statystycznie wzrostu prawdopodobieństwa zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Dodanie do stosowania plastrów nikotynowych wsparcia behawioralnego o dowolnej intensywności, prowadzi do istotnego statystycznie wzrostu prawdopodobieństwa zaprzestania palenia przez osoby palące.</p>

¹⁷² Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C, Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD000146

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>Ogółem</p> <p>RR=1,67 [95%CI: (1,56; 1,79)] wynik istotny statystycznie (49 RCT; N=23 657)</p> <p>Wsparcie o niskiej intensywności</p> <p>RR=1,76 [95%CI: (1,54; 2,02)] wynik istotny statystycznie (15 RCT; N=7 310)</p> <p>Indywidualne wsparcie o wysokiej intensywności</p> <p>RR=1,63 [95%CI: (1,47; 1,81)] wynik istotny statystycznie (25 RCT; N=12 709)</p> <p>Grupowe wsparcie o wysokiej intensywności</p> <p>RR=1,65 [95%CI: (1,43; 1,90)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=3 638)</p>	
<p>Stead 2016¹⁷³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>NuDield Department of Primary Care</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorose osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok 25 000</p> <p>Interwencja:</p>	<p>Połączona farmakoterapia z interwencją behawioralną w porównaniu do krótkiej porady</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy (wynik dla wszystkich badań ogółem)</u></p>	<p>Połączona farmakoterapia z interwencją behawioralną w porównaniu do krótkiej porady wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo</p>

¹⁷³ Stead L. F., Koilpillai P., Fanshawe T. R. et al. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD008286

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>Health Sciences, University of Oxford</i></p> <p><i>NHS, National Institute for Health Research</i></p> <p><i>National School for Health Research, School for Primary Care Research</i></p>	<p>Liczba uwzględnionych badań: 53 (USA – 28; Kanada – 5; Australia – 4; Dania – 3; Hiszpania – 3; UK – 4; Brazylia – 1; Włochy – 1; Holandia – 1; Szwecja – 1; Japonia – 1; Hong Kong – 1).</p> <p>Cel badania: ocena wpływu połączenia wsparcia behawioralnego i farmakoterapii w celu pomocy w zaprzestaniu palenia, w porównaniu do braku interwencji.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2016 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> interwencje behawioralne wraz z możliwością otrzymania farmakoterapii, przy wielokrotnym kontakcie ze świadczącym interwencję (bezpośrednio lub telefonicznie). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> krótka porada, brak farmakoterapii. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu w najdłuższym czasie obserwacji. 	<p>RR=1,83 [95%CI: (1,68; 1,98)] wynik istotny statystycznie (52 RCT; N=19 488)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy (względem sposobu rekrutacji)</u></p> <p><i>Rekrutacja w placówce ochrony zdrowia</i></p> <p>RR=1,97 [95%CI: (1,79; 2,18)] wynik istotny statystycznie (43 RCT; N=13 863)</p> <p><i>Rekrutacja w społeczności/we wspólnotach</i></p> <p>RR=1,53 [95%CI: (1,33; 1,76)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=4 906)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy (względem sposobu dostarczania usługi)</u></p> <p><i>Prowadzone przez zwykłego dostawcę usługi</i></p> <p>RR=2,03 [95%CI: (1,70; 2,43)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=5 112)</p> <p><i>Prowadzone przez specjalistę z zakresu pomocy palącym</i></p> <p>RR=1,81 [95%CI: (1,64; 1,99)] wynik istotny statystycznie (39 RCT; N=12 252)</p>	<p>zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące.</p> <p>Ww. interwencja wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia bez względu na sposób rekrutacji oraz czas i liczbę spotkań interwencji.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Prowadzone przez wsparcie rówieśników</i></p> <p>RR=1,75 [95%CI: (1,19; 2,58)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=799)</p> <p><i>Prowadzone wyłącznie przez kontakt mailowy</i></p> <p>RR=1,05 [95%CI: (0,69; 1,58)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=1 023)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy (względem liczby sesji/spotkań)</u></p> <p><i>1-3 sesje</i></p> <p>RR=1,94 [95%CI: (1,94; 2,36)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=4 032)</p> <p><i>4-8 sesji</i></p> <p>RR=1,81 [95%CI: (1,64; 1,99)] wynik istotny statystycznie (28 RCT; N=12 163)</p> <p><i>Powyżej 8 sesji</i></p> <p>RR=2,10 [95%CI: (1,65; 2,68)] wynik istotny statystycznie (13 RCT; N=2 270)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy (względem czasu trwania kontaktu)</u></p> <p><i>Do 30 minut</i></p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>RR=1,70 [95%CI: (1,24; 2,33)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 719)</p> <p><i>31-90 minut</i></p> <p>RR=1,96 [95%CI: (1,74; 2,21)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=8 718)</p> <p><i>91-300 minut</i></p> <p>RR=1,84 [95%CI: (1,60; 2,11)] wynik istotny statystycznie (22 RCT; N=5 758)</p> <p><i>Powyżej 300 minut</i></p> <p>RR=1,70 [95%CI: (1,34; 2,16)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=2 270)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >6 miesięcy</u> <u>(w ramach badania Lung Health Study)</u></p> <p><i>Rekrutacja w społeczności, prowadzone przez specjalistę w sesjach >8, przy łącznym czasie trwania kontaktu z interwencją >300 min</i></p> <p>RR=3,88 [95%CI: (3,35; 4,50)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=5 887)</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Suls 2012¹⁷⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Robert Wood Johnson Foundation National Cancer Institute</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i non-RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 14.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności programów mających na celu rzucenie palenia przez młodych w wieku 18-24 lat.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2004 r. do 2010 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzi dorośli od 18 do 24 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 962</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> programy oparte na interwencjach behawioralnych, również te włączające farmakoterapię: <ul style="list-style-type: none"> wielokrotne sesje indywidualne samodzielne lub połączone z NRT/ bupropionem/ nortryptyliną, dostosowane materiały do samodzielnego studiowania z sesjami indywidualnymi, krótka porada wraz z dostarczaniem materiałów dostosowanych do odbiorców, doradztwo telefoniczne połączone z materiałami do samodzielnego studiowania. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> krótka porada, 	<p>Programy oparte na interwencjach behawioralnych i farmakoterapii</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,48 [95%CI: (1,11; 1,97)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (14 badań/20 porównań; N=1 962)</p>	<p>Programy oparte na interwencjach behawioralnych połączonych z farmakoterapią wpływają istotnie statystycznie na zwiększoną szansę zaprzestania palenia przez palących młodych dorosłych.</p>

¹⁷⁴ Suls J., Luger T., Curry S. et al. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. Am. J. Prev. Med. 42(6): 655-662

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Farmakoterapia				
<p>Lotfy 2020¹⁷⁵ <u>Źródła finansowania:</u> Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: 4 RCT i 1 NRCT Liczba uwzględnionych badań: 5. Cel badania: określenie skuteczności topiramatu w zakresie rzucania palenia. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2019 r.</p>	<p>Populacja: • dorosłe osoby palące. <u>Liczebność populacji:</u> 447 Interwencja: • doustne przyjmowanie topiramatu przez 5-8 tygodni w wymiarze 200-300 mg/d. Komparator: • placebo. Punkty końcowe: • abstynencja tytoniowa (min. 4-tygodniowa) potwierdzona przez poziom tlenu węgla w wydychanym powietrzu lub poprzez testy biochemiczne.</p>	<p>Doustne przyjmowanie topiramatu <u>Abstynencja tytoniowa przez 4 tygodnie</u> OR=1,19 [95%CI: (0,57; 2,50)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N=17/125 (I); 15/129 (C)) <u>Abstynencja tytoniowa w 2 tygodniu</u> OR=1,42 [95%CI: (0,43; 4,73)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=7/69 (I); 5/68 (C)) <u>Abstynencja tytoniowa w 3 tygodniu</u> OR=1,46 [95%CI: (0,48; 4,45)]</p>	<p>Doustne przyjmowanie topiramatu nie wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia przed ukończeniem przyjmowania farmakoterapii (do 4 tygodni od rozpoczęcia przyjmowania topiramatu).</p> <p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na szansę zaprzestania palenia w 7, 9 oraz 10 tygodniu od rozpoczęcia farmakoterapii przy użyciu doustnego topiramatu.</p> <p>Wykazano natomiast istotną statystycznie zwiększoną szansę zaprzestania palenia w przypadku przyjmowania doustnie topiramatu w okresie 4, 6, 8 tygodni oraz w 12 tygodniu od rozpoczęcia przyjmowania ww. farmakoterapii.</p>

¹⁷⁵ Lotfy N., Elsawah H., Hassan M. (2020). Topiramate for smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. Tob. Prev. Cessat. 6: 14

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=8/64 (I); 6/68 (C))</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa w 4 tygodniu</u></p> <p>OR=3,07 [95%CI: (1,19; 7,93)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (2 RCT; n/N=18/69 (I); 7/68 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 6 tygodniu</u></p> <p>OR=4,03 [95%CI: (1,98; 8,20)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (3 RCT; n/N=36/132 (I); 19/134 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 7 tygodniu</u></p> <p>OR=2,37 [95%CI: (0,81; 6,98)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=12/82 (I); 6/85 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 8 tygodniu</u></p> <p>OR=2,29 [95%CI: (1,23; 4,28)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (3 RCT; n/N=36/132 (I); 19/134 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 9 tygodniu</u></p> <p>OR=1,40 [95%CI: (0,72; 2,73)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N=24/127 (I); 19/134 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 10 tygodniu</u></p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>OR=1,29 [95%CI: (0,61; 2,73)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=19/82 (I); 16/85 (C))</p> <p><u>Abstynencja w 12 tygodniu</u></p> <p>OR=2,45 [95%CI: (1,37; 4,39)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; n/N=43/158 (I); 22/164 (C))</p>	
<p>Myung 2019¹⁷⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 9 (USA – 6; Austria – 1; UK – 1; Holandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii ukierunkowanej na rzucanie palenia wśród nastoletnich palaczy.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paląca młodzież między 12 a 21 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 188</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jakkolwiek farmakoterapia wśród palącej młodzieży: <ul style="list-style-type: none"> ○ guma do żucia z nikotyną, ○ plastry nikotynowe, ○ spray do nosa z nikotyną, ○ bupropion. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • placebo. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja tytoniowa, 	<p>Jakiegokolwiek interwencje farmakologiczne</p> <p><i>Ogółem</i></p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,62 [95%CI: (1,08; 2,44)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=1 099)</p> <p><i>Po 4 tygodniach</i></p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,87 [95%CI: (1,22; 2,87)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Odsetek osób niepalących</u></p> <p>18,2% [95%CI: (0,152; 0,212)] (4 RCT; N=nie określono)</p>	<p>Jakokolwiek interwencja farmakologiczna zastosowana wśród palącej młodzieży do 21 r.ż. wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie przez nich palenia tytoniu ogółem oraz po 4 tygodniach od zastosowanej farmakoterapii, kształtując odsetek osób, które zaprzestały palenia na poziomie 18,2%. Nie wykazano natomiast tej istotnej statystycznie zależności w przypadku zastosowania jakiegokolwiek interwencji farmakologicznej ww. grupy osób w okresie po 8, 12, 24, i 52 tygodniach od rozpoczęcia farmakoterapii.</p> <p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na zaprzestanie palenia przez palącą młodzież w przypadku zastosowania nikotynowej terapii</p>

¹⁷⁶ Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Nicotine. Tob. Res. 21(11): 1473-1479

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> odsetek osób niepalących. 	<p>Po 8 tygodniach</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,15 [95%CI: (0,64; 2,06)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Odsetek osób niepalących</u></p> <p>17,0% [95%CI: (0,133; 0,208)] (3 RCT; N=nie określono)</p> <p>Po 12 tygodniach</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,72 [95%CI: (0,72; 4,10)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Odsetek osób niepalących</u></p> <p>22,9% [95%CI: (0,092; 0,366)] (3 RCT; N=nie określono)</p> <p>Po 24 tygodniach</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,34 [95%CI: (0,75; 2,42)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Odsetek osób niepalących</u></p> <p>6,6% [95%CI: (0,047; 0,085)] (3 RCT; N=nie określono)</p>	<p>zastępczej (NTZ) w jakiegokolwiek formie.</p> <p>Przyjmowanie bupropionu przez palącą młodzież wpływa istotnie statystycznie na zaprzestanie przez nich palenia tytoniu.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>Po 52 tygodniach</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=0,68 [95%CI: (0,24; 1,90)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Odsetek osób niepalących</u></p> <p>4,4% [95%CI: (0,01; 0,079)] (1 RCT; N=nie określono)</p> <p>Nikotynowa terapia zastępcza</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,38 [95%CI: (0,79; 2,42)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Plastry nikotynowe</i></p> <p>RR=1,54 [95%CI: (0,87; 2,74)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Nikotynowe gumy do żucia</i></p> <p>RR=2,81 [95%CI: (0,28; 24,09)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Spreje nikotynowe do nosa</i></p> <p>RR=0,16 [95%CI: (0,01; 3,06)]</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=nie określono)</p> <p>Bupropion</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=2,03 [95%CI: (1,09; 3,77)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=nie określono)</p>	
<p>Hartmann-Boyce 2018¹⁷⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Department of Primary Health Care, University of Oxford</p> <p>National Institute for Health Research (NIHR) School for Primary Care Research</p> <p>National Institute for Health Research (NIHR)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 136 (Ameryka Północna – 62, Europa – 56, Australazja – 2, Japonia – 2, Ameryka Południowa – 2, Iran – 2, wieloregionowe – 2, Indie – 1, Syria – 1, Tajwan – 1, Tajlandia – 1.</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności i bezpieczeństwa nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) w celu osiągnięcia długotrwałego zaprzestania palenia, w porównaniu z placebo lub interwencjami typu "brak NTZ".</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> mężczyźni lub kobiety, którzy palą i są zmotywowani do rzucenia nałogu. <p><u>Liczebność populacji:</u> 64 640 (w głównej analizie)</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ), w postaci gum do żucia, plastrów transdermalnych, aerozoli donosowych oraz preparatów wziewnych i doustnych. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> placebo lub brak NTZ. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia w okresie >6 miesięcy od rozpoczęcia stosowania NTZ. 	<p>Nikotynowa terapia zastępcza w jakiegokolwiek formie</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,55 [95%CI: (1,49; 1,61)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (133 RCT; N=64 640)</p> <p>Nikotynowe gummy do żucia</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,49 [95%CI: (1,40; 1,60)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (56 RCT; N=22 581)</p> <p><i>Utrzymująca się 12 miesięcy</i></p> <p>RR=1,43 [95%CI: (1,31; 1,56)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (32 RCT; N=13 737)</p>	<p>Udowodniono, że wprowadzenie nikotynowej terapii zastępczej w jakiegokolwiek formie determinuje istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Wskazano, że stosowanie w ramach nikotynowej terapii zastępczej gum nikotynowych, determinuje istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące, zarówno w perspektywie 6 jak i 12 miesięcy od interwencji.</p> <p>Wykazano, że stosowanie plastrów nikotynowych determinuje istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące, zarówno w perspektywie 6 jak i 12 miesięcy od interwencji.</p> <p>Stosowanie w ramach nikotynowej terapii zastępczej inhalatorów, aerozoli, tabletek do ssania lub</p>

¹⁷⁷ Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C., Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD000146

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Utrzymująca się 6 miesięcy</i></p> <p>RR=2,77 [95%CI: (2,14; 3,59)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=4 187)</p> <p>Plastry nikotynowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=1,64 [95%CI: (1,53; 1,75)] wynik istotny statystycznie (51 RCT; N=25 754)</p> <p><i>Utrzymująca się 12 miesięcy</i></p> <p>RR=1,52 [95%CI: (1,34; 1,74)] wynik istotny statystycznie (21 RCT; N=7 622)</p> <p><i>Utrzymująca się 6 miesięcy</i></p> <p>RR=1,70 [95%CI: (1,51; 1,92)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=8 613)</p> <p>Inhalator nikotynowy</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,90 [95%CI: (1,36; 2,67)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=976)</p> <p>Nikotynowy aerozol do nosa</p>	<p>lizaków, prowadzi do istotnego statystycznie wzrostu prawdopodobieństwa zaprzestania palenia tytoniu przez osoby palące.</p> <p>Umożliwienie wyboru środka w ramach nikotynowej terapii zastępczej istotnie statystycznie zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Analiza danych wykazała, że prowadzenie nikotynowej terapii zastępczej poprzez stosowanie kombinacji plastrów nikotynowych i inhalatorów lub plastrów i gum nikotynowych, nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Udowodniono, że prowadzenie nikotynowej terapii zastępczej poprzez jednoczesne stosowanie plastrów i tabletek do ssania lub lizaków zawierających nikotynę bądź też jednoczesne stosowanie plastrów, nikotynowych gum do żucia oraz tabletek lub lizaków z nikotyną determinuje istotne statystycznie zwiększenie prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Umożliwienie pacjentowi wybór metody prowadzenia nikotynowej terapii zastępczej determinuje istotne statystycznie zwiększone</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=2,02 [95%CI: (1,49; 2,73)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=887)</p> <p>Tabletki do ssania lub lizaki zawierające związki nikotyny</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,52 [95%CI: (1,32; 1,74)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=4 439)</p> <p>Aerozol doustny zawierający nikotynę</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=2,48 [95%CI: (1,24; 4,94)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=479)</p> <p>Umożliwienie wyboru środka w ramach nikotynowej terapii zastępczej</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,37 [95%CI: (1,25; 1,52)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=8 288)</p>	<p>prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>Jednoczesne stosowanie plastrów i inhalatorów nikotynowych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,07 [95%CI: (0,57; 1,99)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=245)</p> <p>Jednoczesne stosowanie plastrów i tabletek do ssania lub lizaków zawierających nikotynę</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,83 [95%CI: (1,01; 3,31)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=308)</p> <p>Jednoczesne stosowanie plastrów i nikotynowych gum do żucia</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p> <p>RR=1,15 [95%CI: (0,64; 2,06)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=256)</p> <p>Jednoczesne stosowanie plastrów, nikotynowych gum do żucia oraz tabletek lub lizaków z nikotyną</p> <p><u>Zaprzestanie palenia (abstynencja od tytoniu)</u></p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			RR=15,0 [95%CI: (2,00; 112,54)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=424)	
Chang 2015 ¹⁷⁸ <u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego finansowania	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 3 (UK – 1; Hiszpania – 1; RPA – 1). Cel badania: ocena skuteczności i bezpieczeństwa warenikliny w połączeniu z NRT. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 11.2014 r.	Populacja: • osoby palące. <u>Liczebność populacji:</u> 904 Interwencja: • wareniklina w połączeniu z NRT w rzucaniu palenia. Komparator: • placebo. Punkty końcowe: • zaprzestanie palenia – abstynencja od tytoniu.	Wareniklina z plastrami nikotynowymi w porównaniu do warenikliny i placebo plastrów nikotynowych <u>Zaprzestanie palenia (we wczesnym okresie obserwacji)</u> OR=1,50 [95%CI: (1,14; 1,97)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=904) <u>Zaprzestanie palenia (po najdłuższym okresie obserwacji)</u> OR=1,62 [95%CI: (1,18; 2,23)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=787)	Stosowanie warenikliny jednocześnie z nikotynową terapią zastępczą w formie plastrów, w porównaniu do warenikliny połączonej z plastrami placebo niezawierającymi nikotyny, istotnie statystycznie zwiększa szansę zaprzestania palenia zarówno we wczesnym, jak i w najdłuższym okresie obserwacji.
Interwencje świadczone przez personel medyczny				
Carson-Chahhoud 2019 ¹⁷⁹ <u>Źródło finansowania:</u>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT	Populacja: • osoby palące, będące klientami aptek, zmotywowane do zmiany statusu palenia tytoniu. <u>Liczebność populacji:</u> 1 774	Interwencja świadczona przez farmaceutów lub personel apteczny, z elementami behawioralnymi o wysokiej intensywności <u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u>	Wykazano, że interwencja świadczona przez farmaceutów lub personel apteczny, z elementami behawioralnymi o wysokiej intensywności, wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące,

¹⁷⁸ Chang P., Chiang C., Ho W. et al. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 22(15): 689

¹⁷⁹ Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD003698

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>National Institute for Health Research</i></p> <p><i>Cochrane Tobacco Addiction Group</i></p>	<p>Liczba uwzględnionych badań: 7 (UK – 3; USA – 1; Australia - 1; Katar – 1; Włochy – 1;).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności interwencji mających na celu rzucenie palenia przy wsparciu ze strony farmaceutów, z lub bez skojarzenia z farmakoterapią.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2019 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje zawierające elementy interwencji behawioralnej świadczone przez farmaceutów lub personel apteki, w celu wspierania klientów w rzuceniu palenia tytoniu, w formie: <ul style="list-style-type: none"> ○ krótkiej lub rozbudowanej porady, ○ z użyciem lub bez farmakoterapii. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • interwencja o zmniejszonej intensywności. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia tytoniu. 	<p>RR=2,30 [95%CI: (1,33; 3,97)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=1 614)</p>	<p>będące klientami aptek, w których pracowali ww. farmaceuci.</p>
<p>Rice 2017¹⁸⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Wayne State University College of Nursing, Adult Health & Administration</i></p> <p><i>Nuffield Department of</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 58 (USA – 17, UK – 11; Holandia – 5; Kanada – 4; Australia – 3; Dania – 3; Hiszpania – 3; Chiny – 2; Japonia – 2; Norwegia – 2; Korea Południowa – 2;</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dorosłe osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 53 493</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ulotki (personalizowane lub ogólne), rozbudowane książeczki, • telefoniczny follow-up, 	<p>Poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa >6 miesięcy</u></p> <p><i>Interwencje o wysokiej lub niskiej intensywności (ogółem)</i></p> <p>RR=1,29 [95%CI: (1,21; 1,38)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (44 RCT; N=20 881)</p>	<p>Wykazano, że poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki ogółem wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo utrzymania abstynencji >6 miesięcy przez osoby dorosłe. Biorąc pod uwagę intensywność ww. interwencji, tę istotną statystyczną zależność wykazano w przypadku interwencji o wysokiej intensywności, natomiast nie wykazano istotnego</p>

¹⁸⁰ Rice V., Heath L., Livingstone-Banks J. et al. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD001188

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>Primary Care Health Sciences, University of Oxford</i></p> <p><i>American Heart Association</i></p> <p><i>National Institute of Health Research (NIHR)</i></p>	<p>Belgia – 1; Grecja – 1; Szwecja – 1, wielośrodkowe – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji dostarczanych przez pielęgniarki mających na celu zaprzestanie palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2017 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> rozmowy motywacyjne i wysyłanie przypominających wiadomości, krótka porada, porada indywidualna wraz opcją okresowego przypomnienia przez pielęgniarkę, dotatkowe spotkanie z pielęgniarką, dyskusja, sesja/e oparte na modelu behawioralnym z nagraniami video, sesje grupowe. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, krótka porada nt. rzucenia palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu >6 miesięcy. 	<p><i>Interwencje o wysokiej intensywności</i></p> <p>RR=1,29 [95%CI: (1,21; 1,38)] wynik istotny statystycznie (37 RCT; N=16 865)</p> <p><i>Interwencje o niskiej intensywności</i></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (0,99; 1,62)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=4 016)</p> <p><i>U pacjentów kardiologicznych w ramach rehabilitacji kardiologicznej</i></p> <p>RR=1,25 [95%CI: (1,11; 1,41)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=1 007)</p> <p><i>Pacjenci kardiologiczni hospitalizowani</i></p> <p>RR=1,29 [95%CI: (1,16; 1,43)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=2 668)</p> <p><i>Pacjenci hospitalizowani (niekardiologiczni)</i></p> <p>RR=1,12 [95%CI: (0,96; 1,30)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=4 872)</p> <p><i>Pacjenci niehospitalizowani z chorobami sercowo-naczyniowymi</i></p>	<p>statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo utrzymania abstynencji w przypadku prowadzenia interwencji o niskim stopniu intensywności.</p> <p>Poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki wpływa istotnie statystycznie na utrzymanie abstynencji >6 miesięcy u wcześniej palących pacjentów kardiologicznych (w ramach rehabilitacji kardiologicznej), u hospitalizowanych pacjentów z powodu chorób kardiologicznych oraz pacjentów opieki ambulatoryjnej z chorobami sercowo-naczyniowymi. Nie wykazano tej istotnej statystycznie zależności w przypadku pacjentów hospitalizowanych bez chorób sercowo-naczyniowych oraz niehospitalizowanych z chorobami kardiologicznymi.</p> <p>Dodawanie innych elementów do poradnictwa prowadzonego przez pielęgniarki, takich jak: pomiary tlenu węgla w wydychanym powietrzu, spirometria, wsparcie telefoniczne oraz <i>face-to-face</i> nie wpływa istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo utrzymania abstynencji >6 miesięcy. Wykazano natomiast istotny statystycznie wpływ wyłącznie w przypadku poradnictwa prowadzonego przez pielęgniarki w połączeniu ze wsparciem</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>RR=0,99 [95%CI: (0,73; 1,34)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=2 090)</p> <p><i>Pacjenci niehospitalizowani/ambulatoryjni bez chorób serca i naczyń</i></p> <p>RR=1,70 [95%CI: (1,45; 2,00)] wynik istotny statystycznie (20 RCT; N=10 368)</p> <p>Poradnictwo antynikotynowe prowadzone przez pielęgniarki z dodatkowymi elementami</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa >6 miesięcy</u></p> <p><i>Dodatkowy element: pomiary CO</i></p> <p>RR=1,06 [95%CI: (0,55; 2,02)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=751)</p> <p><i>Dodatkowy element: spirometria i pomiar CO</i></p> <p>RR=0,33 [95%CI: (0,10; 1,15)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=90)</p> <p><i>Dodatkowy element: materiały edukacyjne, pomiar CO</i></p> <p>RR=0,91 [95%CI: (0,73; 1,31)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=505)</p>	<p>telefonicznym i przekazaniem materiałów edukacyjnych na zwiększone prawdopodobieństwo abstynencji tytoniowej >6 miesięcy.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Dodatkowy element: wsparcie telefoniczne</i></p> <p>RR=1,25 [95%CI: (1,00; 1,56)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=1 220)</p> <p><i>Dodatkowy element: wsparcie telefoniczne i materiały edukacyjne</i></p> <p>RR=32,68 [95%CI: (4,55; 234,56)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=189)</p> <p><i>Dodatkowy element: 3 sesje dodatkowe oprócz pojedynczego poradnictwa</i></p> <p>RR=0,43 [95%CI: (0,21; 0,89)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=157)</p> <p><i>Dodatkowy element: wsparcie face-to-face oraz telefoniczne</i></p> <p>RR=0,92 [95%CI: (0,65; 1,31)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=1 335)</p>	

<p>Stead 2013¹⁸¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>University of Oxford, Department of Primary Health Care</p> <p>National School for Health Research School for Primary Care Research</p> <p>NHS Research and Development Programme</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 42.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności porady lekarskiej w promocji rzucania palenia oraz ocena wpływu porady lekarskiej na redukcję śmiertelności i zachorowalności na choroby tytoniozależne.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 02.2013 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palące osoby dorosłe. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 25 000</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porada ze strony lekarza (każda podana pacjentowi wiadomość zawierająca treść o „zaprzestaniu palenia”), • różna intensywność porady oznacza: podanie materiałów drukowanych do samodzielnego studiowania, dodatkowe spotkanie z poradą indywidualną lub oferta serii dodatkowych spotkań. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak porady, • inna intensywność porady. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu (zaprzestanie palenia) w najdłuższym czasie obserwacji. 	<p>Porada ze strony lekarza nt. rzucenia palenia w porównaniu do braku interwencji/braku porady</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,76 [95%CI: (1,58; 1,96)] wynik istotny statystycznie (26 RCT; N=22 239)</p> <p><i>Minimalna interwencja</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,66 [95%CI: (1,42; 1,94)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=13 724)</p> <p><i>Porada intensywna</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,86 [95%CI: (1,60; 2,15)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=8 515)</p> <p>Intensywna porada lekarza w porównaniu do minimalnej interwencji</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,37 [95%CI: (1,20; 1,56)] wynik istotny statystycznie (15 RCT; N=9 775)</p>	<p>Wykazano, że poradnictwo lekarskie nt. rzucenia palenia (minimalna interwencja lub intensywna porada) w porównaniu do braku interwencji/braku porady, wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące.</p> <p>Ponadto, intensywna porada lekarza w porównaniu do minimalnej interwencji, również istotnie statystycznie wpływa na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia, zarówno w populacji ogólnej, jak i grupy wysokiego ryzyka.</p> <p>Wykazano istotnie statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w najdłuższym okresie obserwacji w przypadku porady lekarskiej z wizytą kontrolną, w porównaniu do wyłącznie jednej porady.</p> <p>Wielokrotne wizyty lekarskie uwzględniające poradnictwo antynikotynowe oraz oferowanie przez lekarza dodatkowej konsultacji istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące.</p> <p>Wykazano, że poradnictwo lekarskie z lub bez uwzględnienia dodatkowych pomocy dydaktycznych również wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo</p>
--	--	---	---	---

			<p><i>Populacja ogólna</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,20 [95%CI: (1,02; 1,43)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=6 002)</p> <p><i>Populacja wysokiego ryzyka</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,65 [95%CI: (1,35; 2,03)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=3 773)</p> <p>Porady z wizytą kontrolną w porównaniu do pojedynczej porady</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,52 [95%CI: (1,08; 2,14)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 254)</p> <p>Wielokrotne wizyty poradnicze</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=2,27 [95%CI: (1,87; 2,75)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N= 4 510)</p> <p>Oferowanie dodatkowej konsultacji w porównaniu do braku tej oferty</p>	<p>zaprzestania palenia przez dorosłe osoby palące.</p>
--	--	--	---	---

			<p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,60 [95%CI: (1,21; 2,11)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=1 863)</p> <p>Interwencja oferująca wyłącznie 1 wizytę</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,55 [95%CI: (1,35; 1,79)] wynik istotny statystycznie (18 RCT; N=14 675)</p> <p>Porada bez użycia dodatkowych pomocy dydaktycznych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,78 [95%CI: 1,56; 2,04)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=14 518)</p> <p>Porada przy użyciu dodatkowych pomocy dydaktycznych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia w najdłuższym okresie obserwacji</u></p> <p>RR=1,71 [95%CI: (1,46; 2,01)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=7 290)</p>	
--	--	--	---	--

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Interwencje internetowe, multimedialne i telefoniczne				
<p>Krishnan 2021¹⁸²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 8 RCT, 3 badania pre-test i post-test bez grupy kontrolnej i 1 badanie post-test bez grupy kontrolnej.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 12 (Azja – 5, Ameryka Południowa – 3, Europa – 3, Oceania – 1).</p> <p>Cel badania: ocena podstaw naukowych dla rzucania palenia tytoniu z wykorzystaniem telefonu komórkowego (ang. <i>mCessation</i>) w krajach o niskich i średnich dochodach, poprzez zestawienie charakterystyki badań i opisanie cech interwencji.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ludność z krajów o niskim i średnim dochodzie: <ul style="list-style-type: none"> ○ dorośli palacze z populacji ogólnej (6 badań); ○ młodzi dorośli (18-25 lat) (1 badanie); ○ nastolatki (16-19 lat) (1 badanie); ○ dorośli hospitalizowani (1 badanie); ○ ojcowie noworodków (1 badanie); ○ w 2 badaniach próbki pobrano od subskrybentów istniejącego programu. <p><u>Liczebność populacji: średnio 1 147 osób w danym badaniu.</u></p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mTobaccoCessation programme – za pośrednictwem telefonu komórkowego (SMS-y lub aplikacje) (uzupełniona innymi elementami, np. poradnictwem). 	<p>mTobaccoCessation programme</p> <p>W 7 badaniach z prawdziwymi grupami kontrolnymi wskaźniki abstynencji w grupach interwencyjnych były wyższe niż w grupach kontrolnych i wahały się od 6,0% do 56,0% w grupach interwencyjnych, w porównaniu z 1,9% do 23,9% w grupach kontrolnych. Różnice te były statystycznie istotne tylko w dwóch badaniach.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Interwencje mCessation mogą być skuteczne w rzucaniu palenia tytoniu w krajach o niskich i średnich dochodach. Jednak potrzebne są bardziej rygorystyczne RCT na większą skalę z co najmniej sześciomiesięczną obserwacją i biochemiczną weryfikacją zaprzestania palenia, aby ostatecznie potwierdzić skuteczność tej interwencji.</p>

¹⁸² Krishnan N., Gu J., Abrams L. (2021). Mobile phone-based messaging for tobacco cessation in low and middle-income countries: A systematic review. *Addict. Behav.* 113: 106676

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • krótka porada, • poradnictwo behawioralne, • materiały samopomocowe, • telefoniczne wiadomości tekstowe wysyłane z mniejszą częstością niż w grupie badanej. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie/abstynencja od tytoniu. 		
<p>Lindson 2021¹⁸³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Cochrane Tobacco Addiction Group National Institute for Health Research National Health Service</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 81 (Europa – 39; USA – 26; Australia - 7; Ameryka Południowa – 2; Korea Południowa – 2; Kanada – 2; Chiny – 1; Pakistan – 1; Tajlandia – 1.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności strategii nacelowanych na zwiększenie powodzenia interwencji z zakresu porzucenia palenia tytoniu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokonano oceny czy wpływ jaki te działania mają na zaprzestanie palenia może wynikać ze zwiększonej częstości ich</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palący pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 112 159</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostarczenie spersonalizowanych i dostosowanych drukowanych materiałów edukacyjnych. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardowe (krótka porada) lub wielokomponentowe wsparcie w zakresie rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Spersonalizowane edukacyjne materiały drukowane w połączeniu ze standardowym wsparciem z zakresu rzucania palenia</p> <p><u>Abstynencja ≥6 mc</u></p> <p>RR=1,29 [95%CI: (1,04; 1,59)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=15 978)</p>	<p>Przekazanie pacjentowi spersonalizowanych materiałów edukacyjnych jako dodatek do standardowego postępowania w zakresie rzucania palenia tytoniu wpływa istotnie statystycznie na wzrost prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥6 miesiącu od interwencji.</p>

¹⁸³ Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	wdrażania przez świadczeniodawców. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.	<ul style="list-style-type: none"> abstynencja tytoniowa. 		
<p>Luo 2021¹⁸⁴</p> <p><u>Źródła finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 5 RCT, 6 badań pre-test i post-test, 1 badanie quasi-eksperymentalne i 1 badanie w ramach rekrutacji respondentów do badań (RDS).</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13 (USA – 10, UK – 1, Hong Kong – 1, Kanada – 1).</p> <p>Cel badania: zbadanie skuteczności wykorzystania mediów społecznościowych do rzucania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorośle osoby, które palą i chcą rzucić palenie lub które niedawno rzuciły palenie. <p><u>Liczebność populacji: liczba uczestników włączonych do badań wahała się od 16 do 1 698</u></p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> media społecznościowe (tj. Facebook, Twitter, WhatsApp i inne interaktywne platformy) jako narzędzia stosowane w promowaniu rzucania palenia; czas trwania interwencji wynosił od 21 do 100 dni. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardowa, krótka porada. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> próba wyjścia z nałogu, 24-godzinna, 7-dniowa, 30-dniowa i 6-miesięczna punktowa abstynencja (ang. PPA), 	<p>Interwencje w zakresie rzucania palenia z wykorzystaniem mediów społecznościowych</p> <p><u>7-dniowy wskaźnik PPA</u></p> <p>Stwierdzono istotnie statystycznie zwiększone 7-dniowe wskaźniki PPA w zakresie od 7 do 75% po przeprowadzonej interwencji w porównaniu do poziomu wyjściowego.</p> <p><u>7-dniowy wskaźnik PPA dla grup interwencyjnych w RCT</u></p> <p>W RCT 7-dniowe wskaźniki PPA w grupach interwencyjnych były wyższe niż w grupach kontrolnych i wahały się od 25,6% do 57,5% w grupach interwencyjnych, w porównaniu z 14% do 41,3% w grupach kontrolnych. W każdym punkcie czasowym, u około połowy wszystkich palaczy zgłaszających abstynencję potwierdzono to biochemicznie.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Interwencje antynikotynowe oparte na mediach społecznościowych były skuteczne, ponieważ palacze zgłaszali wyższe 7-dniowe wskaźniki PPA po interwencji niż na początku badania oraz w grupach interwencyjnych niż w grupach kontrolnych.</p> <p>Autorzy badania zachęcają do korzystania z mediów społecznościowych w celu prowadzenia interwencji w zakresie rzucania palenia lub integrowania mediów społecznościowych z tradycyjnymi strategiami rzucania palenia, aby pomóc palaczom rzucić palenie.</p> <p>Media społecznościowe kosztują mniej niż platformy interaktywne, wykazując podobne wyniki w rzucaniu palenia.</p>

¹⁸⁴ Luo T., Li M. S., Williams D. et al. (2021). Using social media for smoking cessation interventions: a systematic review. *Perspect. Public Health.* 141(1): 50-63

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> zapobieganie nawrotom palenia. 		
<p>Derksen 2020¹⁸⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>FNO-Healthy Future Nearby</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, badania obserwacyjne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 15 (USA – 10; Szwajcaria – 2; Finlandia – 1; Niemcy – 1; Kanada – 1).</p> <p>Cel badania: ocena wpływu ćwiczeń aerobowych na rzucanie palenia i wapowanie.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby grające w gry mające na celu zaprzestanie palenia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 3 494</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> cyfrowe lub analogowe gry mające na celu zaprzestanie palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> inna interwencja niż gra. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia, liczba wypalanych papierosów. 	<p>Cyfrowe lub analogowe gry mające na celu zaprzestanie palenia</p> <p>Wyniki przedstawiono opisowo</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>4 z 7 badań wskazało istotny statystycznie wpływ interwencji na zwiększenie odsetka osób, które zaprzestały palenia tytoniu</p> <p><u>Liczba dziennie wypalanych papierosów</u></p> <p>3 z 3 badań wskazało istotny statystycznie wpływ interwencji na redukcję liczby wypalanych papierosów.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Gry zawierały wiele elementów z różnych kategorii i wydawały się pozytywnie wpływać na wyniki związane z paleniem, zwłaszcza rzucanie palenia. Jednak ze względu na różne ograniczenia literatury nie możemy jednoznacznie określić wpływu gier na zapobieganie paleniu, zaprzestanie palenia lub determinanty behawioralne.</p>
<p>Villanti 2020¹⁸⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>National Institute of General Medical Sciences of the NIH</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, non-RCT, badanie quasi-eksperymentalne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 32 (USA).</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież 18-24 lat, mieszkańcy USA. <p><u>Liczebność populacji:</u> 41 889</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> materiały multimedialne, 	<p>Materiały multimedialne</p> <p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>2 z 10 badań analizujących interwencje z użyciem komputera/Internetu prowadziło do zwiększenia odsetka osób, które zaprzestały palenia.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Autorzy podkreślają, że interwencje z wykorzystaniem wiadomości tekstowych wykazują potencjał do walki z nałogiem tytoniowym u młodych dorosłych. Autorzy wskazują także, że ze względu na niskie wskaźniki rzucania palenia we wszystkich włączonych do przeglądu badaniach należałoby</p>

¹⁸⁵ Derksen M., Van Strijp S., Kunst A. et al. (2020). Serious games for smoking prevention and cessation: A systematic review of game elements and game effects. J. Am. Med. Inform. Assoc. 27(5): 818-833

¹⁸⁶ Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. Am. J. Prev. Med. 59(1): 123-136

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Cel badania: aktualizacja podsumowania danych naukowych dotyczących interwencji w rzucaniu palenia u młodych dorosłych w USA, niezależnie od interwencji oferowanych w szkołach średnich. Badanie zwraca również uwagę na nowatorskie metody wspomagające młodych dorosłych w rzucaniu palenia, które zostały opracowane w ciągu ostatniej dekady.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2019 r.</p>	<p>• wiadomości tekstowe przesyłane na telefon komórkowy.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • minimalna interwencja, • inna interwencja (w tym interwencje niezwiązane z paleniem tytoniu). <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu na koniec czasu obserwacji. 	<p>1 badanie obejmowało spersonalizowany magazyn online, spersonalizowane e-maile z poradami i interwencja wzmacniająca w porównaniu do grupy, która otrzymała e-mail z linkami do internetowych zasobów. Ta interwencja zwiększała odsetek osób, które zaprzestały palenia po 7, 20 i 30 tygodniach. W okresie 30 tygodni obserwacji odnotowano wyższy odsetek 30-dniowej abstynencji 40,5% vs 23,1% (p<0,001). Zwiększyła się również biochemicznie zweryfikowana abstynencja po 30 tygodniach (OR=2,43 [95%CI: (1,60;3,68)]).</p> <p>Drugie badanie analizowało internetową sesję, podczas której uczestnicy oglądali materiały edukacyjne dotyczące palenia i tworzyli film o paleniu dla rówieśników, grupa kontrolna natomiast otrzymała sesję na temat odżywiania. Sesja badana powodowała wzrost obiektywnie zweryfikowanej 7-dniowej abstynencji w okresie 1 miesiąca (OR=3,39 [95%CI: (1,05; 11,00)] oraz biochemicznie zweryfikowanej 30-dniowej abstynencji w okresie 6 miesięcy obserwacji (OR=2,64 [95%CI: (1,08; 6,49)]).</p> <p>Wiadomości tekstowe przesyłane na telefon</p>	<p>połączyć interwencje z farmakoterapią w sposób akceptowalny i dostępny dla młodych dorosłych.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Abstynencja na koniec okresu obserwacji</u></p> <p>2 badania analizowały interwencje związane z wiadomościami przesyłanymi na telefon komórkowy.</p> <p>Jedno z badań odnotowało większy odsetek osób, które zaprzestały palenia. W tym badaniu interwencja obejmowała 6-tygodniowy program wiadomości tekstowych z dopasowanymi treściami dotyczącymi procesu rzucania palenia oraz obecnością partnera do wysyłania czatów (osobą wspierającą na podobnym etapie programu przypisaną do uczestnika, która może wysyłać anonimowe wiadomości tekstowe), automatycznymi wiadomościami na żądanie w celu zaradzenia głodowi nikotynowemu wraz ze stroną internetową z dodatkowymi zasobami w porównaniu z 6-tygodniowym programem wiadomości tekstowych skoncentrowanym na ćwiczeniach i jakości snu, aby pomóc rzucić palenie.</p> <p>Drugie natomiast badanie porównywało program wiadomości tekstowych o zaprzestaniu palenia z aplikacją na smartfony, która zawierała krótkie wiadomości i narzędzia interaktywne. W obu badaniach program wiadomości tekstowych podwoił szansę</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			zgłaszanej przez pacjentów abstynencji – OR=2,21 [95%CI: (1,28; 3,80)].	
<p>Livingstone-Banks 2019¹⁸⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> National Institute for Health Research (NIHR) Oxford Biomedical Research Centre</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 75 (USA – 42; UK – 10; Australia – 5; Holandia – 5; Niemcy – 4; Kanada – 2; Szwajcaria – 1; Norwegia – 1; Finlandia – 1; Hiszpania – 1; Azja – 1; międzynarodowe – 1; nieokreślone – 1).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności różnych form drukowanych materiałów samopomocowych oraz dodatków do tych materiałów, w porównaniu z ich brakiem i innymi strategiami minimalnego kontaktu, w zakresie rzucania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby dorosłe i młodzież paląca (z wykluczeniem kobiet w ciąży). <p><u>Liczebność populacji:</u> >13 000</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> drukowane materiały edukacyjne skoncentrowane na samopomocy. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak materiałów samopomocowych. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia tytoniu. 	<p>Niespersonalizowane drukowane materiały edukacyjne skoncentrowane na samopomocy</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa wynosząca powyżej 6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,19 [95%CI: (1,03; 1,37)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=13 241)</p> <p>Spersonalizowane materiały skoncentrowane na samopomocy</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa wynosząca powyżej 6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,34 [95%CI (1,19; 1,51)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=14 359)</p>	<p>Wykazano, że przekazanie pacjentowi drukowanych materiałów edukacyjnych skoncentrowanych na samopomocy, zarówno w wariacie spersonalizowanym jak i niespersonalizowanym, ma istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej w perspektywie >6 miesięcy.</p>
<p>Mannocci 2019¹⁸⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd parasolowy.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież ≤ 25 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie podano</p>	<p>Kampanie w mass-mediach</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu polityki, strategii</p>

¹⁸⁷ Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 1: CD001118

¹⁸⁸ Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Health. Policy. 123(5): 480-491

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>Health Programme of the European Union</i></p>	<p>Klasyfikacja AOTMiT: poza klasyfikacją</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 6 przeglądów systematycznych oraz 7 metaanaliz (421 badań pierwotnych).</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13.</p> <p>Cel badania: identyfikacja najskuteczniejszej polityki zdrowotnej i strategii promocji zdrowia mających na celu ograniczenie użycia wyrobów tytoniowych i zwiększenia odsetka rzucających palenie zgodnie z FCTC (Konwencją WHO dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu), koncentrując się na młodzieży i młodych dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2010 r. do 2017 r.</p>	<p>Interwencja: Wszelkie interwencje i działania w zakresie polityki mające na celu ograniczenie i zaprzestanie palenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kampanie w mass-mediach, • internetowe interwencje antytytoniowe. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • jakakolwiek interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoczęcie palenia, • zaprzestanie palenia, • ograniczenie palenia, • odsetek osób palących. 	<p>Interwencja uzyskała niejednoznaczne wyniki (42 badania)</p> <p>Internetowe interwencje antytytoniowe</p> <p>Interwencja nie wykazała efektu (4 badania)</p> <p>Internetowe interwencje antytytoniowe</p> <p><i>Taylor 2017</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia co najmniej 6 miesięcy po rozpoczęciu interwencji i dłużej</u></p> <p>RR=1,95 [95%CI: (1,42; 2,69)] wynik istotny statystycznie (67 badań pierwotnych; N=nie określono)</p> <p>Internetowe interwencje antytytoniowe w porównaniu z aktywną kontrolą</p> <p>RR=0,44 [95%CI: (0,14; 1,36)] wynik nieistotny statystycznie (67 badań pierwotnych; N=nie określono)</p>	<p>i interwencji dotyczących palenia, aby rozwiać pozostałe wątpliwości.</p>
<p>Matkin 2019¹⁸⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 111 653</p>	<p>Dodatkowe telefony wykonywane do uczestników grupy interwencji, którzy dzwoniли do linii pomocowych</p>	<p>Wykazano istotne statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo utrzymania abstynencji tytoniowej >6 miesięcy w przypadku wykonywania dodatkowych</p>

¹⁸⁹ Matkin W., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. et al (2019). Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD002850

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>National Institute for Health Research (NIHR)</i></p>	<p>Rodzaj włączonych badań: RCT i quasi-RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 104.</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności wsparcia telefonicznego w celu rzucenia palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.05.2018 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> proaktywne lub reaktywne poradnictwo telefoniczne w celu pomocy w rzucaniu palenia, poradnictwo telefoniczne jako dodatek do innych metod leczenia uzależnienia od tytoniu. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak porad telefonicznych, materiały samopomocowe. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia (abstynencja tytoniowa >6 miesięcy). 	<p><u>Abstynencja tytoniowa >6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,38 [95%CI: (1,19; 2,61)] wynik istotny statystycznie (14 badań RCT; N=32 484)</p> <p>Proaktywne telefony wykonywane do uczestników grupy interwencji, którzy nie dzwoniли do linii pomocowych</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa >6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,35)] wynik istotny statystycznie (65 badań RCT; N=41 233)</p>	<p>telefonów do uczestników linii wspomagających rzucanie palenia oraz w przypadku wykonywania telefonów proaktywnych do palących osób, które nie korzystały z linii pomocowych.</p>
<p>Tzelepis 2019¹⁹⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>National Institute for Health Research</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 2 (USA).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności porad wideo w czasie rzeczywistym prowadzonych w formie indywidualnej lub grupowej w zakresie zwiększania liczby podejmowanych prób rzucania palenia, liczby osób porzucających</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 615</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> porady wideo w czasie rzeczywistym świadczone przez specjalistę w zakresie rzucania palenia lub personel medyczny. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> porady telefoniczne, 	<p>Porady wideo w czasie rzeczywistym</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u></p> <p>RR=2,15 [95%CI: (0,38; 12,04)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=608)</p> <p><u>Podjęte próby rzucenia palenia</u></p> <p>MD=0,50 [95%CI: (-0,60; 1,60)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=499)</p>	<p>Porady wideo w czasie rzeczywistym nie wpływają istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia, liczbę podjętych prób rzucania palenia oraz rzetelność uczestnictwa w sesjach konsultacyjnych.</p> <p>Wykazano natomiast, że w przypadku porad wideo w czasie rzeczywistym, wzrasta istotnie statystycznie prawdopodobieństwo satysfakcji uczestników z ww. interwencji.</p>

¹⁹⁰ Tzelepis F., Paul C., Williams C. et al. (2019). Real-time video counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD012659

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>nałów, przestrzegania schematów danej interwencji oraz satysfakcji z ich prowadzenia. Dodatkowo skupiono się na ocenie ekonomicznej interwencji .</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 08.2019 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • krótka porada, • materiały edukacyjne, • jakiegokolwiek inne interwencje wspomagające rzucanie palenia, • poradnictwo w formie spotkań na żywo, • interwencje internetowe wspierające rzucanie palenia, • brak interwencji. <p>Punkty końcowe:</p> <p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia. <p><u>Drugorzędowe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • podjęte próby rzucenia palenia, • rzetelność uczestnictwa w sesjach, • satysfakcja z interwencji. 	<p><u>Rzetelność uczestnictwa w sesjach</u></p> <p>RR=1,13 [95%CI: (0,71; 1,79)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=43)</p> <p><u>Satysfakcja z interwencji</u></p> <p>RR=1,06 [95%CI: (1,01; 1,11)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=398)</p>	
<p>Whittaker 2019¹⁹¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute for Health Innovation</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 26 (USA – 23; Australia – 1; UK – 1; Kanada – 1).</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące bez względu na wiek. <p><u>Liczebność populacji:</u> 33 849</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkie interwencje kwalifikujące się jako 	<p>Wiadomości tekstowe</p> <p><u>Długoterminowa abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,54 [95%CI: (1,19; 2,00)] wynik istotny statystycznie (13 RCT; N=14 133)</p>	<p>Wysyłanie wiadomości tekstowych z lub bez połączenia z innymi interwencjami w zakresie rzucania palenia wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo utrzymania długoterminowej abstynencji u osób wcześniej palących.</p>

¹⁹¹ Whittaker R., McRobbie H., Bullen C. et al. (2019). Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD006611

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Cel badania: ocena czy realizacja interwencji w kierunku rzucania palenia, wykorzystujących telefony, zwiększa liczbę osób rzucających palenie tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2018 r.</p>	<p>interwencje wykorzystujące telefony:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ wiadomości tekstowe, ○ aplikacje mające na celu pomoc w rzucaniu palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inne formy wsparcia w rzucaniu palenia o mniejszej intensywności. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • długoterminowa abstynencja od tytoniu. 	<p>Wiadomości tekstowe w połączeniu z innymi interwencjami z zakresu rzucania palenia</p> <p><u>Długoterminowa abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,59 [95%CI: (1,09; 2,33)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=997)</p> <p>Aplikacje na smartfony</p> <p><u>Długoterminowa abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,66; 1,52)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=3 079)</p>	<p>Nie wykazano natomiast istotnego statystycznie wpływu wykorzystania aplikacji na smartfony na prawdopodobieństwo utrzymania długoterminowej abstynencji od tytoniu.</p>
<p>Do 2018¹⁹²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, quasi-eksperymentalne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 108 (USA – 58; Europa – 41; Australia i Nowa Zelandia – 6; Azja – 3).</p> <p>Cel badania: ocena, porównanie wydajności oraz identyfikacja możliwych zmiennych, najbardziej obiecujących platform e-Zdrowie w zaprzestaniu palenia. W obrębie</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 110 372</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • program mHealth – aplikacja <i>Mobile Health</i>, która wspomaga opiekę zdrowotną przez komunikację elektroniczną, m.in. przez przypomnienie o czasie przyjęcia leku, • multimedialne interwencje z zakresu e-zdrowia na 	<p>Interwencje internetowe ogółem</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p>RR=1,16 [95%CI: (1,11; 1,20)] wynik istotny statystycznie (60 badań; N=69 101)</p> <p>Internetowe programy z zakresu e-zdrowia w porównaniu do braku interwencji</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p><i>Follow-up >6 miesięcy</i></p>	<p>Interwencje internetowe ogółem wpływają istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia przez osoby palące.</p> <p>Internetowe programy z zakresu e-zdrowia, w porównaniu do ich braku, istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo do 6 miesięcy od rozpoczęcia interwencji, natomiast ww. programy nie wpływają istotnie statystycznie uzyskanie abstynencji od tytoniu >6 miesięcy.</p>

¹⁹² Do H., Tran B., et al. (2018). Which eHealth interventions are most effective for smoking cessation? A systematic review. Patient. Prefer. Adherence. 12: 2065-2084

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>celu badania znajdują się także programy na telefony komórkowe i komputery, obecne w sieci, które pomagają osobom chcącym zerwać z paleniem tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2017 r.</p>	<p>telefony komórkowe, komputery i inne elektroniczne urządzenia, programy w obrębie social mediów, czaty.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji (nieaktywna kontrola), • krótka porada, • materiały do samodzielnego studiowania, • dzwonienie na linie pomocowe, • porady indywidualne, • inne programy e-zdrowie. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu. 	<p>RR=1,06 [95%CI: (0,98; 1,16)] wynik nieistotny statystycznie (11 badań; N=11 344) <i>Follow-up 6 miesięcy</i></p> <p>RR=2,03 [95%CI: (1,73; 2,38)] wynik istotny statystycznie (7 badań; N=5 560) <i>Follow-up od 1 do 6 miesięcy</i></p> <p>RR=1,21 [95%CI: (1,08; 1,36)] wynik istotny statystycznie (5 badań; N=11 078)</p> <p>Internetowe programy z zakresu e-zdrowia w porównaniu do innych programów</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p>RR=1,03 [95%CI: (0,94; 1,13)] wynik nieistotny statystycznie (8 badań; N=14 007)</p> <p>Spersonalizowane internetowe programy z zakresu e-zdrowia w porównaniu do programów niespersonalizowanych</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p>RR=1,09 [95%CI: (1,02; 1,17)] wynik istotny statystycznie (18 badań; N=23 493)</p> <p>Internetowe programy z zakresu e-zdrowia w porównaniu do</p>	<p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu prowadzenia internetowych programów z zakresu e-zdrowia w porównaniu do innych programów na zaprzestanie palenia.</p> <p>Wykazano, że internetowe programy z zakresu e-zdrowia w porównaniu do poradnictwa połączonego lub nie z farmakoterapią nikotynową terapią zastępczą, wpływają istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia.</p> <p>Ponadto, programy prowadzone przy wykorzystaniu mobilnej aplikacji mHealth, spersonalizowanych wiadomości SMS, bądź komputerowo wpływają istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>poradnictwa z lub bez farmakoterapii NTZ</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p>RR=1,29 [95%CI: (1,17; 1,43)] wynik istotny statystycznie (11 badań; N=3 619)</p> <p>Program oparty o mobilną aplikację mHealth</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p><i>W porównaniu do braku interwencji</i></p> <p>RR=1,71 [95%CI: (1,35; 2,16)] wynik istotny statystycznie (9 badań; N=2 942)</p> <p><i>W porównaniu do innych programów tego typu</i></p> <p>RR=1,35 [95%CI: (1,04; 1,75)] wynik istotny statystycznie (4 badania; N=2 380)</p> <p>Przekazanie spersonalizowanej wiadomości SMS w ramach programu w porównaniu do SMS niespersonalizowanych</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p>RR=1,80 [95%CI: (1,54; 2,10)] wynik istotny statystycznie (6 badań; N=8 147)</p> <p>Interwencje wspomagane komputerowo</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Abstynencja od tytoniu</u></p> <p><i>W porównaniu do standardowej opieki w formie krótkiej porady</i></p> <p>RR=1,16 [95%CI: (1,06; 1,26)] wynik istotny statystycznie (9 badań; N=8 821)</p> <p><i>W porównaniu do aktywnej kontroli</i></p> <p>RR=1,31 [95%CI: (1,11; 1,53)] wynik istotny statystycznie (5 badań; N=4 614)</p>	
<p>Bala 2017¹⁹³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Jagiellonian University Medical College</p> <p>Medycyna Praktyczna</p> <p>Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford</p> <p>National School for Health Research, School for Primary Care Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 8 badań quasi-eksperymentalnych, 2 badania z wykorzystaniem przerywanych szeregów czasowych i 1 badanie quasi-randomizowane.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 11 (USA – 7; Australia – 2; Afryka Południowa – 1; Anglia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji z zastosowaniem środków masowego przekazu w redukcji zjawiska palenia tytoniu wśród osób dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 30.11.2016 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorośli, w wieku 25 lat lub starsi, którzy regularnie palą papierosy. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 27 340 925</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> środki masowego przekazu definiowane jako źródła informacji, takie jak telewizja, radio, gazety, billboardy, plakaty, ulotki lub broszury, które mają na celu dotarcie do dużej liczby osób i które nie zależą od kontaktu międzyludzkiego. Cel kampanii w środkach masowego przekazu musi polegać przede wszystkim na 	<p>Interwencje z zastosowaniem środków masowego przekazu</p> <p><u>Rozpowszechnienie palenia</u></p> <p><i>Okres obserwacji od 6 miesięcy do 18 lat</i></p> <p>W 2 ogólnostanowych programach, w których kampanie w środkach masowego przekazu były częścią kompleksowych programów kontroli tytoniu, zaobserwowano większe spadki rozpowszechnienia palenia niż w pozostałej części USA.</p> <p>2 z 5 badań środowiskowych wykazały znaczny spadek rozpowszechnienia palenia.</p> <p>(7 badań; N=1 965 478)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Programy kontroli tytoniu, które obejmują kampanie w środkach masowego przekazu, mogą zmienić zachowania związane z paleniem u dorosłych, ale dowody pochodzą z badań o różnej jakości i skali. Konkretny wkład komponentu środków masowego przekazu jest niejasny.</p> <p>Czas trwania i intensywność interwencji mogą wpływać na zachowania związane z paleniem, ale oceny muszą trwać wystarczająco długo, aby wykryć trwałe zmiany i uwzględnić czynniki zakłócające i tendencje sekularne.</p> <p>Nie zaobserwowano spójnego związku między skutecznością</p>

¹⁹³ Bala M., Strzeszynski L., Topor-Madry R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 11(11): CD004704

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>State Committee for Scientific Research</p> <p>National Institute for Health Research</p>		<p>zachęcaniu osób palących do rzucenia palenia.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji z zastosowaniem środków masowego przekazu. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpowszechnienie palenia tytoniu, • zmiany w liczbie wypalonych papierosów lub gramów tytoniu, • wskaźniki prób rzucenia palenia lub abstynencji, • punktowe rozpowszechnienie codziennego palenia. 	<p><u>Zmiana w liczbie wypalonych papierosów lub gramów tytoniu</u></p> <p>Okres obserwacji od 2 do 18 lat</p> <p>W 1 z 2 ogólnostanowych programów zaobserwowano statystycznie istotny spadek danych sprzedażowych papierosów w porównaniu z resztą USA.</p> <p>W 1 z 5 badań środowiskowych odnotowano znaczące zmniejszenie użycia tytoniu w grupie wysokiego ryzyka, która oprócz kampanii w mass mediach otrzymała również poradę antynikotynową. W społeczności interwencyjnej obejmującej wyłącznie media nie odnotowano różnic w porównaniu z grupą kontrolną.</p> <p>(7 badań; N=1 964 292)</p> <p><u>Wskaźniki abstynencji lub rzucenia palenia</u></p> <p>Okres obserwacji od 6 miesięcy do 18 lat</p> <p>4 z 8 badań wykazały pozytywny efekt interwencji w zwiększeniu wskaźnika abstynencji lub rzucenia palenia.</p> <p>(8 badań; N=987 800)</p> <p><u>Próba rzucania palenia</u></p> <p>Okres obserwacji od 7 miesięcy do 18 lat</p>	<p>kampanii a wiekiem, wykształceniem, pochodzeniem etnicznym czy płcią.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>W 5 badaniach nie odnotowano istotnego statystycznie wpływu kampanii w mass mediach na zwiększenie prób rzucania palenia.</p> <p>(5 badań; N=1 947 674)</p>	
<p>Carson-Chahhoud 2017¹⁹⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>NHS Centre for Reviews and Dissemination</p> <p>NHMRC/Cancer Australia TRIP Fellowship</p> <p>Translating Research In to Practice Fellowship</p> <p>NHS Research and Development National Cancer Programme, England.</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, NRCT i CCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 8 (USA – 7; Norwegia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena wpływu interwencji w środkach masowego przekazu na zapobieganie paleniu u młodych ludzi oraz zmniejszenie liczby osób palących wśród młodzieży <25 r.ż.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2016 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • młodzież <25 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 52 746</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w mass-mediach, obejmujące: <ul style="list-style-type: none"> ○ ulotki i inne drukowane materiały edukacyjne, ○ bilbordy, ○ reklamy w telewizji i radiu, ○ plakaty. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • krótka porada nt. rzucania palenia, • minimalna edukacja (np. przekazanie broszury), • brak jakiegokolwiek interwencji. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone poprzez środki masowego przekazu</p> <p><u>Odsetek palących po okresie od 18 miesięcy do 6 lat</u></p> <p>Prowadzenie interwencji przeciwko paleniu, w środkach masowego przekazu zmniejsza częstość palenia wśród młodych osób.</p> <p>(3 badania; N=17 385)</p> <p>W większości badań nie stwierdzono istotnego wpływu prowadzenia edukacji w mediach masowych na zachowania związane z paleniem.</p> <p>(5 badań; N=72 740)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Ewaluacja działań edukacyjnych prowadzonych w mediach masowych jest metodologicznie trudne i stanowi duże wyzwanie, jednakże proces ten jest niezbędny, aby zaprezentować efekty tej interwencji.</p> <p>Pewność co do rzeczywistego wpływu interwencji na palenie tytoniu wśród młodzieży jest bardzo niska, głównie z powodu niespójności badań w zakresie projektów badań, wyników oraz rozbieżności w zakresie samej metodologii.</p> <p>W efekcie autorzy nie są w stanie postawić jednoznacznego stwierdzenia, że omawiana interwencja przyniesie pozytywny efekt.</p>

¹⁹⁴ Carson-Chahhoud K., Ameer F., Sayehmiri K. et al. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database Syst. Rev. 6 (6):CD001006

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • odsetek palaczy. <p><u>Drugorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • status palenia tytoniu, • chęć utrzymania statusu palacza, • wiedza na temat palenia, • poczucie własnej skuteczności, • ocena postrzegania palenia. 		
<p>Taylor 2017¹⁹⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College London</i></p> <p><i>Ministry of Science, Education and Sport, Croatia</i></p> <p><i>Department of Primary Care Health Sciences, Oxford University</i></p> <p><i>Editorial base for the Cochrane</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 67 (Ameryka Północna – 33; Europa – 27; Australia – 3; Międzykontynentalne – 3; Azja – 1).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności interwencji internetowych w zakresie rzucania palenia oraz ustalenie czy skuteczność interwencji jest modyfikowana przez dostosowywanie ich do potrzeb, a także czy istnieje różnica w ich skuteczności wśród nastolatków, młodych dorosłych i dorosłych.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby dorosłe, które chcą rzucić palenie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 35 969</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje z wykorzystaniem Internetu, • spersonalizowana i interaktywna interwencja internetowa, • interwencje internetowe łączone z interwencjami behawioralnymi. <p>Komparator:</p>	<p>Spersonalizowana i interaktywna interwencja internetowa w porównaniu do kontroli biernej</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,15 [95%CI: 1,01; 1,30]</p> <p>wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=6 786)</p> <p>Interwencja internetowa w porównaniu z aktywną kontrolą</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=0,92 [95%CI: (0,78; 1,09)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=3 806)</p>	<p>Wykazano, że realizacja spersonalizowanych i interaktywnych interwencji internetowych, w porównaniu do biernych działań (np. przekazanie drukowanych materiałów edukacyjnych), ma istotny statystycznie wpływ na wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania palenia po 6 miesiącach przez osoby palące. W przypadku porównania do aktywnej kontroli (np. poradnictwo) wynik okazał się być nieistotny statystycznie.</p> <p>Realizacja interwencji internetowych wraz ze wsparciem behawioralnym, w porównaniu do biernej grupy kontrolnej, ma istotny statystycznie wpływ na wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania</p>

¹⁹⁵ Taylor G., Dalili M., Semwal M. et al. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 9(9): CD007078

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>Tobacco Addiction Group</i></p> <p><i>National Institute for Health Research School for Primary Care Research</i></p> <p><i>Support for the Department of Primary Health Care, Oxford University</i></p> <p><i>Lee Kong Chian School of Medicine, Nanyang Technological University, Singapore</i></p> <p><i>eLearning grant, Singapore</i></p> <p><i>NHS Connecting for Health Evaluation Programme</i></p> <p><i>NHS Research and Development Programme</i></p> <p><i>Infrastructure funding for the Cochrane Tobacco Addiction Group</i></p>	<p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 08.2016 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> kontrola bierna (np. przekazywanie materiałów samopomocowych), kontrola czynna (poradnictwo przez telefon lub <i>face-to-face</i>). <p>Punkty końcowe:</p> <p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> status palenia po 6 miesiącach, uzyskana abstynencja, wyniki krótkoterminowe. 	<p>Interwencja internetowa i wsparcie behawioralne w porównaniu z bierną grupą kontrolną</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,69 [95%CI: (1,30; 2,18)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=2 334)</p> <p>Interwencja internetowa i wsparcie behawioralne w porównaniu z aktywną grupą kontrolną</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,84; 1,18)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=2 769)</p> <p>Interaktywna i/lub dostosowana do potrzeb interwencja internetowa w porównaniu do interwencji internetowej nie będącej spersonalizowaną lub interaktywną formą</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,10 [95%CI: (0,99; 1,22)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=14 623)</p> <p>Komunikaty internetowe dostosowane do potrzeb</p>	<p>palenia po 6 miesiącach u osoby palącej.</p> <p>Realizacja interwencji internetowych wraz ze wsparciem behawioralnym, w porównaniu do aktywnej grupy kontrolnej, nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia po 6 miesiącach u osoby palącej.</p> <p>Realizacja interaktywnej i/lub dostosowanej do potrzeb interwencji internetowej w porównaniu do niespersonalizowanej interwencji internetowej, nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia po 6 miesiącach u osoby palącej.</p> <p>Spersonalizowane komunikaty internetowe, w porównaniu do komunikatów niespersonalizowanych, nie mają istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia po 6 miesiącach u osoby palącej.</p> <p>Przekazywanie pacjentom spersonalizowanych komunikatów internetowych, w porównaniu do komunikatów niespersonalizowanych nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>z komunikatami niespersonalizowanymi</p> <p><u>Zaprzestanie palenia po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,17 [95%CI: (0,97; 1,41)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=4 040)</p>	<p>palenia po 6 miesiącach u osoby palącej.</p>
<p>Graham 2016¹⁹⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 40 (USA – 29; Norwegia – 3; Holandia – 5; UK – 1; Dania – 2).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności interwencji internetowych w promowaniu zaprzestania palenia wśród dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.1990 r. do 04.2015 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 98 530</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> statyczne strony internetowe zawierające materiały informacyjne, interaktywne strony internetowe np. z planem rzucania palenia, krótkimi szkoleniami z zakresu zmiany zachowań, niektóre z opcją kontaktu z doradcą lub rówieśnikami, najczęściej oferujące fora internetowe do dyskusji. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> lista oczekujących, materiały drukowane, poradnictwo indywidualne, 	<p>Interwencje internetowe w porównaniu do listy oczekującej w kolejce</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,60 [95%CI: (1,15; 2,21)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=3 992)</p> <p>Interwencje internetowe zawierające ogólne materiały informacyjne w porównaniu do drukowanych materiałów samopomocowych</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=0,83 [95%CI: (0,63; 1,10)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=1 483)</p> <p>Interaktywne interwencje internetowe w porównaniu do drukowanych materiałów samopomocowych</p>	<p>Wykazano, że prowadzenie interwencji internetowych, w porównaniu do list oczekujących pacjentów, ma istotny statystycznie wpływ na wzrost prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Interaktywne interwencje internetowe, w porównaniu do drukowanych materiałów samopomocowych, mają istotny statystycznie wpływ na wzrost prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Realizacja badanych interwencji internetowych, w porównaniu do interwencji w sieci na innych stronach internetowych, ma istotny statystycznie wpływ na wzrost prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących.</p>

¹⁹⁶ Graham A., Carpenter K., Cha S. et al. (2016). Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. Subst. Abuse. Rehabil. 7: 55-69

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> poradnictwo telefoniczne, inne strony internetowe. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu co najmniej przez 1 miesiąc. 	<p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=2,10 [95%CI: (1,25; 3,52)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=686)</p> <p>Interwencje internetowe w porównaniu do poradnictwa indywidualnego</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,35 [95%CI: (0,97; 1,87)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=804)</p> <p>Interwencje internetowe w porównaniu do porady telefonicznej</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=0,95 [95%CI: (0,79; 1,13)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=1 347)</p> <p>Interwencje internetowe w porównaniu do interwencji w sieci na innych stronach internetowych</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p> <p>RR=1,16 [95%CI: (1,03; 1,31)] wynik istotny statystycznie (14 RCT; N=21 975)</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Hubbard 2016¹⁹⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, NRCT i badania obserwacyjne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 8 (Ameryka Północna – 4; Europa – 4).</p> <p>Cel badania: identyfikacja, opis i synteza dowodów na temat rodzinnych interwencji w zakresie zaprzestania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palące osoby dorosłe. <p><u>Liczebność populacji:</u> 12 296</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje promujące zmiany w używaniu tytoniu przez osoby dorosłe lub zapobiegające mu. • Interwencje z udziałem co najmniej jednego członka rodziny. • Interwencje prowadzone na poziomie całej społeczności lub całej populacji, takie jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ kampanie medialne, ○ wprowadzanie zmian w środowisku lokalnym (w tym dyskretne interwencje na poziomie rodziny). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencja w wymiarze indywidualnym, • krótka porada nt. rzucenia palenia, • edukacja zdrowotna, • poradnictwo z zakresu stylu życia. 	<p>Działania promocyjne w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu nacelowanych na rodzinę</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u></p> <p>Autorzy stwierdzają, że obecnie nie jest możliwe stwierdzenie efektywności interwencji w zakresie rzucania tytoniu. Dostępne badania sugerują, że interwencja ta pozostaje w dalszym ciągu w ramach teorii a nie praktyki.</p> <p>(8 badań; N=12 296)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Stwierdza się, że na moment sporządzenia przeglądu jest zbyt wcześnie, aby jednoznacznie stwierdzić czy interwencje nacelowane na rodzinę są efektywnym elementem programów z zakresu zapobiegania palenia. Dostępne dowody sugerują, że interwencje nacelowane na rodzinę nie zostały dotychczas dostatecznie ujęte w ramy teoretyczne.</p>

¹⁹⁷ Hubbard G., Gorely T., Ozakinci G. et al. (2016). A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. BMC Fam. Pract. 17: 73

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzeszanie palenia tytoniu. 		
<p>Park 2015¹⁹⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i badania quasi-eksperymentalne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 12 (USA – 10, Kanada – 1, Taiwan – 1).</p> <p>Cel badania: przedstawienie trendów i luk w bieżących badaniach nad internetowymi programami dla młodzieży, charakterystyka i skuteczność internetowych interwencji związanych z paleniem wśród młodzieży oraz analiza zagadnień metodologicznych zidentyfikowanych badań.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2005 r. do 2015 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby <24 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 10 016</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> różnorodne programy dostarczające interwencji przez Internet: <ul style="list-style-type: none"> edukacyjne moduły połączone z otrzymywaniem informacji zwrotnej, programy z grupy <i>virtual-reality</i> połączone z interakcjami z rówieśnikami oraz doradcą, materiały dostarczane internetowo połączone z kontaktem telefonicznym, interwencje w postaci ogrywania ról i dyskusjami na forum, praca w małych grupach mająca wzmocnić motywację, interwencje dostarczane mailowo lub przez 	<p>Różnorodne programy dostarczane przez Internet</p> <p><u>Zaprzeszanie palenia</u></p> <p>Odsetek osób, które rzuciły palenie, wahał się od 1% do 42,8%. W większości badań pozytywne efekty nie utrzymywały się przy dłuższym okresie obserwacji (>3 miesięcy).</p> <p><u>Prewencja palenia</u></p> <p>Spójne wyniki wskazują, że osoby ekspozowane na interwencje rzadziej rozpoczynały palenie tytoniu, choć wyniki nie były istotny statystycznie.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Najczęstszymi elementami występującymi w efektywnych programach internetowych są: wykorzystanie materiałów multimedialnych, zastosowanie spersonalizowanego podejścia, podanie spersonalizowanej informacji zwrotnej oraz zastosowanie w ramach stron internetowych odnośników interaktywnych.</p> <p>Charakterystyka oraz rzeczywisty wpływ programów internetowych są zróżnicowane, jednakże większość z nich wykazuje pozytywny wpływ na zapobieganie palenia tytoniu oraz reedukację liczby palących wśród młodych osób <24 r.ż.</p>

¹⁹⁸ Park, E. and Drake, E. (2015), Systematic Review: Internet-Based Program for Youth Smoking Prevention and Cessation. Journal of Nursing Scholarship. 47: 43-50

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>stworzony portal połączone z indywidualną poradą.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • interwencja minimalna. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia i/lub prewencja palenia. 		
<p>Ghorai 2014¹⁹⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 15 (Wielka Brytania, Nowa Zelandia, USA, Norwegia, Turcja).</p> <p>Cel badania: przegląd badań dotyczących słabych i mocnych stron aplikacji na telefon mających na celu pomoc w rzucaniu palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 2013 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące minimum 5 papierosów dziennie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 13 094</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje z zakresu rzucania palenia dostarczane przez telefon (mHealth): <ul style="list-style-type: none"> ○ wiadomości/tele-porada, ○ personalizowane wiadomości/niepersonalizowane, ○ linia pomocowa w przypadku odczuwania potrzeby palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak informacji. 	<p>Interwencje wspomagające rzucanie palenia dostarczane telefonicznie</p> <p>Stwierdzono, że większość interwencji miała pozytywny i krótkoterminowy wpływ na zmianę zachowań względem palenia tytoniu, jednakże żadne badanie nie wskazało informacji na temat długoterminowych efektów interwencji. Mimo, że interwencje oparte na SMS-ach wykazały pozytywny wpływ na zmianę zachowań wśród uczestników, to jednak nie można ich uznać za najlepszy sposób interwencji.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Uzyskane w ramach przeglądu systematycznego wyniki mogą stanowić wstęp do opracowania aplikacji typu mHealth, w ramach programów z zakresu rzucania palenia tytoniu.</p> <p>Biorąc pod uwagę stały wzrost liczby osób korzystających z telefonów komórkowych, badacze mogą je wykorzystać do efektywnego projektowania aplikacji z zakresu palenia tytoniu.</p>

¹⁹⁹ Ghorai K., Akter S., Khatun F. et al. (2014). mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. J. Pers. Med. 4(3): 412-23

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu. 		
<p>Marcano-Belisario 2012²⁰⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>eHealth Unit, Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College London</p> <p>Department of Health, National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 19 (USA – 15, UK – 4).</p> <p>Cel badania: określenie skuteczności różnych strategii rejestracji palaczy do programów rzucania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące, zarejestrowane do programów rzucania palenia. <p><u>Liczebność populacji:</u> 14 890</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> spersonalizowane, interaktywne i nieinteraktywne metody rejestracji do programów rzucania palenia poprzez: <ul style="list-style-type: none"> strony internetowe, reklamy w wyszukiwarkach, newslettery, wiadomości tekstowe, internetowe konto pacjenta, poczty elektroniczną, interwencje telefoniczne. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> porównanie poszczególnych strategii rekrutacji, 	<p>Rekrutacja palących pacjentów do programów rzucania palenia poprzez rozmowę telefoniczną, wiadomości tekstowe</p> <p><u>Rekrutacja do programu</u></p> <p>Wykazano na podstawie 1 z 3 badań, że osobiste zaproszenie do programu poprzez rozmowę telefoniczną była bardziej skuteczna niż ogólny list zapraszający:</p> <p>RR=40,73 [95%CI: (2,53; 654,74)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; n/N=19/44 (I); 0/46 (C))</p> <p>Interwencje wykorzystujące te same sposoby dostarczania, ale różniące się treścią</p> <p><u>Rekrutacja do programu</u></p> <p>Na podstawie 1 z 3 badań wykazano, że spersonalizowane komunikaty za pośrednictwem interaktywnego systemu odpowiedzi głosowej były związane z wyższym wskaźnikiem rekrutacji niż ocena statusu palenia przy użyciu tego samego systemu:</p> <p>RR=8,64 [95%CI: (4,41; 16,93)]</p>	<p>Wnioski autorów publikacji</p> <p>Włączone do przeglądu badania cechują się znaczną heterogenicznością. Jednakże ograniczone dowody sugerują, że zwiększoną zgłaszalność (rekrutację) uczestników do programu mogą poprawić takie elementy jak: osobiste i spersonalizowane interwencje; metody rekrutacji o charakterze proaktywnym oraz bardziej intensywne strategie rekrutacyjne (takie, które wymagają wzmożonego kontaktu z potencjalnymi uczestnikami).</p>

²⁰⁰ Marcano Belisario J., Bruggeling M., Gunn L. et al. (2012) Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD009187

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> porównanie tego samego trybu realizacji, ale o innej treści lub intensywności, dodanie dodatkowego sposobu do dotychczasowej metody rekrutacji. <p>Punkty końcowe:</p> <p><u>Pierwszorzędowe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> odsetek osób palących, które z powodzeniem zostały zarejestrowane do programów rzucania palenia. 	<p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; n/N=69/245 (I); 9/276 (C))</p> <p>Zgodnie z wynikami 1 z 2 badań, wiadomości tekstowe wskazujące na brak lub małą ilość dostępnych miejsc do programu były bardziej skuteczne niż ogólne przypomnienia SMS-owe o tym programie:</p> <p>RR=1,45 [95%CI: (1,07; 1,96)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1RCT; n/N=90/895 (I); 67/967 (C))</p> <p>Interwencje polegające na umożliwieniu większej liczby prób kontaktu telefonicznego z potencjalnymi uczestnikami, wykorzystujące ten sam sposób dostarczania o różnej intensywności</p> <p><u>Rekrutacja do programu</u></p> <p>W 1 badaniu wykazano istotny statystycznie wpływ interwencji na zwiększenie prawdopodobieństwa rekrutacji do programu:</p> <p>RR=1,87 [95%CI: (1,61; 2,18)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT/ n/N=188/409 (I); 254/1 035 (C))</p> <p>Dodanie przypomnienia SMS-owego do istniejącej już strategii zapraszania do programu</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>w postaci telefonicznego zaproszenia</p> <p><u>Rekrutacja do programu</u></p> <p>RR=3,38 [95%CI: (1,26; 9,08)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; n/N=17/470 (I); 5/467)</p> <p>Dodanie rozmowy telefonicznej do wysyłanego newslettera z programem</p> <p><u>Rekrutacja do programu</u></p> <p>RR=65,12 [95%CI: (4,06; 1 045,4)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; n/N=64/312 (I); 0/157 (C))</p>	
Prowadzenie programów profilaktycznych				
<p>Choi 2021²⁰¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Korean Disease Control and Prevention Agency (KDCA)</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 32 (USA – 21; Europa i inne kraje – 11).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji behawioralnych mających na celu rzucenie palenia wśród młodzieży.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paląca młodzież <20 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 11 637</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkiego rodzaju nefarmakologiczne interwencje mające na celu rzucanie palenia: <ul style="list-style-type: none"> ○ programy rodzinne, szkolne i społeczne, 	<p>Programy interwencyjne prowadzone w szkołach</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (1,15; 1,40)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (21 RCT; N=7 658)</p> <p>Programy interwencyjne prowadzone w instytucjach medycznych</p>	<p>Programy interwencyjne prowadzone w szkołach, instytucjach medycznych i niemedycznych, wpływają istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez palącą młodzież do 20 r.ż.</p> <p>Biorąc pod uwagę poziom intensywności prowadzonych programów, wykazano, że programy interwencyjne zarówno o niskiej, średniej, jak i wysokiej intensywności wpływają istotnie</p>

²⁰¹ Choi Y., Lee C., Cho B., et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: A rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. *Osong. Public Health Res. Perspect.* 12(3): 177-186

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2020 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o programy oparte o technologię, o programy łączące interwencje behawioralne i farmakoterapię. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • krótka informacja o rzuceniu palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <p><u>Pierwszorzędowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • status palenia po 6 miesiącach (uzyskana abstynencja). <p><u>Drugorzędowy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • status palenia po 4 tygodniach (uzyskana abstynencja). 	<p><u>Uzyskanie abstynencji po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,78 [95%CI: (1,33; 2,40)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=935)</p> <p>Programy interwencyjne prowadzone w instytucjach niemedycznych</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji po 6 miesiącach</u></p> <p>RR=1,27 [95%CI: (1,16; 1,38)] wynik istotny statystycznie (26 RCT; N=10 702)</p> <p>Programy interwencyjne</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji po 6 miesiącach</u></p> <p><i>O niskiej intensywności</i></p> <p>RR=1,50 [95%CI: (1,17; 1,92)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=2 300)</p> <p><i>O średniej intensywności</i></p> <p>RR=1,25 [95%CI: (1,14; 1,38)] wynik istotny statystycznie (16 RCT; N=7 284)</p> <p><i>O wysokiej intensywności</i></p> <p>RR=1,39 [95%CI: (1,13; 1,71)] wynik istotny statystycznie</p>	<p>statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez palącą młodzież.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			(10 RCT; N=2 053)	
<p>Lindson 2021²⁰²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Cochrane Tobacco Addiction Group</p> <p>National Institute for Health Research</p> <p>National Health Service</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 81 (Europa – 39; USA – 26; Australia – 7; Ameryka Południowa – 2; Korea Południowa – 2; Kanada – 2; Chiny – 1; Pakistan – 1; Tajlandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności strategii nacelowanych na zwiększenie powodzenia interwencji z zakresu porzucenia palenia tytoniu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokonano oceny czy wpływ jaki te działania mają na zaprzestanie palenia może wynikać ze zwiększonej częstości ich wdrażania przez świadczeniodawców.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> palący pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 112 159</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> przeprowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców, oferowanie systemu nagród dla świadczeniodawców. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardowe lub wielokomponentowe wsparcie w zakresie rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja tytoniowa. 	<p>Szkolenia dla świadczeniodawców w połączeniu z wielokomponentowym wsparciem w zakresie rzucania palenia</p> <p><u>Abstynencja ≥ 6 mc</u></p> <p>RR=1,10 [95%CI: (0,85; 1,41)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=13 685)</p> <p>Szkolenia dla świadczeniodawców w połączeniu ze standardowym lub wielokomponentowym wsparciem w zakresie rzucania palenia</p> <p><u>Abstynencja ≥ 6 mc</u></p> <p>RR=1,14 [95%CI: (0,97; 1,34)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=2 454)</p>	<p>Prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców w połączeniu z wielokomponentowym wsparciem w zakresie rzucania palenia nie wpływa istotnie statystycznie na zmianę prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji.</p> <p>Realizacja szkoleń dla świadczeniodawców w połączeniu ze standardowym postępowaniem lub wielokomponentowym wsparciem w zakresie rzucania palenia nie wpływa istotnie statystycznie na zmianę prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji.</p>
<p>Brown 2017²⁰³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> rodzice, rodziny, opiekunowie dzieci od 5 do 12 r.ż. oraz dzieci w wieku od 5 do 12 r.ż. 	<p>W przypadku jednego badania włączonego do przeglądu wykazano, że dzieci rodziców, którzy nie brali udziału w programie/interwencji, miały</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Interwencje rodzinne mogą stanowić ważne podejście w światowych wysiłkach na rzecz</p>

²⁰² Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 9(9): CD011556

²⁰³ Brown N., Luckett T., Davidson P. et al. (2017). Family-focussed interventions to reduce harm from smoking in primary school-aged children: a systematic review of evaluative studies. Prev. Med. 101: 117-125

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj włączonych badań: 13 badań RCT i 1 badanie kohortowe.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 14 (USA – 10; Holandia – 1; Australia – 1; Bangladesz – 1; Chiny – 1).</p> <p>Cel badania: systematyczne przedstawienie aktualnych interwencji mających na celu pomoc rodzicom dzieci w wieku szkolnym (5-12 lat) w zmniejszeniu ryzyka związanego z paleniem tytoniu, poprzez: ograniczanie palenia przez rodziców, zaprzestanie palenia, ograniczenie środowiskowego narażenia na dym tytoniowy oraz wszelkie interwencje mające na celu zapobieganie inicjacji palenia przez dzieci.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 2015 r.</p>	<p><u>Liczebność populacji:</u> 9 382</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> wszelkie programy oferowane rodzicom (palącym lub niepalącym) w celu zmniejszenia ryzyka szkód spowodowanych paleniem, przez ograniczenie lub zaprzestanie palenia, zmniejszeniu narażenia dzieci na środowiskowy dym tytoniowy lub zapobieganie inicjacji palenia przez dzieci. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardowa informacja nt. rzucenia palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia przez rodziców/rodzica, rozpoczęcie palenia tytoniu przez dzieci. 	<p>wyższą szansę na rozpoczęcie palenia w ciągu 3 lat od interwencji niż dzieci rodziców, którzy brali udział w antynikotynowych programach dla rodzin (głównie w formie przekazywanych przewodników i poradników drukowanych).</p> <p>OR=2,16 [95%CI: (1,39; 3,37)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=873)</p> <p>Program oferowany rodzicom palącym</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu przez rodziców</u></p> <p><i>Spersonalizowana porada dotycząca rzucenia palenia</i></p> <p>Na podstawie dwóch badań wskazano, że rodzice, którzy otrzymali spersonalizowaną poradę dotyczącą rzucenia palenia, częściej zgłaszali abstynencję od tytoniu niż rodzice, którzy otrzymywali wyłącznie standardowe broszury/materiały samopomocowe (7 PPA w 12 miesiącu obserwacji; 34% vs 18%):</p> <p>OR=2,35 [95%CI: (1,56; 3,54)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=517)</p>	<p>zmniejszenia wpływu palenia na dzieci.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>Porada antynikotynowa z edukacją zdrowotną</p> <p>OR=1,13 [95%CI: (1,02; 1,26)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=65)</p>	
<p>Hefler 2017²⁰⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i non-RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 8 (Niemcy – 3; USA – 1; Finlandia – 1; Szwajcaria – 1; Kanada – 1, Holandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności różnego typu zachęt w zapobieganiu rozpoczęciu palenia u młodzieży i dzieci od 5 do 18 r.ż.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 12.2016 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież od 5 do 18 r.ż., wyjściowo niepalący. <p><u>Liczebność populacji:</u> 7 275</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> uczestnictwo w programie <i>Smoke Free Classess</i> (SFC): jakiegokolwiek zachęty w postaci namacalnych, dostarczonych z zewnątrz działań/rzeczy, z jasną intencją zapobiegania paleniu: <ul style="list-style-type: none"> konkursy, loterie, schematy nagradzania, finansowe nagrody, nagrody dla szkół/rodziny. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> nieuczestniczenie w programie SFC. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Uczestnictwo w programie „smoke free classes”</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,84; 1,19)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=3 056)</p> <p>RR=0,82 [95%CI: (0,63; 1,08)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 badania non-RCT; N=4 219)</p>	<p>Uczestnictwo w programie „smoke free classes” nie wpływa istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przez niepalące początkowo dzieci i młodzież do 18 r.ż.</p>

²⁰⁴ Hefler M., Liberato S., Thomas D. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD008645

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>de Kleijn 2015²⁰⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>US Department of Veterans Affairs</p> <p>Dutch Association of Female Doctors (VNVA)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i badania z grupą kontrolną.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 37 (USA – 22; Australia – 3; Chiny – 1; Norwegia 2, Niemcy – 1, RPA – 1, Kanada – 2, Polska – 1, Palestyna – 1, Czechy – 2, Holandia – 1, Hiszpania – 1, Indie – 1, Szwajcaria – 1, Finlandia – 1, wieloośrodkowe badanie [Hiszpania, Niemcy, Belgia, Szwecja, Grecja, Austria i Włochy – 1]).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności szkolnych interwencji w zakresie zapobiegania paleniu wśród dziewcząt.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1992 r. do 2015 r.</p>	<p>• status palacza w najdłuższym okresie obserwacji – rozpoczęcie palenia.</p> <p>Populacja:</p> <p>• niepalące dziewczęta do 18 r.ż.</p> <p><u>Liczebność populacji:</u> 24 210</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencje zapobiegające paleniu wśród dziewcząt, które obejmowały: <ul style="list-style-type: none"> ○ nakierowane na zdobywanie wiedzy i umiejętności, ○ uczenie się wspomaganie przez rówieśników, ○ program minimalizacji szkód, ○ program mający na celu świadomą kontrolę nad własnym życiem, ○ lekcje/wykłady przekazujące dane odnośnie palenia, ○ zdobywanie umiejętności odmowy, 	<p>Interwencje zapobiegające paleniu wśród dziewcząt w zakresie poszerzenia wiedzy i zdobywania umiejętności oraz składające się z wielu strategii i komponentów</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,96 [95%CI: (0,86; 1,08)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (16 badań; N=24 210)</p>	<p>Szkolne interwencje składające się z wielu strategii i komponentów, mające na celu poszerzenie wiedzy i zdobywanie umiejętności przez niepalące dziewczęta do 18 r.ż., nie wpływają istotnie statystycznie na prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu przez te dziewczęta.</p>

²⁰⁵ de Kleijn M. J., Farmer M., Booth M. et al (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. Syst. Rev. 4: 109

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> ○ trening umiejętności życiowych, ○ gra w dobre zachowanie, ○ interwencje oparte na wielu strategiach (np. klasowe zawody antynikotynowe, szkolne zasady antynikotynowe, interwencje szkole połączone z akcjami w mass-mediach np. reklamy). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardowa, krótka porada, • standardowy program edukacji zdrowotnej, • program edukacji na temat narkomanii zwykle stosowany w szkole. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmiana statusu palacza – rozpoczęcie palenia. 		
<p>Thomas 2015²⁰⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dzieci i młodzież od 5 do 18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 962</p> <p>Interwencja:</p>	<p>Antynikotynowe programy dla rodzin</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia wśród dzieci (względem populacji, która nie paliła wcześniej)</u></p> <p><i>Ogółem</i></p>	<p>Wykazano, że prowadzenie antynikotynowych programów nacelowanych na rodziny istotnie statystycznie zmniejszają prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu przez dzieci. Istotność statystyczną uzyskano także w przypadku programów o wysokiej i niskiej intensywności,</p>

²⁰⁶ Thomas R., Baker P., Thomas B. et al. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database Syst. Rev. 2015(2): CD004493

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Liczba uwzględnionych badań: 27 (USA – 23, Australia 1, Indie – 1, Holandia – 1, Norwegia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji mających na celu pomoc członkom rodzin w umacnianiu postaw antynikotynowych i promowaniu niepalenia przez dzieci i młodzież lub członków ich rodzin.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 04.2014 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> programy dla rodzin umacniające postawy antynikotynowe i promujące niepalenie, w postaci grup wsparcia, spotkań indywidualnych o różnej długości, materiały drukowane, kontakt telefoniczny, materiały multimedialne, niektóre programy były częścią interwencji przeprowadzanych w szkołach, interwencje w niektórych przypadkach skupiały się na zachowaniach ryzykownych, w tym paleniu tytoniu. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, minimalna interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoczęcie/inicjacja palenia przez dzieci. 	<p>RR=0,76 [95%CI: (0,68; 0,85)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=4 810)</p> <p><i>Interwencja o wysokiej intensywności</i></p> <p>RR=0,71 [95%CI: (0,61; 0,82)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=1 970)</p> <p><i>Interwencja o umiarkowanej intensywności</i></p> <p>RR=0,83 [95%CI: (0,67; 1,03)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=826)</p> <p><i>Interwencja o niskiej intensywności</i></p> <p>RR=0,77 [95%CI: (0,61; 0,97)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=2 014)</p> <p>Antynikotynowe programy dla rodzin w domu i w szkole w porównaniu do programów szkolnych</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia wśród dzieci (względem populacji, która nie paliła wcześniej)</u></p> <p>RR=0,85 [95%CI: (0,75; 0,96)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=2 301)</p>	<p>podczas gdy w przypadku działań o umiarkowanym natężeniu, nie odnotowano takiej zależności.</p> <p>Realizacja programów antynikotynowych nacełowanych zarówno na rodziny w domach jak i środowisko szkolne istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tytoniu przez dzieci.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Cahill 2014²⁰⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Department of Primary Health Care, Oxford University</p> <p>National School for Health Research School for Primary Care Research</p> <p>NHS Research & Development Programme</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i cluster-RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 57 (USA – 30; UK – 6; Szwecja – 2; Francja – 2; Australia – 1; Japonia – 4; Niemcy – 1; Holandia – 3; Belgia – 4; Turcja – 1; Indie – 1; Hiszpania – 1; Malezja – 1).</p> <p>Cel badania: opisanie, skategoryzowanie i ocena skuteczności interwencji w obrębie miejsca pracy mające na celu zaprzestanie palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2013 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palące i dorosłe osoby pracujące. <p><u>Liczebność populacji:</u> ponad 96 188</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • warsztaty prowadzone w miejscu pracy nakierowane na zaprzestanie palenia i/lub przestanie działań ryzykowanych (w tym palenia), • poradnictwo lub warsztaty indywidualne/grupowe, • materiały do samodzielnego studiowania, • zachęty finansowe, • programy zorganizowane/multikomponentowe, • oferowanie farmakoterapii. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • minimalna interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia. 	<p>Terapia grupowa w miejscu pracy</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,71 [95%CI: (1,05; 2,80)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=1 309)</p> <p>Poradnictwo indywidualne</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,96 [95%CI: (1,51; 2,54)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=3 516)</p> <p>Interwencje samopomocowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,16 [95%CI: (0,74; 1,82)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=1 906)</p> <p>Oferowanie farmakoterapii</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,98 [95%CI: (1,26; 3,11)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 092)</p> <p><i>Tylko NRT</i></p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p>	<p>Prowadzenie w miejscu pracy terapii grupowej bądź poradnictwa indywidualnego w zakresie rzucania palenia wpływa istotnie statystycznie na zwiększoną szansę zaprzestania palenia przez palących pracowników.</p> <p>Wykazano także istotny statystycznie wpływ na zwiększoną szansę rzucenia przez palących pracowników nałogu w przypadku oferowania im farmakoterapii, zachęt finansowych oraz prowadzenie w miejscu pracy interwencji multikomponentowych.</p> <p>Interwencje samopomocowe nie wpływają istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia przez palących pracowników.</p>

²⁰⁷ Cahill K., Lancaster T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD003440

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>OR=1,81 [95%CI: (1,07; 3,08)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=nie określono)</p> <p>Zachęty</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,60 [95%CI: (1,12; 2,30)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 928)</p> <p>Interwencje multikomponentowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>OR=1,55 [95%CI: (1,12; 2,13)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=5 018)</p>	
<p>Thomas 2013a²⁰⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> <i>Canadian Tobacco Control Research Initiative</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 4 (Niemcy – 1, Anglia – 1, USA – 2).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności mentoringu w zapobieganiu palenia u dzieci/młodzieży i rzucaniu palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2013 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dzieci i młodzież poniżej 20 r.ż. (palące ciężarne nastolatki, bezdomna młodzież, młodzież szkolna) <p><u>Liczebność populacji:</u> 5 923</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> programy mentoringu, rozumiane jako ciągłe towarzystwo, wsparcie, udzielane wskazówek dotyczących rozwijania kompetencji i charakteru młodzieży (celem 	<p>Programy oparte na mentoringu dzieci/młodzieży</p> <p><u>Używanie tytoniu</u></p> <p>Jedno badanie w populacji młodzieży szkolnej (mentoring rówieśników) wykazało po 1 roku obserwacji istotną statystycznie różnicę</p> <p>(OR=0,77 [95%CI: (0,59; 0,99)])</p> <p>po 2 latach obserwacji różnica zmalała i stała się nieistotna statystycznie.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>W żadnym z 4 badań włączonych do przeglądu nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w używaniu tytoniu pomiędzy grupą interwencyjną, u której zastosowano program oparty o mentorowanie a grupą kontrolną na koniec okresu obserwacji.</p>

²⁰⁸ Thomas R., Lorenzetti D., Spragins W. (2013). Systematic review of mentoring to prevent or reduce tobacco use by adolescents. Acad. Pediatr. 13(4): 300-3007

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		zabezpieczenia lub rzucenia palenia). Komparator: <ul style="list-style-type: none"> • krótka porada nt. rzucania palenia, • minimalna interwencja, • brak grupy kontrolnej. Punkty końcowe: <ul style="list-style-type: none"> • używanie tytoniu w ostatnim czasie. 		
<p>Thomas 2013b²⁰⁹ Źródło finansowania: Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 89 (USA – 50; Kanada – 4; Niemcy – 4; Włochy – 3; Indie – 3; Australia – 3; Holandia – 6; UK – 6, Chiny – 2; Hiszpania – 1; Austria – 1; Belgia – 1; Czechy – 1; Dania – 1; Finlandia – 1; Grecja – 1; Portugalia – 1). Cel badania: ocena skuteczności szkolnych programów profilaktycznych u dzieci/młodzieży. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2012 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dzieci i młodzież od 5 do 18 r.ż. (oraz w przypadku dłuższej obserwacji badania włączające osoby które w momencie rekrutacji do badania podstawowego nie przekroczyły 18 r.ż.) <p><u>Liczebność populacji:</u> 428 018</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkie programy szkolne mające na celu prewencję palenia tytoniu począwszy od wykładów, przez quizy, spotkania ze sportowcami, odgrywanie ról, filmy, interaktywne programy, bez względu na czas trwania programów, liczbę 	<p>Programy szkolne w grupie osób, które nie rozpoczęły palenia (prewencja pierwotna) <u>Rozpoczęcie palenia w okresie obserwacji <1 roku (grupa 1)</u> <i>Programy ogółem</i> OR=0,94 [95%CI: (0,85; 1,05)] wynik nieistotny statystycznie (40 RCT; N=32 234) <i>Interwencje skupiające się na przekazywaniu informacji</i> OR=0,12 [95%CI: (0,00; 14,87)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=100) <i>Interwencje oparte na wpływie społecznym</i></p>	<p>Wykazano, że prowadzenie programów szkolnych ukierunkowanych na osoby, które do tej pory nie rozpoczęły palenia tytoniu, w większości ustawień nie mają istotnego statystycznie wpływu na zmianę szansy rozpoczęcia palenia tytoniu w przeciągu roku od interwencji. Istotność statystyczną w tej populacji udowodniono wyłącznie w przypadku wykorzystania interwencji opartych na kompetencjach i wpływie społecznym. Wykazano, że prowadzenie programów szkolnych ukierunkowanych na osoby, które do tej pory nie rozpoczęły palenia tytoniu, mogą mieć istotny statystycznie wpływ na szansę</p>

²⁰⁹ Thomas R. E., McLellan J., Perera R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst. Rev. 2013(4): CD001293

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>powtórzeń, osoby prowadzące (nauczyciele, edukatorzy, rówieśnicy).</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • porównanie między grupami, • porównanie między osobami prowadzącymi interwencje (np. rówieśnicy, wykładowcy), • nagrania prezentacji, • krótka porada, <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoczęcie palenia (<i>Pure Prevention cohorts</i> – Grupa 1), • zmiana statusu palacza (<i>Change in Smoking Behaviour in over the time</i> – Grupa 2). 	<p>OR=1,00 [95%CI: (0,88; 1,13)] wynik nieistotny statystycznie (25 RCT; N=20 467)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach i wpływie społecznym</i></p> <p>OR=0,49 [95%CI: (0,28; 0,87)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=5 370)</p> <p><i>Interwencje wielomodalne</i></p> <p>OR=0,89 [95%CI: (0,73; 1,08)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=6 000)</p> <p><u>Rozpoczęcie palenia w najdłuższym okresie obserwacji (grupa 1)</u></p> <p><i>Programy ogółem</i></p> <p>OR=0,88 [95%CI: (0,82; 0,96)] wynik istotny statystycznie (73 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach społecznych</i></p> <p>OR=0,52 [95%CI: (0,30; 0,88)] wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje oparte na wpływie społecznym</i></p>	<p>rozpoczęcia palenia tytoniu w najdłuższej perspektywie, o ile interwencja w ramach tych programów nie zostanie oparta na wpływie społecznym lub ustawieniach wielomodalnych.</p> <p>Wykazano, że prowadzenie programów szkolnych ukierunkowanych na osoby, które już rozpoczęły palenie tytoniu, mogą mieć niewielki istotny statystycznie wpływ na średnią liczbę palaczy decydujących się zmienić swój status palenia, o ile interwencja w ramach tych programów nie zostanie oparte na wpływie społecznym, kompetencjach społecznych, przekazaniu informacji bądź skojarzeniu którychkolwiek z tych metod.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>OR=0,92 [95%CI: (0,84; 1,01)] wynik nieistotny statystycznie (42 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach i wpływie społecznym</i></p> <p>OR=0,50 [95%CI: (0,28; 0,87)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje wielomodalne</i></p> <p>OR=0,95 [95%CI: (0,64; 1,43)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=nie określono)</p> <p>Programy szkolne w grupie osób, które rozpoczęły palenie (prewencja wtórna)</p> <p><u>Zmiana statusu palacza w okresie obserwacji <1 roku (grupa 2)</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>SMD=0,04 [95%CI: (0,02; 0,06)] wynik istotny statystycznie (15 RCT; N=13 137)</p> <p><i>Interwencje skupiające się na przekazywaniu informacji</i></p> <p>SMD=0,17 [95%CI: (-0,04; 0,37)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=1 072)</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Interwencje oparte na kompetencjach społecznych</i></p> <p>SMD=0,02 [95%CI: (-1,19; 1,24)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=279)</p> <p><i>Interwencje oparte na wpływie społecznym</i></p> <p>SMD=0,04 [95%CI: (0,03; 0,06)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=10 689)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach i wpływie społecznym</i></p> <p>SMD=-0,38 [95%CI: (-0,59; -0,17)] wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=1 097)</p> <p><u>Zmiana statusu palacza w najdłuższym okresie obserwacji (grupa 2)</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>SMD=0,01 [95%CI: (0,00; 0,02)] wynik nieistotny statystycznie (27 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach społecznych</i></p> <p>SMD=-0,04 [95%CI: (-0,06; -0,01)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=nie określono)</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><i>Interwencje oparte na wpływie społecznym</i></p> <p>SMD=0,05 [95%CI: (0,03; 0,06)] wynik istotny statystycznie (16 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>Interwencje oparte na kompetencjach i wpływie społecznym</i></p> <p>SMD=-0,02 [95%CI: (-0,04; 0,00)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono)</p>	
<p>Isensee 2012 ²¹⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej</i></p> <p><i>German Heart Foundation and German Lung Foundation</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 5 (Niemcy – 3, Holandia – 1, Finlandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności programu SFC (and. <i>Smoke-Free Competition</i>), obejmującego zobowiązanie do niepalenia, czy nagrody w zakresie rzucania palenia wśród młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2011 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • młodzież w wieku szkolnym (11-14 lat) uczestnicząca w programie <i>Smoke-Free Competition</i>. <p><u>Liczebność populacji:</u> 16 302</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie programów typu <i>Smoke-Free Competition</i> (program dla uczniów w wieku 11-14 lat): <ul style="list-style-type: none"> ○ osoby uczestniczące w zajęciach SFC zobowiązują się kontraktem do pozostania wolnym od dymu papierosowego 	<p>Program szkolny Smoke-Free Competition</p> <p><u>Status palacza na koniec okresu obserwacyjnego (od 12 do 24 miesięcy) – rozpoczęcie palenia</u></p> <p>RR=0,86 [95%CI: (0,79; 0,94)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=16 302)</p>	<p>Prowadzenie szkolnego programu <i>Smoke-Free-Competition</i> istotnie statystycznie zmniejsza prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przez młodzież na koniec okresu obserwacyjnego (do 24 miesięcy).</p>

²¹⁰ Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *European addiction research*, 18(3), 110-115, <https://doi.org/10.1159/000335085>.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>przez okres do 6 miesięcy;</p> <ul style="list-style-type: none"> o uczniowie na zajęciach regularnie informują, czy palili. Pod koniec okresu konkursowego można wygrać atrakcyjne nagrody w loterii. o podejście metodologiczne opiera się na zobowiązaniu i kontrakcie oraz nagrodach, które mają uczynić pozostanie „wolnym od dymu papierosowego” bardziej atrakcyjnym. Zobowiązanie i podpisanie kontraktu (klasowego lub indywidualnego) jest znaną strategią zmiany zachowań. Program skupia się na skutkach (wygrywanie nagród) w niewielkim horyzoncie czasowym co bardziej niż odległe w czasie skutki odpowiada skupieniu młodych osób na „tu i teraz”. o program może być zintegrowany z wieloma przedmiotami, nie zabiera wiele czasu. <p>Komparator:</p>		

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Gratyfikacje				
<p>Mannocci 2019²¹¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Health Programme of the European Union</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd parasolowy.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: poza klasyfikacją</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 6 przeglądów systematycznych oraz 7 metaanaliz (421 badań pierwotnych).</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13.</p> <p>Cel badania: identyfikacja najskuteczniejszej polityki zdrowotnej i strategii promocji zdrowia mających na celu ograniczenie użycia wyrobów tytoniowych i zwiększenia odsetka rzucających palenie zgodnie z FCTC (Konwencją WHO dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu), koncentrując się na młodzieży i młodych dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2010 r. do 2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież ≤ 25 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie podano</p> <p>Interwencja: wszelkie interwencje i działania w zakresie polityki mające na celu ograniczenie i zaprzestanie palenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> zachęty (każda namacalna korzyść zewnętrznie przekazywana z wyraźnym zamiarem zapobiegania paleniu - konkursy, programy motywacyjne, loterie, loterie fantowe oraz warunkowe wypłaty nagrody za niezaczenie palenia, a tym samym pozostanie niepalącym, a także nagrody dla osób trzecich tj. szkół, świadczeniodawców lub członków rodziny, a także interwencje 	<p>Zachęty</p> <p>Interwencja nieefektywna (8 badań)</p> <p>Zachęty (konkursy, programy motywacyjne, loterie, nagrody za nierozpoczęcie palenia)</p> <p><i>Hefler 2017 (8 badań pierwotnych)</i></p> <p><u>Rozpoczęcie palenia tytoniu</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,84; 1,19)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 badania RCT; N=3 056)</p> <p>RR=0,82 [95%CI: (0,63; 1,08)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 badania obserwacyjne; N=4 219)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu polityki, strategii i interwencji dotyczących palenia, aby rozwiązać pozostałe wątpliwości.</p>

²¹¹ Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Health. Policy. 123(5): 480-491

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		bezpośrednio nagradzające dzieci i młodzież). Komparator: <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • jakakolwiek interwencja. Punkty końcowe: <ul style="list-style-type: none"> • rozpoczęcie palenia, • zaprzestanie palenia, • ograniczenie palenia, • odsetek osób palących. 		
Fanshawe 2019²¹² Źródło finansowania: <i>National Institute for Health Research (NIHR)</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 20 (USA – 15; Australia – 2; Rosja – 1; Kanada – 1; USA i Kanada – 1). Cel badania: ocena efektów współzawodnictwa jako środka mającego na celu pomoc w rzucaniu palenia Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2018 r.	Populacja: <ul style="list-style-type: none"> • dorosłe osoby palące. Liczebność populacji: 11 495 Interwencja: <ul style="list-style-type: none"> • nagrody pieniężne od 30 do 5 000 USD w loteriach i konkursach np. ogłaszanych w TV; • loterie z nagrodami (np. wyjazd wakacyjny), • zachęty różnego rodzaju jako dodatek do interwencji z zakresu rzucania palenia, • możliwe dodatkowe wsparcie w rzucaniu palenia przez: porady, rozdawanie 	Interwencje skoncentrowane na rzucaniu palenia wykorzystujące systemy nagród Abstynencja tytoniowa <i>Osoby palące ogółem</i> RR=1,16 [95%CI: (0,77; 1,74)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=3 201) <i>Osoby palące z wyłączeniem kobiet w ciąży</i> RR=1,40 [95%CI: (0,97; 2,03)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=1 217) <i>Kobiety w ciąży</i>	Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu interwencji skoncentrowanych na rzucaniu palenia, które wykorzystują systemy nagród, na zaprzestanie palenia przez dorosłe osoby palące, zarówno biorąc pod uwagę populację ogólną, jak i kobiety w ciąży.

²¹² Fanshawe T., Hartmann-Boyce J., Perera R. et al. (2019). Competitions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD013272

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>gadżetów, umożliwienie kontaktu z bezpłatną linią pomocową, konsultacje z lekarzem, materiały drukowane w postaci przewodników.</p> <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> wszelkie alternatywne formy pomocy zaprzestania palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu. 	<p>RR=0,81 [95%CI: (0,59; 1,13)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=707)</p>	
<p>Notley 2019²¹³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>NuField Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford</p> <p>National Institute of Health Research School for Primary Care Research (NIHR SPCR)</p> <p>NHS Research and Development Fund</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 33 (USA – 24; Europa – 5; Tajlandia – 2; Filipiny – 1; Hong Kong – 1).</p> <p>Cel badania: określenie długoterminowego efektu programów motywacyjnych i programów kontroli uzależnienia od palenia tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorośle osoby palące dowolnej płci oraz dorośle palące kobiety w ciąży. <p><u>Liczebność populacji:</u> 21 627</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> programy motywacyjne nagradzające uczestników za potwierdzone rzucenie palenia i abstynencję w ramach programów rzucania palenia w formie: <ul style="list-style-type: none"> gotówki, voucherów, 	<p>Programy zachęt materialnych dla pacjentów w porównaniu do ich braku</p> <p><i>Populacja ogólna</i></p> <p><u>Abstynencja tytoniowa od 6 do 24 miesięcy</u></p> <p>RR=1,49 [95%CI: (1,28; 1,73)] wynik istotny statystycznie (30 RCT; N=20 097)</p> <p><i>Palące kobiety w ciąży</i></p> <p><u>Abstynencja tytoniowa od 10 do 24 tygodni po porodzie</u></p> <p>RR=2,38 [95%CI: (1,54; 3,69)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=2 273)</p>	<p>Wykazano, że realizacja programów zorientowanych na zapewnianiu zachęt materialnych dla palących, prowadzi do istotnego statystycznie wzrostu prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej.</p>

²¹³ Notley C., Gentry S., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7(7): CD004307

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> ○ losów na loterii z gwarantowaną wygraną, ○ zdeponowanych przed programem pieniędzy uczestników. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji lub interwencja w zakresie rzucania palenia podobna do tej, którą zastosowano w grupie badanej, ale bez zachęt. • badania porównujące dwie interwencje oferujące zachęty, ale różniące się pod względem kwoty lub rodzaju zachęty. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • długotrwałe rzucenie palenia, mierzone jako punktowa, trwała lub ciągła abstynencja; abstynencja mogła być deklarowana osobiście lub potwierdzona metodami biochemicznymi (główny punkt końcowy). 		
<p>Corepal 2018²¹⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdrowe dzieci i młodzież od 5 do 18 r.ż. 	<p>Ogólne zachęty w celu porzucenia palenia tytoniu</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p>	<p>Wykazano, że stosowanie zachęt do porzucenia nałogu, determinuje istotnie statystycznie obniżenie</p>

²¹⁴ Corepal R., Tully M., Kee F. et al. (2018). Behavioural incentive interventions for health behaviour change in young people (5-18 years old): A systematic review and meta-analysis. Prev. Med. 110: 55-66

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>UKCRC Centre of Excellence for Public Health Research Northern Ireland</p> <p>UKCRC Public Health Research Centres of Excellence</p> <p>British Heart Foundation</p> <p>Cancer Research UK,</p> <p>Economic and Social Research Council</p> <p>Medical Research Council</p> <p>the National Institute for Health Research</p> <p>Wellcome Trust</p>	<p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 22 (USA – 8; UK – 4; Niemcy – 4; Finlandia – 1; Singapur – 1, Kanada – 1; Holandia – 1; Włochy – 1; Irlandia – 1).</p> <p>Cel badania: zbadanie skuteczności interwencji behawioralnych nacelowanych na zachęcanie do aktywności fizycznej, zdrowej diety, zmiany podejścia do alkoholu lub zmiany nawyków związanych z paleniem tytoniu u młodych osób między 5 a 18 r.ż.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 11.2016 r.</p>	<p><u>Liczebność populacji:</u> 24 560</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działania związane z różnego typu zachętami: <ul style="list-style-type: none"> ○ materialnymi, ○ związanymi z samonagradzaniem, ○ społecznymi (werbalne lub niewerbalne wyróżnienia). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • krótka porada/informacje nt. rzucania palenia, • interwencja niezawierająca elementu nagradzania, • brak interwencji. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palenie tytoniu. 	<p>OR=0,80 [95%CI: (0,65; 0,98)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=8 881)</p> <p>Konkursy ukierunkowane na rzucanie palenia</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,83 [95%CI: (0,67; 1,03)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie określono)</p> <p>Nagrody finansowe</p> <p><u>Palenie tytoniu</u></p> <p>OR=0,29 [95%CI: (0,06; 1,42)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie określono)</p>	<p>prawdopodobieństwa palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży.</p> <p>Stosowanie w ramach zachęt wyłącznie konkursów lub nagród finansowych ukierunkowanych na rzucanie palenia, nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo palenia tytoniu w populacji dzieci i młodzieży.</p>
<p>Hamilton 2013²¹⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i badania obserwacyjne.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby >15 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie określono.</p> <p>Interwencja:</p>	<p>Zachęty finansowe dla pracowników ochrony zdrowia</p> <p><u>Świadczenie porady</u></p> <p>W 10 z 18 badań odnotowano zwiększenie odsetka porad od 12,2% do 16,4%. Wyniki pozostałych badań były mniej</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Motywowanie pacjentów poprzez zachęty finansowe zdają się wpływać na poprawę odnotowywania statusu palenia, zwiększenie liczby świadczonych porad oraz liczby skierowań do</p>

²¹⁵ Hamilton F., Greaves F., Majeed A. et al (2013). Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review. Tob. Control. 22(1): 3-8

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Liczba uwzględnionych badań: 18 (UK – 10; UK – 2; Niemcy – 2; USA – 2; Tajwan – 2;).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności dostarczania pracownikom ochrony zdrowia zachęt finansowych i ich wpływ na zaprzestanie palenia wśród pacjentów palących.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: nie określono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> zachęty finansowe (ang. <i>pay for performance</i>) dla pracowników ochrony zdrowia w celu udzielania porady odnośnie zaprzestania palenia lub w celu przepisywania farmakoterapii pomagającej rzucić palenie. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak zachęty finansowej. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu, udzielenie porady odnośnie zaprzestania palenia. 	<p>spójne, a wzrost wynosił od 2,25% do 5,7%. 2 z 18 badań nie wykazały istotnego statystycznie wpływu zachęt finansowych na zwiększenie liczby udzielanych porad.</p> <p><u>Przepisywanie NRT/bupropionu</u></p> <p>2 z 18 badań wskazały zależność pomiędzy zachętami finansowymi a zwiększeniem liczby przepisywanych leków wspomagających rzucanie palenia:</p> <p>OR=6,32 [95%CI: 5,85; 6,83] wynik istotny statystycznie</p> <p>OR=2,75 [95%CI: (1,33; 5,65)] wynik istotny statystycznie</p> <p><u>Rzucenie palenia/abstynencja od tytoniu</u></p> <p>3 z 18 badań nie wykazało istotnych statystycznie różnic w przypadku zastosowania interwencji. W przypadku, gdy pacjenci otrzymywali zwrot kosztów farmakoterapii – różnica stawała się istotna statystycznie.</p>	<p>instytucji zajmujących się tematyką rzucania palenia.</p> <p>Obecnie brak jest dostatecznej warstwy dowodowej aby jednoznacznie stwierdzić że zachęty finansowe determinują redukcje wskaźnika palenia tytoniu w populacji.</p>
Aktywność fizyczna				

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Darabseh 2022²¹⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13.</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności ćwiczeń aerobowych na długoterminowe rzucanie palenia tytoniu, wapowanie oraz maksymalne/szczytowy pobór tlenu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.2019 do 01.2022 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące >18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 2 180</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ćwiczenia aerobowe (m.in. bieganie/bieżnia, ergometr, rower, schody oraz rower stacjonarny): <ul style="list-style-type: none"> nadzorowane, indywidualne/grupowe, trwające od 15 min do 150 min, trwający od 5 do 15 tygodni. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak ćwiczeń aerobowych, inny rodzaj ćwiczeń. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia tytoniu. 	<p>Ćwiczenia aerobowe</p> <p><u>Zaprzestanie palenia tytoniu</u></p> <p>RR=1,053 [95%CI: (0,881; 1,258)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (11 RCT; N=1 978)</p>	<p>Ćwiczenia aerobowe nie wpływają istotnie statystycznie na zaprzestanie palenia tytoniu</p>
<p>Ussher 2019²¹⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> palacze chcący rzucić palenie lub osoby które niedawno rzuciły palenie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 7 279</p>	<p>Aktywność fizyczna w kombinacji z programami wspierającymi porzucenie nałogu w porównaniu do wyłącznie tych programów</p> <p><u>Abstynencja tytoniowa</u></p>	<p>Aktywność fizyczna w kombinacji z programami wspierającymi porzucenie nałogu w porównaniu do wyłącznie tych programów nie wpływają istotnie statystycznie na</p>

²¹⁶ Darabseh M., Selfe J., Morse C. et al. (2022). Does aerobic exercise facilitate vaping and smoking cessation: a systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 19(21): 14034

²¹⁷ Ussher M. H., Faulkner G. E. J., Angus K. et al. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD002295

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p><i>National Institute for Health Research (NIHR)</i></p>	<p>Liczba uwzględnionych badań: 24 (USA – 15; Francja – 2; Nowa Zelandia – 2; UK – 2; Finlandia – 1; Kanada – 2).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności ćwiczeń fizycznych samodzielnie lub w połączeniu z programami rzucania palenia względem samych programów wspomagających rzucanie palenia lub innych interwencji niezwiązanych z aktywnością fizyczną.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 05.2019 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje zwiększające aktywność fizyczną samodzielnie lub w połączeniu z innymi interwencjami wspomagającymi rzucanie palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> programy wspomagające rzucanie palenia samodzielnie, jakakolwiek inna interwencja niezwiązana z aktywnością fizyczną <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja tytoniowa, prewencja powrotu do palenia tytoniu. 	<p><i>Ogólna aktywność fizyczna</i></p> <p>RR=1,08 [95%CI: (0,96; 1,22)] wynik nieistotny statystycznie (21 RCT; N=6 607)</p> <p><i>Trening wytrzymałościowy (kardio)</i></p> <p>RR=1,08 [95%CI: (0,94; 1,24)] wynik nieistotny statystycznie (17 RCT; N=3 635)</p> <p><i>Ćwiczenia oporowe</i></p> <p>RR=1,85 [95%CI: (0,19; 17,84)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=25)</p> <p><i>Ćwiczenia oporowe i wytrzymałościowe</i></p> <p>RR=1,81 [95%CI: (0,69; 4,78)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=330)</p> <p><i>Ćwiczenia bliżej nieokreślone</i></p> <p>RR=1,05 [95%CI: (0,84; 1,32)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=2 617)</p> <p><u>Prewencja powrotu do palenia tytoniu</u></p> <p>RR=0,98 [95%CI: (0,65; 1,47)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=453)</p>	<p>zaprzestanie i prewencje powrotu do palenia tytoniu</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Akupunktura i akupresura				
<p>Dai 2021²¹⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Natural Science Foundation of China</p> <p>Talent Introduction Program of Gansu University of Chinese Medicine</p> <p>University Innovation Capacity Improvement Project in Gansu Province</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą sieciową.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 23.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności i/lub bezpieczeństwa akupunktury w zakresie rzucania nałogu palenia tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2021 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące zamierzające porzucić palenie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 2 706</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> akupunktura, uszna akupresura, akupunktura i uszna akupresura, nikotynowa terapia zastępcza (NRT). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> procedura pozorowana, akupresura uszna samodzielnie, nikotynowa terapia zastępcza. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja od tytoniu. 	<p>Akupresura uszna</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji</u></p> <p><i>W krótkim czasie obserwacji</i></p> <p>RR=2,07 [95%CI: (0,856; 5,53)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (18 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>W dłuższym czasie obserwacji</i></p> <p>RR=2,57 [95%CI: (0,781; 8,63)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N= 696)</p> <p>Akupunktura w połączeniu z akupresurą uszną</p> <p><u>Uzyskanie abstynencji</u></p> <p><i>W krótkim czasie obserwacji</i></p> <p>RR=2,09 [95%CI: (0,849; 5,71)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (18 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>W dłuższym czasie obserwacji</i></p> <p>RR=1,96 [95%CI: (0,585; 6,63)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N=696)</p> <p>Akupunktura</p>	<p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji w przypadku zastosowania akupresury usznej lub akupunktury w połączeniu z akupresurą uszną, w porównaniu do terapii z użyciem akupunktury pozorowanej.</p>

²¹⁸ Dai R., Cao Y., Zhang H. et al. (2021). Comparison between acupuncture and nicotine replacement therapies for smoking cessation based on randomized controlled trials: a systematic review and bayesian network meta-analysis. Evid. Based. Complement. Alternat. Med. 2021: 9997516

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Uzyskanie abstynencji</u></p> <p><i>W krótkim czasie obserwacji</i></p> <p>RR=1,37 [95%CI: (0,799; 2,59)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (18 RCT; N=nie określono)</p> <p><i>W dłuższym czasie obserwacji</i></p> <p>RR=1,44 [95%CI: (0,538; 3,90)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N=696)</p>	
<p>Di 2014²¹⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Guangdong Provincial Academy of Chinese Medical Sciences (GPACMS)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 25.</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności akupunktury i akupresury ucha w zakresie rzucania palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2013 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 3 735</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> akupunktura ucha (EAP), akupresura ucha (EAPR). <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> placebo/terapia pozorowana, brak interwencji, lista oczekujących, jakakolwiek nieaktywna kontrola, jakakolwiek inna terapia. <p>Punkty końcowe:</p>	<p>Akupresura/akupunktura ucha w porównaniu do nieaktywnej kontroli (dane ogółem)</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=1,77 [95%CI: (1,39; 2,25)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (10 porównań z RCT; N=1 386)</p> <p>Akupunktura ucha (EAP) w porównaniu do niespecyficznego akupunktury</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=1,18 [95%CI: (0,69; 2,04)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 porównania z RCT; N=257)</p> <p>EAP i elektroakupunktura w porównaniu do</p>	<p>Wykazano, że łączne prowadzenie akupunktury i akupresury ucha, determinuje istotne statystycznie zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia przez osoby palące.</p> <p>Nie wykazano jakoby akupunktura ucha samodzielnie lub w skojarzeniu z elektroakupunkturą, w porównaniu do innej niespecyficznego akupunktury, miała istotny statystycznie wpływ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia.</p> <p>Akupresura ucha samodzielnie lub w skojarzeniu z akupunkturą całego ciała, w porównaniu do braku interwencji, prezentuje istotny statystycznie wpływ na</p>

²¹⁹ Di Y., May B., Zhang A. et al. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. Drug. Alcohol. Depend. 142: 14-23

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> zmiana statusu palacza: zaprzestanie palenia (na koniec interwencji). 	<p>niespecyficznego akupunktury i elektroakupunktury</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=13,22 [95%CI: (0,81; 216,26)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=46)</p> <p>Akupresura ucha (EAPR) w porównaniu do niespecyficznego akupresury</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=2,55 [95%CI: (1,23; 5,29)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (2 porównania z RCT; N=183)</p> <p>EAP w porównaniu do braku interwencji</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=10,66 [95%CI: (2,73; 41,55)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=63)</p> <p>EAP + akupunktura ciała w porównaniu do placebo</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=2,14 [95%CI: (1,19; 3,86)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (1 RCT; N=280)</p> <p>EAP w porównaniu do pozorowanej akupunktury ciała</p>	<p>wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania palenia.</p> <p>Zarówno akupresura, jak i akupunktura ucha, w porównaniu do innych terapii nacelowanych na uzależnienie od tytoniu, nie prezentują istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia tytoniu.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=1,63 [95%CI: (0,89; 2,97)] wynik nieistotny statystycznie (2 porównania z RCT; N=227)</p> <p>EAP/EAPR w porównaniu do innych terapii (ogółem)</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=0,93 [95%CI: (0,71; 1,21)] wynik nieistotny statystycznie (4 porównania z RCT; N=446)</p> <p>EAP w porównaniu do terapii behawioralnej</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>RR=0,95 [95%CI: (0,72; 1,26)] wynik nieistotny statystycznie (3 porównania z RCT; N=396)</p>	
<p>Cheng 2012²²⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Health Technology Assessment programme of the National Institute for Health Research</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 20.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności stymulacji akupunkturą w zakresie rzucania palenia i liczby wypalanych papierosów.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> dorose osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 4 923</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> akupunktura w jakiegokolwiek formie. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, 	<p>Akupunktura w jakiegokolwiek formie</p> <p><u>Abstynencja natychmiastowa po interwencji</u></p> <p>RR=1,24 [95%CI: (1,07; 1,43)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Abstynencja po 3 miesiącach obserwacji</u></p>	<p>Stwierdzono, że akupunktura w jakiegokolwiek formie wpływa istotnie statystycznie na zwiększone prawdopodobieństwo natychmiastowego zaprzestania palenia oraz utrzymanie abstynencji od tytoniu po 3 i 6 miesiącach. Ponadto w przypadku ww. interwencji, wykazano istotnie statystycznie zmniejszoną liczbę wypalanych</p>

²²⁰ Cheng H., Chung Y., Chen H., et al. (2012). Systematic review and meta-analysis of the effects of acupoint stimulation on smoking cessation. Am. J. Chin. Med. 40(3): 429-442

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2011 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> procedura pozorowana. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja, zmiana w liczbie wypalanych papierosów. 	<p>RR=1,70 [95%CI: (1,17; 2,46)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Abstynencja po 6 miesiącach obserwacji</u></p> <p>RR=1,79 [95%CI: (1,13; 2,82)] wynik istotny statystycznie (9 RCT; N=nie określono)</p> <p><u>Liczba wypalanych papierosów</u></p> <p>SMD=-2,49 [95%CI: (-4,65; -0,34)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono)</p>	<p>papierosów wśród dorosłych osób palących.</p>
Zmiany legislacyjne				
<p>Mannocci 2019²²¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Health Programme of the European Union</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd parasolowy.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: poza klasyfikacją</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 6 przeglądów systematycznych oraz 7 metaanaliz (421 badań pierwotnych).</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13.</p> <p>Cel badania: identyfikacja najskuteczniejszej polityki zdrowotnej i strategii promocji zdrowia mających na celu ograniczenie użycia wyrobów</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież ≤ 25 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie podano</p> <p>Interwencja: Wszelkie interwencje i działania w zakresie polityki mające na celu ograniczenie i zaprzestanie palenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> środki cenowe i podatkowe mające na celu zmniejszenie popytu na tytoń, 	<p>Wzrost cen produktów tytoniowych poprzez podwyższenie podatków z tym związanych</p> <p>Może być użytecznym środkiem w redukcji palenia tytoniu wśród młodych dorosłych (>19 roku życia) (86 badań pierwotnych)</p> <p>Wprowadzenie zakazu palenia na uniwersytetach</p> <p><u>Zaprzestanie palenia</u></p> <p>Wykazano wyższość całkowitego zakazu palenia na kampusie</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Obiecujące strategie zapobiegania lub ograniczania popytu na tytoń obejmują podwyżki cen, złożone interwencje rodzinne i złożone szkolne programy edukacyjne łączące kompetencje społeczne i wpływ społeczny.</p> <p>Potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu polityki, strategii i interwencji dotyczących palenia, aby rozwiązać pozostałe wątpliwości.</p>

²²¹ Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Health. Policy. 123(5): 480-491

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>tytoniowych i zwiększenia odsetka rzucających palenie zgodnie z FCTC (konwencją WHO dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu), koncentrując się na młodzieży i młodych dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2010 r. do 2017 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie zakazu palenia na uniwersytetach, wprowadzenie zakazu palenia w szkołach, edukacja szkolna. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, jakakolwiek interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoczęcie palenia, zaprzestanie palenia, ograniczenie palenia, odsetek osób palących. 	<p>w porównaniu z wyznaczeniem miejsc wolnych od tytoniu. (19 badań pierwotnych)</p> <p>Stworzenie przestrzeni wolnej od dymu w obrębie szkół</p> <p>Interwencja nie wykazała efektu (12 badań pierwotnych)</p> <p>Edukacja szkolna</p> <p><u>Zapobieganie rozpoczynaniu palenia</u></p> <p>Programy łączące kompetencje społeczne z wpływem społecznym mogą być skuteczne (54 badania)</p>	
<p>Nanninga 2018²²²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak informacji</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: badania przekrojowe i prospektywne badania kohortowe.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 15 (Anglia – 5, Irlandia – 1, Niemcy – 2, USA – 2, Indie – 1, Hong Kong – 2, Tajwan – 1, Hiszpania – 1).</p> <p>Cel badania: określenie wpływu zakazów palenia w miejscach</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież <18 r.ż. narażona na bierne palenie tytoniu. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 462 723</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> obserwacja ekspozycji dzieci na bierne palenie po wprowadzeniu zakazu palenia w miejscach publicznych. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> obserwacja ekspozycji dzieci na bierne palenie przed 	<p>Wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych</p> <p><u>Bierna ekspozycja dzieci na dym tytoniowy</u></p> <p><i>Ogółem</i></p> <p>RR=0,72 [95%CI: (0,62; 0,83)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (15 badań; N=462 723)</p> <p><i>Dzieci w wieku 0-6 lat</i></p> <p>RR=0,57 [95%CI: (0,27; 1,20)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie</p>	<p>Wykazano, że wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych istotnie statystycznie obniża prawdopodobieństwo ekspozycji dzieci na dym tytoniowy ogółem.</p> <p>Wykazano, że wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo ekspozycji dzieci w wieku 0-6 oraz 10-15 lat na dym tytoniowy.</p>

²²² Nanninga S., Lhachimi S., Bolte G. (2018). Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 18(1): 749

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>publicznych na narażenie dzieci na bierne palenie w domu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2016 r.</p>	<p>wprowadzeniem zakazu palenia w miejscach publicznych.</p> <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bierna ekspozycja na dym tytoniowy, mierzona na podstawie wyników uzyskanych z raportów prowadzonych przez rodziców (14 badań) oraz bezpośrednio zweryfikowane na podstawie stężenia nikotyny we włosach wśród dzieci. 	<p>(4 badania; N=9 899 (I); 13 284 (C))</p> <p><i>Dzieci w wieku 10-15 lat</i></p> <p>RR=0,96 [95%CI: (0,91; 1,00)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (3 badania; N=6 657 (I); 6 661 (C))</p> <p><i>Dzieci w innym wieku</i></p> <p>RR=0,73 [95%CI: (0,61; 0,87)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (8 badań; N=96 042 (I); 160 815 (C))</p>	
<p>Coppo 2014²²³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: klastrowe badanie RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 1 (Chiny – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności strategii politycznych mających na celu zapobieganie rozpoczynaniu palenia wśród uczniów poprzez regulację prawa w obrębie szkół.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 05.2014 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uczniowie od 10 do 18 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 11 807</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkiego typu pisemne zasady regulujące używanie tytoniu na terenie i/lub poza terenem szkoły – uwzględniono badania nad polityką mającą na celu zakaz używania narkotyków lub alkoholu oprócz palenia, gdy wyniki odnośnie używania tytoniu dało się wyizolować. • polityka zdrowotna w szkole (włączonego, jedynego badania): utworzono komitet 	<p>Wprowadzenie polityki zdrowotnej do szkół (zakaz palenia, wsparcie rówieśników, przekazywanie broszur edukacyjnych)</p> <p><u>Rozpowszechnienie obecnych palaczy</u></p> <p><i>Szkoły prowadzące program</i></p> <p>RR=0,98 [95%CI: (0,71; 1,40)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=11 807)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Na podstawie jednego badania nie wykazano istotnego statystycznie wpływu wprowadzenia do szkół polityki zdrowotnej, obejmującej zakaz palenia, wsparcie rówieśników oraz przekazywanie broszur edukacyjnych nt. niepalenia na prawdopodobieństwo rozpowszechnienia palących uczniów do 18 r.ż.</p>

²²³ Coppo A., Galanti M., Giordano L. et al. (2014). School policies for preventing smoking among young people. Cochrane Database Syst. Rev. 2014(10): CD009990

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<p>kontrolujący użycie tytoniu kierowany przez dyrektora; przepisy dotyczące palenia zostały wprowadzone na początku badania,</p> <ul style="list-style-type: none"> • środowisko zdrowotne w szkole: umieszczenie znaków zakazu palenia w szkole. Przeprowadzono równieśniczą akcją edukacyjną, aby pomóc palaczom rzucić palenie. Nauczyciele nie mogli palić w obecności uczniów. • rozpowszechniano broszury o zagrożeniach zdrowotnych związanych z paleniem oraz biuletyn informacyjny, plakaty i zdjęcia reklamowe. Odbyły się wykłady z zakresu edukacji zdrowotnej związane z paleniem. Uczniowie uczestniczyli w zajęciach związanych z rzucaniem palenia, w tym: konkursy wypracowań, podpisywanie zobowiązania do niepalenia. • dodatkowe elementy: zajęcia tematyczne Dzień Bez Tytoniu, konkursy na własną gazetę i konkursy na projekt logo. <p>Komparator:</p>		

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji w obrębie polityki szkoły. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpowszechnienie obecnych palaczy. 		
Pozostałe				
<p>Hartmann-Boyce 2022²²⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Tobacco Advisory Group Cancer Research UK Project Grant</i></p> <p><i>University of Oxford Returning Carer's Fund</i></p> <p><i>National Institute for Health Research for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 78 (USA – 34; UK – 16; Włochy – 8; Australia – 5; Grecja – 4; Nowa Zelandia – 2; Kanada – 2; Belgia – 1; Irlandia – 1; Polska – 1; Korea – 1; RPA – 1; Szwajcaria – 1; Turcja – 1).</p> <p>Cel badania: ocena bezpieczeństwa, skuteczności i akceptowalności papierosów elektronicznych jako pomocy w utrzymaniu długoterminowej abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2022 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 22 052</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • papierosy elektroniczne zawierające nikotynę. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • papierosy elektroniczne bez nikotyny, • inne nikotynowe środki zastępcze (NRT), • standardowe postępowanie obejmujące wsparcie behawioralne lub brak interwencji. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaprzestanie palenia. 	<p>Papierosy elektroniczne zawierające nikotynę</p> <p><u>Zaprzestanie palenia na przestrzeni 6-12 miesięcy</u></p> <p><i>W porównaniu do NRT</i></p> <p>RR=1,63 [95%CI: (1,30; 2,04)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=2 378)</p> <p><i>W porównaniu do papierosów elektronicznych bez nikotyny</i></p> <p>RR=1,94 [95%CI: (1,21; 3,23)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (5 RCT; N=1 447)</p> <p><i>W porównaniu do interwencji behawioralnych lub ich braku</i></p> <p>RR=2,66 [95%CI: (1,52; 4,65)]</p> <p>wynik istotny statystycznie (7 RCT; N=3 126)</p>	<p>Papierosy elektroniczne zawierające nikotynę istotnie statystycznie wpływają na zwiększone prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w ciągu 6-12 miesięcy od rozpoczęcia ich stosowania.</p>

²²⁴ Hartmann-Boyce J., Lindson N., Butler A. et al. (2022). Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 11: CD010216

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Keilani 2022²²⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Wiedeński Uniwersytet Medyczny</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT i badania pre-test i post-test.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 3</p> <p>Cel badania: określenie wpływu biologicznego sprzężenia zwrotnego (ang. <i>biofeedback</i>) na rzucanie palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2021 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> aktualni palacze, palący >10 papierosów dziennie. <p><u>Liczebność populacji:</u> 93</p> <p>Interwencja:</p> <ol style="list-style-type: none"> biofeedback: 5 treningów z wykorzystaniem temperatury skóry trwających 30 min, neurofeedback: 2 sesje treningowe po 1h, przerwa: 1-2 dni; Zakaz palenia na 2 godziny przed badaniem, neurofeedback: 8 codziennych 30-min. sesji. Zakaz palenia na 1h przed badaniem. <p>Kompartor:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 i 3 (interwencja) – brak grupy kontrolnej, 2 (interwencja) – taka sama interwencja ale bez kontekstu rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> częstość palenia i zachowania związane z paleniem, 	<p>Biofeedback: 5 treningów z wykorzystaniem temperatury skóry trwających 30 min</p> <p><u>Wynik testu uzależnienia od papierosów (test Fagerström'a)</u></p> <p>Istotnie statystycznie obniżenie wyników testów wśród mężczyzn (p=0,024)</p> <p>Redukcja osób z uzależnieniem od nikotyny średniego stopnia z 11 do 10 osób.</p> <p>Redukcja osób z uzależnieniem od nikotyny wysokiego stopnia z 11 do 8 osób.</p> <p>Neurofeedback: 2 sesje treningowe po 1h, przerwa: 1-2 dni, zakaz palenia na 2 godziny przed badaniem</p> <p><u>Liczba wypalanych papierosów dziennie</u></p> <p>W grupie badanej zmniejszono liczbę wypalanych papierosów w porównaniu z grupą kontrolną w 1-tygodniowej, 1-miesięcznej i 4-miesięcznej obserwacji</p> <p>Neurofeedback: 8 codziennych 30-min. sesji, zakaz palenia na 1h przed badaniem</p> <p><u>Rzucenie palenia</u></p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Autorzy publikacji wskazują, że biofeedback i neurofeedback mogą ułatwić rzucenie palenia poprzez zmianę wyników behawioralnych. Choć włączone do przeglądu badania cechowały się znaczną heterogenicznością, wykazują one potencjał w kwestii podejścia i interwencji ułatwiających rzucanie palenia. Należy w dalszej kolejności przeprowadzić randomizowane badania z grupą kontrolną w celu zbadania skuteczności w rzucaniu palenia poprzez zastosowanie biofeedbacku i neurofeedbacku w warunkach klinicznych.</p>

²²⁵ Keilani M., Steiner M., Crevenna R. (2022). The effect of biofeedback on smoking cessation—a systematic short review. Wien. Klin. Wochenschr. 134(Suppl 1): 69-76

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		<ul style="list-style-type: none"> wyniki testu uzależnienia od papierosów (test Fagerström'a). 	<p>Dwóch z sześciu uczestników rzuciło palenie pod koniec 6-miesięcznego okresu obserwacji.</p> <p><u>Liczba wypalanych papierosów dziennie</u></p> <p>Czterej uczestnicy ograniczyli palenie papierosów dziennie do 12–61%</p>	
<p>Lindson 2021²²⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Cochrane Tobacco Addiction Group</p> <p>National Institute for Health Research</p> <p>National Health Service</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 81 (Europa – 39; USA – 26; Australia - 7; Ameryka Południowa – 2; Korea Południowa – 2; Kanada – 2; Chiny – 1; Pakistan – 1; Tajlandia – 1.</p> <p>Cel badania: ocena efektywności strategii nacelowanych na zwiększenie powodzenia interwencji z zakresu porzucenia palenia tytoniu w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokonano oceny czy wpływ jaki te działania mają na zaprzestanie palenia może wynikać ze zwiększonej częstości ich wdrażania przez świadczeniodawców.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> palący pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 112 159</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> informacja biomedyczna w połączeniu ze standardowym wsparciem z zakresu rzucania palenia. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardowe lub wielokomponentowe wsparcie w zakresie rzucania palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> abstynencja tytoniowa. 	<p>Informacja biomedyczna w połączeniu ze standardowym wsparciem z zakresu rzucania palenia</p> <p><u>Abstynencja ≥ 6 mc</u></p> <p>RR=1,07 [95%CI: (0,81; 1,41)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=3 491)</p>	<p>Przekazanie pacjentowi informacji biomedycznej jako dodatku do standardowego wsparcia z zakresu rzucania palenia nie ma istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo uzyskania abstynencji tytoniowej u osób palących w ≥ 6 miesiącu od interwencji.</p>

²²⁶ Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Clair 2019²²⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute for Health Research (NIHR)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 20 (USA – 7; UK – 6; Japonia – 2; Włochy – 1; Belgia – 1; Szwajcaria – 1; Hiszpania – 1; Seszele – 1).</p> <p>Cel badania: ocena informowania palaczy odnośnie poziomu wydychanego CO, w oparciu o wyniki spirometrii, obrazowania zmian w naczyniach krwionośnych, i genetycznych chorób związanych z paleniem, jako interwencji w kierunku zaprzestania przez nich palenia tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące, uczestniczące w różnego typu programach mających na celu zaprzestanie palenia, w badaniach przesiewowych nacelowanych na choroby układu oddechowego lub w okresowych badaniach kontrolnych. <p><u>Liczebność populacji:</u> 9 262</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> zwiększanie efektywności interwencji z zakresu rzucania palenia poprzez przekazanie wyników badań diagnostycznych: <ul style="list-style-type: none"> poziomu wydychanego CO, spirometrii, obrazowania naczyń krwionośnych, badania genetycznych. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> krótka porada, minimalna interwencja lub jej brak. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zaprzestanie palenia tytoniu. 	<p>Przedstawienie informacji nt. ekspozycji na dym tytoniowy, z wykorzystaniem uzyskanych wyników badań biomedycznych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia >6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,83; 1,21)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=2 368)</p> <p>Przedstawienie ryzyka zdrowotnego wynikającego z aktywnego palenia tytoniu, z wykorzystaniem uzyskanych wyników badań biomedycznych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia >6 miesięcy</u></p> <p>RR=0,80 [95%CI: (0,63; 1,01)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=2 064)</p> <p>Przedstawienie szkód wynikających z palenia tytoniu, z wykorzystaniem uzyskanych wyników badań biomedycznych</p> <p><u>Zaprzestanie palenia >6 miesięcy</u></p> <p>RR=1,26 [95%CI: (0,99; 1,61)] wynik nieistotny statystycznie (11 RCT; N=3 314)</p>	<p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na zaprzestanie palenia tytoniu przez osoby palące w sytuacji przedstawiania pacjentowi informacji nt. jego ryzyka zdrowotnego wynikającego z palenia tytoniu z wykorzystaniem wyników z badań diagnostycznych.</p>

²²⁷ Clair C., Mueller Y., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD004705

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>Mannocci 2019²²⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Health Programme of the European Union</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd parasolowy.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: poza klasyfikacją.</p> <p>Rodzaj włączonych badań: 6 przeglądów systematycznych oraz 7 metaanaliz (421 badań pierwotnych).</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 13.</p> <p>Cel badania: identyfikacja najskuteczniejszej polityki zdrowotnej i strategii promocji zdrowia mających na celu ograniczenie użycia wyrobów tytoniowych i zwiększenia odsetka rzucających palenie zgodnie z FCTC (Konwencją WHO dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu), koncentrując się na młodzieży i młodych dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2010 r. do 2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> młodzież ≤25 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie podano</p> <p>Interwencja: wszelkie interwencje i działania w zakresie polityki mające na celu ograniczenie i zaprzestanie palenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje antytytoniowe w obrębie rodziny, interwencje antytytoniowe ze strony rówieśników. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> brak interwencji, jakakolwiek interwencja. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoczęcie palenia, zaprzestanie palenia, ograniczenie palenia, odsetek osób palących. 	<p>Interwencje antytytoniowe w obrębie rodziny</p> <p><u>Zapobieganie rozpoczynaniu palenia</u></p> <p>Umiarkowana jakość danych wskazuje, że interwencje w obrębie rodziny są efektywną strategią (27 badań)</p> <p>Interwencje antytytoniowe ze strony rówieśników</p> <p>Interwencja uzyskała niejednoznaczne wyniki (45 badań)</p> <p>Interwencje antytytoniowe prowadzone przez rówieśników</p> <p><i>Macarthur 2016</i></p> <p><u>Korzystanie z tytoniu (w tym bezdymnego)</u></p> <p>OR=0,78 [95%CI: (0,62; 0,99)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (17 badań RCT; N=nie określono)</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Obiecujące strategie zapobiegania lub ograniczania popytu na tytoń obejmują złożone interwencje rodzinne.</p> <p>Potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu polityki, strategii i interwencji dotyczących palenia, aby rozwiązać pozostałe wątpliwości.</p>
<p>Faseru 2018²²⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 3 370</p>	<p>Wsparcie osoby z bliskiego otoczenia w rzucaniu palenia w porównaniu do braku wsparcia</p>	<p>Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu w przypadku wsparcia osób palących przez osoby z ich bliskiego otoczenia na</p>

²²⁸ Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Health. Policy. 123(5): 480-491

²²⁹ Faseru B., Richter K., Scheuermann T. et al. (2018) Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 8: CD002928

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<p>University of Kansas Medical Center, Department of Preventive Medicine and Public Health</p> <p>Dankook University, Department of Family Medicine</p> <p>NIH</p>	<p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 14 (USA – 12; Indonezja – 1; UK – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności wsparcia osobistego w zakresie wzrostu odsetka rzucających palenie w porównaniu do interwencji bez bezpośredniego wsparcia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 04.2018 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wspomaganie rzucania palenia przez bliskie osoby np. małżonków, przyjaciół, członków rodziny, współpracowników, kolegów, poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ○ szkolenie palaczy w zdobywaniu wsparcia w środowisku, ○ zachęcanie do kontaktu pomiędzy palaczami usiłującymi rzucić palenie, ○ umożliwianie szkoleń/materiały drukowane, ○ interwencje w parach/dla par, ○ ogólnie wspieranie bezpośredniego kontaktu w celu pomocy. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak partnera do pomocy w rzucaniu palenia. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abstynencja od tytoniu. 	<p><u>Abstynencja od tytoniu w ciągu 6-9 miesięcy obserwacji</u></p> <p>Ogółem</p> <p>RR=0,97 [95%CI: (0,83; 1,14)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (13 RCT; N=14 133)</p> <p><i>Udział współpracownika/rodziny</i></p> <p>RR=0,97 [95%CI: (0,67; 1,39)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=1 700)</p> <p><i>Udział małżonka/współmieszkańca</i></p> <p>RR=1,01 [95%CI: (0,80; 1,28)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=530)</p> <p><i>Udział małżonka/współmieszkańca</i></p> <p>RR=1,01 [95%CI: (0,80; 1,28)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=530)</p> <p><i>Udział innych uczestników</i></p> <p>RR=0,84 [95%CI: (0,56; 1,27)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=588)</p> <p><u>Abstynencja od tytoniu >12 miesięcy</u></p> <p>Ogółem</p> <p>RR=1,04 [95%CI: (0,88; 1,22)]</p>	<p>zaprzestanie przez nich palenia w ciągu 6-9 oraz 12 miesięcy.</p>

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=2 573)</p> <p><i>Udział współpracownika/rodziny</i></p> <p>RR=0,99 [95%CI: (0,81; 1,21)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=2 124)</p> <p><i>Udział małżonka/współmieszkańca</i></p> <p>RR=1,11 [95%CI: (0,86; 1,44)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=449)</p>	
<p>Hiemstra 2017²³⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Badanie ze środków organizacji na rzecz badań i rozwoju</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IIIA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: badania obserwacyjne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 42 (USA – 25; Finlandia – 1; Tajwan – 1; Chinach – 1, Holandia – 13, Tajlandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności działań wychowawczych (np. zakazy czy tworzenie zasad odnośnie używania wyrobów tytoniowych) mających na celu zapobieganie rozpoczęciu palenia tytoniu wśród młodych osób.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • młode osoby w wieku szkolnym 12-17 lat. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok. 84 053</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkie interwencje w obrębie działań wychowawczych: <ul style="list-style-type: none"> ○ całkowity zakaz palenia w domu, ○ regulacje dotyczące zasad palenia w domu, ○ kary za palenie (utrata przywilejów), ○ dyskusje z dzieckiem związane z paleniem 	<p>Wyniki przedstawione opisowo</p> <p>Wychowywanie ukierunkowane na niepalenie</p> <p>1 badanie przyniosło pozytywny wpływ interwencji tylko w przypadku, gdy rodzice byli niepalący lub tylko jedno z rodziców paliło.</p> <p>Sprzeciw rodziców/brak akceptacji względem palenia</p> <p>7 badań nie wykazało istotnego wpływu sprzeciwu rodziców względem palenia na zmniejszenie odsetka dzieci, które rozpoczęły palenie.</p>	<p>Wnioski autorów przeglądu</p> <p>Przegląd ten wykazał możliwe dowody na to, że różne praktyki rodzicielskie związane z paleniem tytoniu zapobiegają rozpoczynaniu palenia u młodzieży. Obecna wiedza może być wykorzystana do oceny programów profilaktycznych, które koncentrują się na strategiach rodzicielskich ukierunkowanych na palenie oraz do poprawy skuteczności takich interwencji poprzez ukierunkowanie na skuteczne strategie rodzicielskie. Ponadto pracownicy zajmujący się profilaktyką mogliby wykorzystać wyniki do opracowania nowych podejść do profilaktyki.</p>

²³⁰ Hiemstra M., de Leeuw R., Engels R. et al. (2017). What parents can do to keep their children from smoking: A systematic review on smoking-specific parenting strategies and smoking onset. Addict. Behav. 70: 107-128

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	<p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1990 r. do 12.2016 r.</p>	<p>(różna częstość i ilość informacji), ostrzeżenia, zmiana zachowania rodzica/ów spowodowana paleniem,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dostępność/ niedostępność papierosów w domu, ○ umowa o niepaleniu. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoczęcie palenia. 	<p>Monitorowanie aktywności dzieci poza domem w zakresie palenia tytoniu</p> <p>4 badania wskazały na istotny wpływ monitorowania dzieci przez rodziców w odniesieniu do prewencji palenia wśród dzieci.</p> <p>Dostępność papierosów w domu</p> <p>6 z 9 badań wskazało, że dostępność papierosów w domu sprzyja rozpoczęciu palenia przez dzieci, podczas gdy w 3 badania nie wykazano tego wpływu.</p> <p>Ustanawianie wewnętrznych domowych zasad</p> <p>6 badań dotyczących częściowego zakazu palenia w domu (np. zakaz palenia do 18 r.ż., zakaz palenia w kuchni) nie wskazało wpływu na zmniejszenie odsetka osób rozpoczynających palenie.</p> <p>W 7 badaniach odnoszących się do całkowitego zakazu palenia w domu prowadził do istotnego statystycznie zmniejszenia odsetka osób inicjujących palenie.</p> <p>Strategią, którą rodzice mogą zastosować, aby zapobiec rozpoczęciu palenia przez dzieci, jest całkowity zakaz palenia w gospodarstwie domowym. Druga strategia dotyczy braku dostępności papierosów dla dzieci.</p> <p>Po trzecie, należy zachęcać rodziców, aby nie rozmawiali zbyt</p>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<p>często o paleniu, ale kiedy już o tym rozmawiają – powinni mówić w sposób konstruktywny. Po czwarte, rodzice powinni ustalić jasne normy dotyczące palenia.</p> <p>Wreszcie zawarcie umowy o zakazie palenia nie powinno być stosowane jako jedyna strategia zapobiegania palenia przez dzieci, ponieważ efekty tej strategii nie były jednoznaczne.</p>	

6.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych odnaleziono wtórne doniesienia naukowe oraz rekomendacje kliniczne, które odnoszą się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z prowadzeniem działań ukierunkowanych na profilaktykę uzależnienia od tytoniu (nikotyny).

Kryteria włączenia do przeglądu systematycznego spełniły następujące dowody wtórne:

- 1 metaanaliza (Hartmann-Boyce 2022) (w tym 78 RCT), odnosząca się do bezpieczeństwa stosowania e-papierosów zawierających nikotynę;
- 4 metaanalizy (Carson-Chahhoud 2019, Myung 2019, Fanshawe 2017, Chang 2015) (w tym 60 RCT), w których określono występowanie zdarzeń niepożądanych w przypadku zastosowania interwencji farmakologicznych w ramach leczenia uzależnienia od tytoniu (Tabela 13);
- 8 rekomendacji towarzystw naukowych (NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ATS 2020, USPSTF 2020, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015), odnoszące się do bezpieczeństwa stosowania farmakoterapii wspomagającej rzucanie palenia u osób uzależnionych od tytoniu (Tabela 14).

Poniżej przedstawiono wyniki badań i wnioski z odnalezionych rekomendacji towarzystw naukowych.

Bezpieczeństwo interwencji behawioralnych

- Ze względu na nieinwazyjny charakter interwencji i niskie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zdarzeń, szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu u dorosłych, młodzieży i ciężarnych kobiet są małe lub żadne (USPSTF 2021, USPSTF 2020).

Nikotynowa terapia zastępcza

- Stwierdzono, że wszystkie działania/zdarzenia niepożądane wynikające ze stosowania nikotynowej terapii zastępczej były łagodne (Carson-Chahhoud 2019, Myung 2019, Fanshawe 2017).
- Do najczęstszych zdarzeń niepożądanych zgłaszanych podczas stosowania NTZ należą: ból gardła, czkawka, kaszel, rumień, świąd, ból barku/ramienia, ból/zawroty głowy, zaburzenia snu i ból stawów/mięśni (Myung 2019, Fanshawe 2017).
- Stwierdzono, że stosowanie NTZ jest bezpieczniejsze niż kontynuacja palenia i przewyższa korzyści nad potencjalnymi szkodami (RACGP 2021, NCCN 2016).
- W porównaniu do placebo, NTZ wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia bólu w klatce piersiowej, klasyfikowanego jako „sercowo-naczyniowe zdarzenie niepożądane (NZMH 2021, USPSTF 2021, NCCN 2016).
- Niektóre działania niepożądane NTZ związane są z formą podawania nikotyny – rumień skóry, wysypka, świąd, podrażnienie skóry i zaburzenia snu (koszmary senne) podczas stosowania plastrów nikotynowych lub podrażnienie jamy ustnej, niestrawność i nudności przez NTZ dostarczaną doustnie (NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ACC 2018).
- NTZ może być stosowane wśród kobiet w ciąży, natomiast w pierwszej kolejności należy zastosować inne, niefarmakologiczne metody rzucenia palenia. Dla kobiet w ciąży najlepszą formą NTZ jest jej doustne przyjmowanie. Poziom nikotyny we krwi jest zazwyczaj niższy w trakcie stosowania NTZ, podczas gdy NTZ dostarcza nikotynę wolniej w porównaniu z nikotyną dostarczaną przez papierosy. Ponadto NTZ dostarcza nikotynę bez innych szkodliwych substancji zawartych w dymie tytoniowym (takich jak tlenek węgla) (NZMH 2021, RACGP 2021).

Bupropion

- W badaniu na populacji młodzieży palącej, w którym interwencją był bupropion, stwierdzono bóle głowy, drażliwość i bezsenność, jednak wyniki nie wykazały istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną. Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę w przypadku występowania zaburzeń snu w grupie interwencyjnej w porównaniu do grupy kontrolnej (Myung 2019).
- Zgłoszono 2 poważne zdarzenia niepożądane (hospitalizację):

- po spożyciu bielunia w celach rekreacyjnych przez 16-letniego chłopca, stosującego bupropion,
- z powodu próby samobójczej z przedawkowania bupropionu i innych leków (Myung 2019, Fanshawe 2017).
- Pacjenci stosujący bupropion częściej zgłaszają niepożądane zdarzenia psychiatryczne w porównaniu z placebo (NZMH 2021).
- Bupropion wpływa na ryzyko wystąpienia drgawek (0,1%), ale nie wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia problemów neuropsychiatrycznych lub sercowo-naczyniowych (NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, ESC 2016).
- Częstymi działaniami niepożądanymi bupropionu są: bezsenność, ból głowy, suchość w ustach, nudności, zawroty głowy i niepokój (RACGP 2021).

Wareniklina

- Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu zdarzeń niepożądanych w grupie interwencyjnej przyjmującej wareniklinę + plastry nikotynowe w porównaniu do grupy kontrolnej otrzymującej wareniklinę + plastry placebo. W przypadku obu grup, do zdarzeń niepożądanych zgłaszanych przez uczestników należą: nudności, bezsenność, koszmary senne, bóle głowy, depresja, reakcja skórna (Chang 2015).
- Spośród 8 zgłoszonych poważnych zdarzeń niepożądanych, 1 uznano za istotne klinicznie dla badania – uczestniczka, która zaszła w ciążę w trakcie badania, została losowo przydzielona do grupy kontrolnej otrzymywania plastra placebo w połączeniu z warenikliną. Dziecko urodziło się z zespołem Downa i wrodzonymi wadami serca (Chang 2015).
- Istnieją wysokiej jakości dane naukowe sugerujące 25% wzrost ryzyka wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych podczas stosowania warenikliny w porównaniu z placebo (NCCN 2016).
- Stwierdzono brak istnienia dowodów na zwiększone ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych lub zdarzeń neuropsychiatrycznych (NZMH 2021, USPSTF 2021, NCCN 2016).
- Nudności są najczęstszym działaniem niepożądanym warenikliny i zostały zgłoszone w badaniach niemal u 30% palaczy (<3% uczestników przerwało leczenie z powodu nudności) (NZMH 2021, RACGP 2021, ESC 2016, NCCN 2016).
- Inne częste działania niepożądane warenikliny obejmują ból głowy, bezsenność i nietypowe sny (NZMH 2021, NCCN 2016).
- Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w występowaniu poważnych zdarzeń niepożądanych w przypadku zastosowania warenikliny w porównaniu z bupropionem (ATS 2020).
- Wareniklina w połączeniu z plastrem nikotynowym może spowodować nieznaczny wzrost działań niepożądanych (ATS 2020).
- Wareniklina jest bezpieczna i ma korzystny stosunek ryzyka do korzyści w przypadku palących pacjentów z nowotworem. Należy natomiast unikać stosowania warenikliny u pacjentów z przerzutami do mózgu, u których w wywiadzie stwierdzono występowanie napadu padaczkowego/ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego (NCCN 2016).

E-papierosy

- Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu na ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz poważnych zdarzeń niepożądanych w przypadku stosowania e-papierosów zawierających nikotynę w porównaniu do nikotynowej terapii zastępczej lub e-papierosów bez nikotyny. Nie stwierdzono również istotnego statystycznie wpływu na wystąpienie tych zdarzeń w przypadku e-papierosów zawierających nikotynę skojarzonych z NTZ w porównaniu do NTZ (Hartmann-Boyce 2022).
- E-papierosy zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 22% (Hartmann-Boyce 2022).
- Ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z wapowaniem nie różni się od NTZ (NZMH 2021).

- Brak jest wystarczających dowodów na to, aby określić szkodliwość e-papierosów (USPSTF 2021).
- W emisjach papierosów elektronicznych wykryto substancje rakotwórcze, toksyczne, metale i krzemiany. Niektóre z powszechnie stosowanych środków aromatyzujących są znanymi środkami drażniącymi dla dróg oddechowych (AAP 2015).

Tabela 13. Metodologia oraz wyniki przeglądów systematycznych odnoszących się do bezpieczeństwa interwencji w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki
<p>Hartmann-Boyce 2022²³¹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Tobacco Advisory Group Cancer Research UK Project Grant</p> <p>University of Oxford Returning Carer's Fund</p> <p>National Institute for Health Research for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 78 (USA – 34; UK – 16; Włochy – 8; Australia – 5; Grecja – 4; Nowa Zelandia – 2; Kanada – 2; Belgia – 1; Irlandia – 1; Polska – 1; Korea – 1; RPA – 1; Szwajcaria – 1; Turcja – 1).</p> <p>Cel badania: ocena bezpieczeństwa, skuteczności i akceptowalności papierosów elektronicznych jako pomocy w utrzymaniu długoterminowej abstynencji tytoniowej u osób palących.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.2022 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 22 052</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> papierosy elektroniczne zawierające nikotynę. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> papierosy elektroniczne bez nikotyny, inne nikotynowe środki zastępcze (NTZ), standardowe postępowanie obejmujące wsparcie behawioralne lub brak interwencji. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> zdarzenia niepożądane. 	<p>E-papierosy zawierające nikotynę w porównaniu do NTZ</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,02 [95%CI: (0,88; 1,19)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=1 702)</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,12 [95%CI: (0,82; 1,52)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=2 411)</p> <p>E-papierosy zawierające nikotynę w porównaniu e-papierosów bez nikotyny</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,01 [95%CI: (0,91; 1,11)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=840)</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,00 [95%CI: (0,56; 1,79)]</p> <p>wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N=1 272)</p> <p>E-papierosy zawierające nikotynę w porównaniu do wsparcia behawioralnego (lub jego brak)</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p>

²³¹ Hartmann-Boyce J., McRobbie H., Butler A. et al. (2021). Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane database of Syst Rev. 4(4): CD010216

			<p>RR=1,22 [95%CI: (1,12; 1,32)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=765)</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,03 [95%CI: (0,54; 1,97)] wynik nieistotny statystycznie (9 RCT; N=1 993)</p> <p>E-papierosy zawierające nikotynę + NTZ w porównaniu do NTZ</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=0,96 [95%CI: (0,83; 1,11)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=1 984)</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>RR=1,26 [95%CI: (0,46; 3,42)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=2 245)</p>
<p>Carson-Chahhoud 2019²³²</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute for Health Research Cochrane Tobacco Addiction Group</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 7 (UK – 3; USA – 1; Australia - 1; Katar – 1; Włochy – 1;).</p> <p>Cel badania: ocena efektywności interwencji mających na celu rzucenie palenia przy wsparciu</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby palące, będące klientami aptek, zmotywowane do zmiany statusu palenia tytoniu. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 774.</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> interwencje zawierające elementy interwencji behawioralnej świadczone przez farmaceutów, lub personel apteki, w celu 	<p>Interwencja świadczona przez farmaceutów lub personel apteczny, z elementami behawioralnymi o wysokiej intensywności, z uwzględnieniem farmakoterapii</p> <p><u>Wystąpienie działań niepożądanych</u></p> <p>W jednym badaniu włączonym do przeglądu zgłoszono działania niepożądane wynikające z interwencji przy zastosowaniu farmakoterapii. Wszystkie działania niepożądane leków były łagodne. Jeden uczestnik badania doświadczył wysypki po stosowaniu chlorowodorku</p>

²³² Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD003698

	<p>ze strony farmaceutów, z lub bez skojarzenia z farmakoterapią.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2019 r.</p>	<p>wspierania klientów w rzuceniu palenia tytoniu, w formie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ krótkiej lub rozbudowanej porady, ○ z użyciem lub bez farmakoterapii. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak interwencji, • interwencja o zmniejszonej intensywności. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działania niepożądane, • objawy odstawienia nikotyny. 	<p>bupropionu. Inny z kolei uczestnik, stosujący w ramach badania NTZ w postaci plastra transdermalnego o zawartości 21 mg, doświadczył zawrotów głowy.</p> <p><u>Wystąpienie objawów odstawienia</u></p> <p>Podczas końcowej obserwacji, 96% uczestników badania zgłosiło co najmniej 1 objaw odstawienia nikotyny powszechnie związanego z zaprzestaniem palenia.</p>
<p>Myung 2019²³³</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 9 (USA – 6; Austria – 1; UK – 1; Holandia – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii ukierunkowanej na rzucanie palenia wśród nastoletnich palaczy.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2018 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paląca młodzież między 12 a 21 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 188</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jakakolwiek farmakoterapia wśród palącej młodzieży: <ul style="list-style-type: none"> ○ guma do żucia z nikotyną, ○ plastry nikotynowe, ○ spray do nosa z nikotyną, ○ bupropion. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • placebo. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdarzenia niepożądane. 	<p>Jakiegokolwiek interwencje farmakologiczne wśród palącej młodzieży</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>W trzech badaniach wykazano, że zdarzenia niepożądane (tj. ból głowy, świąd lub swędzenie, rumień, ból gardła, czkawka, ból barku lub ramienia, problemy ze snem i ból mięśni) występowały istotnie statystycznie częściej w przypadku leczenia farmakologicznego w porównaniu do grupy kontrolnej. W dwóch badaniach wskazano, że ból głowy lub ból głowy i kaszel występowały częściej w grupie kontrolnej w porównaniu do grupy interwencyjnej, stosującej bupropion. W pozostałych badaniach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu zdarzeń niepożądanych między grupą interwencyjną a grupą kontrolną.</p> <p>Plastry nikotynowe</p>

²³³ Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Nicotine. Tob. Res. 21(11): 1473-1479

			<p>Stwierdzono występowanie częstych zdarzeń niepożądanych w przypadku stosowania plastrów nikotynowych:</p> <p><u>Świąd</u> 32,7% (1 RCT; n/N=16/49)</p> <p>64,5% (1 RCT; n/N=31/48)</p> <p><u>Wysypka</u> 12,2%; (1 RCT; n/N=6/49)</p> <p>54,2% (1 RCT; n/N=26/48)</p> <p><u>Problemy ze snem</u> 62,5% (1 RCT; n/N=30/48)</p> <p><u>Bóle stawów lub mięśni</u> 58,3% (1 RCT; n/N=28/48)</p> <p><u>Ból w miejscu zastosowania plastra</u> 12,2% (1 RCT; n/N=6/49)</p> <p><u>Ból głowy/zawroty głowy</u> 4% (1 RCT; n/N=2/49)</p> <p>41,7% (1 RCT; n/N=20/48)</p> <p>Bupropion</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p>
--	--	--	--

			<p>W badaniu, w którym interwencją był bupropion, stwierdzono bóle głowy, drażliwość i bezsenność, jednak wyniki nie wykazały istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą interwencyjną a grupą kontrolną. Stwierdzono natomiast istotną statystycznie różnicę w przypadku występowania zaburzeń snu w grupie interwencyjnej w porównaniu do grupy kontrolnej.</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>W jednym badaniu stwierdzono 2 poważne zdarzenia niepożądane oraz 1 zdarzenie niepożądane z medycznego punktu widzenia. 16-letni chłopiec z grupy otrzymującej bupropion w dawce 150 mg/dzień był hospitalizowany z powodu spożycia bielunia w celach rekreacyjnych. 16-letnia dziewczyna z tej samej grupy była hospitalizowana z powodu próby samobójczej z przedawkowania bupropionu i innych leków. Inna z kolei 16-letnia dziewczyna z grupy placebo zaszła w ciążę wkrótce po wizycie w pierwszym tygodniu.</p>
<p>Fanshawe 2017²³⁴</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>National Institute for Health Research (NIHR)</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 41 (Ameryka Pn. – 29; Anglia – 1; Dania – 2; Szwajcaria – 1; Holandia – 1; Hiszpania – 3; Rosja – 1; Turcja – 1; Australia – 1; Tajwan – 1).</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności strategii, które pomagają młodym ludziom rzucić palenie tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2017 r.</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • młode osoby palące <20 r.ż. <p><u>Liczebność populacji:</u> ok 13 000</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszelkie interwencje pomagające w zaprzestaniu palenia, przy zastosowaniu farmakoterapii. <p>Komparator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • minimalna interwencja, • placebo. 	<p>NTZ w porównaniu do placebo</p> <p><u>Zdarzenia niepożądane</u></p> <p>Nie zgłoszono żadnych poważnych zdarzeń niepożądanych. NTZ natomiast była związana z występowaniem niektórych łagodnych zdarzeń niepożądanych: ból gardła, czkawka, rumień, świąd, ból barku/ramienia, ból głowy, kaszel, zaburzenia snu i ból mięśni. W badaniu obejmującym zastosowanie plastrów nikotynowych, uczestnicy grupy interwencyjnej zgłaszali częściej niższy poziom bezsenności w porównaniu do grupy kontrolnej.</p> <p>(2 RCT; N=385)</p>

²³⁴ Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst. Rev. 11(11): CD003289

		<p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdarzenia niepożądane. 	<p>Bupropion w porównaniu do placebo</p> <p><u>Ciężkie zdarzenia niepożądane</u></p> <p>Zaraportowano 2 poważne zdarzenia niepożądane skutkujące hospitalizacją, która wynikała z przelomu antycholinergicznego po spożyciu bupropionu oraz ze względu na celowe przedawkowanie bupropionu z innymi lekami.</p> <p><u>Zdarzenia niepożądane</u></p> <p>Stwierdzono wysoki poziom łagodnych zdarzeń niepożądanych w obu grupach (ból głowy, kaszel, objawy ze strony gardła, zaburzenia snu i nudności) – 10%. 8 uczestników przerwało stosowanie bupropionu z powodu zdarzeń niepożądanych.</p> <p>(1 RCT; N=207)</p> <p>Plastry nikotynowe + bupropion w porównaniu do plastra nikotynowego i placebo</p> <p><u>Ciężkie zdarzenia niepożądane</u></p> <p>Nie zgłoszono żadnych poważnych zdarzeń niepożądanych. Stwierdzono wyłącznie występowanie wśród uczestników nudności.</p> <p>(1 RCT; N=211)</p>
<p>Chang 2015²³⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Brak zewnętrznego finansowania</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 3 (UK; Hiszpania; RPA).</p>	<p>Populacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby palące. <p><u>Liczebność populacji:</u> 904</p> <p>Interwencja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wareniklina w połączeniu z plastrami NTZ. <p>Komparator:</p>	<p>Wareniklina + plastry nikotynowe w porównaniu do warenikliny i placebo plastrów nikotynowych</p> <p><u>Wystąpienie zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu zdarzeń niepożądanych w grupie interwencyjnej a grupie kontrolnej.</p>

²³⁵ Chang P., Chiang C., Ho W. et al. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 22(15): 689

	<p>Cel badania: ocena skuteczności i bezpieczeństwa warenikliny w połączeniu z NTZ.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 11.2014 r.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wareniklina w połączeniu z plastrami placebo. <p>Punkty końcowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdarzenia niepożądane. 	<p><i>Nudności</i></p> <p>28,4% vs 25,7% (3 RCT; n=123 (I); 113 (C))</p> <p><i>Bezsennosc</i></p> <p>18,7% vs 15,4% (3 RCT; n=83 (I); 69 (C))</p> <p><i>Koszmary senne</i></p> <p>13,6% vs 10,7% (3 RCT; n=51 (I); 44 (C))</p> <p><i>Bóle głowy</i></p> <p>7,1% vs 7,8% (3 RCT; n=30 (I); 30 (C))</p> <p><i>Depresja</i></p> <p>2,3% vs 1,4% (1 RCT; N=435)</p> <p><i>Reakcja skóra</i></p> <p>14,4% vs 7,8% (1 RCT; N=435)</p> <p><u>Wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych</u></p> <p>We włączonych badaniach zgłoszono łącznie 8 poważnych zdarzeń niepożądanych, z których tylko jedno z nich uznano za istotne dla badanych leków. Była to uczestniczka, która zaszła w ciążę w trakcie badania, w którym została losowo przydzielona do grupy kontrolnej otrzymywania plastra placebo w połączeniu z warenikliną. Dziecko urodziło się z zespołem Downa i wrodzonymi wadami serca.</p>
--	--	--	---

Tabela 14. Bezpieczeństwo interwencji ukierunkowanych na profilaktykę uzależnienia od tytoniu odnalezione w rekomendacjach

Akronim organizacji/rok	Interwencje	Bezpieczeństwo
<p>NZMH 2021²³⁶</p>	<p>Farmakoterapia (NTZ, bupropion, nortryptylina, wareniklina), Produkty waporyzacyjne.</p>	<p><u>Nikotynowa terapia zastępcza</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie NTZ wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia bólu w klatce piersiowej, klasyfikowanego jako „sercowo-naczyniowe zdarzenie niepożądane” w porównaniu z placebo – RR=1,81 [95%CI: (1,35; 2,43); 21 badań; N=11,647]. • Niektóre działania niepożądane odnoszą się do rodzaju zastosowanego NTZ – podrażnienie skóry podczas stosowania plastrów nikotynowych lub podrażnienie jamy ustnej przez gumy zawierające nikotynę. <p><u>Wareniklina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istnieją wysokiej jakości dane naukowe sugerujące 25% wzrost ryzyka wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych podczas stosowania warenikliny w porównaniu z placebo – RR=1,25 [95%CI: (1,04; 1,49); 29 badań, N=15 370]. Wskazane zdarzenia niepożądane obejmowały choroby współistniejące lub zdarzenia chorobowe (na przykład rozpoznanie raka), które nie zostały uznane za związane ze stosowaniem warenikliny. • Stwierdzono brak dowodów na zwiększone ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych lub zdarzeń neuropsychiatrycznych. • Najczęściej zgłaszanym zdarzeniem niepożądanym występującym podczas stosowania warenikliny były nudności. Inne częste działania niepożądane obejmują ból głowy, bezsenność i nietypowe sny. <p><u>Bupropion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjenci stosujący bupropion częściej zgłaszają niepożądane zdarzenia psychiatryczne w porównaniu z placebo – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,36); 6 badań; N=4 439]. • W jednym wielośrodkowym RCT (N=8 144) nie stwierdzono istotnego statystycznie wzrostu psychiatrycznych zdarzeń niepożądanych u osób stosujących bupropion w porównaniu z placebo. <p><u>Nortryptyna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Towarzystwo podkreśla, że nie należy stosować nortryptyliny u osób z chorobami układu krążenia, ponieważ może przyczynić się do wystąpienia tachykardii zatokowej i wydłużać czas przewodzenia <p><u>Produkty waporyzacyjne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazane przez towarzystwo doniesienia naukowe sugerują, że ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z wapowaniem nie różni się od NTZ:

²³⁶ Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington, Ministry of Health

		<ul style="list-style-type: none"> ○ zdarzenia niepożądane – RR=0,98 (95%CI: (0,80; 1,19); 2 badania; N=485), ○ poważne zdarzenia niepożądane – RR=0,25 [95%CI: (0,03; 2,19); 4 badania, N=494). <ul style="list-style-type: none"> • Należy zwrócić uwagę, że potrzebne są badania z długim okresem obserwacji (>12 miesięcy), ponieważ większość leków wspomagających rzucenie palenia stosowanych jest krócej (12 tygodni) niż stosowane przez dłuższy czas produkty waporazycyjne. <p><u>Cytyzyna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Najczęstszym problemem związanym ze stosowaniem cytyzyny są problemy żołądkowo-jelitowe (nudności). <p><u>Bezpieczeństwo u kobiet w ciąży</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Towarzystwo podkreśla, że stosowanie NTZ w ciąży niesie ze sobą niewielkie potencjalne ryzyko dla płodu, ale stosowanie NTZ jest znacznie bezpieczniejsze niż palenie w trakcie ciąży. Poziom nikotyny we krwi jest zazwyczaj niższy w trakcie stosowania NTZ, podczas gdy NTZ dostarcza nikotynę wolniej w porównaniu z nikotyną dostarczaną przez papierosy. Ponadto NTZ dostarcza nikotynę bez innych szkodliwych substancji zawartych w dymie tytoniowym (takich jak tlenek węgla). • Brak jest wystarczających danych nt. różnic w występowaniu niekorzystnych wyników porodu między kobietami stosującymi NTZ a kobietami stosującymi placebo. • Nie ma wystarczających dowodów, aby określić bezpieczeństwo lub skuteczność e-papierosów we wspieraniu abstynencji u kobiet w ciąży. • Niektóre badania epidemiologiczne sugerują, że kobiety używające e-papierosów są bardziej narażone na niekorzystne skutki porodu w porównaniu z osobami niepalącymi (badania obejmowały kobiety stosujące zarówno e-papierosy, jak i tradycyjne papierosy).
<p>RACGP 2021²³⁷</p>	<p>Model krótkiej interwencji skupiającej się na połączeniu intensywnej farmakoterapii (opartej na leczeniu wardenikliną, bupropionem i nortryptyliną lub na nikotynowej terapii zastępczej) z intensywnym poradnictwem behawioralnym.</p>	<p><u>Nikotynowa terapia zastępcza</u></p> <p><u>Bezpieczeństwo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie NTZ jest bezpieczniejsze niż kontynuacja palenia. • Wszystkie formy NTZ mogą być stosowane u pacjentów ze stabilną chorobą układu krążenia, przy czym należy zachować szczególną ostrożność u osób po niedawno przeżytym zawale, niestabilną dławicą piersiową, ciężkimi zaburzeniami rytmu i niedawno przeżytymi zdarzeniami naczyniowo-mózgowymi. • Wskazuje się, że NTZ można stosować pod nadzorem lekarza w przypadku osób palących z ostrym zespołem wieńcowym.

²³⁷ The Royal Australian College of General Practitioners (2021). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. Pozyskano z: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation>, dostęp z 25.08.2022

		<ul style="list-style-type: none"> • NTZ może być stosowane wśród kobiet w ciąży, natomiast w pierwszej kolejności należy zastosować inne, nefarmakologiczne metody rzucenia palenia. Biorąc pod uwagę znaczenie zaprzestania palenia w trakcie ciąży, zarówno dla zdrowia matki, jak i płodu, sugeruje się, aby zaproponować kobiecie NTZ, jeśli pierwsza próba nie powiedzie się w ciągu tygodnia. • Dla kobiet w ciąży najlepszą formą NTZ jest doustne przyjmowanie. Przyjmuje się, że mało prawdopodobne jest, aby nikotyna dostarczana z mlekiem matki była niebezpieczna dla dziecka. <p><i>Działania niepożądane</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Częste działania niepożądane zależą od formy dostarczania nikotyny. W przypadku plastrów, do częstych działań niepożądanych należą: rumień skóry, podrażnienie skóry i zaburzenia snu (koszmary senne). W przypadku doustnych form dostarczania nikotyny, odnotowuje się najczęściej niestrawność i nudności. Mogą wystąpić także podrażnienia jamy ustnej i gardła ze względu na stosowanie inhalatora lub aerozolu do ust zawierających nikotynę. <p><u>Wareniklina</u></p> <p><i>Bezpieczeństwo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Po początkowym wprowadzeniu do obrotu warenikliny pojawiły się liczne zgłoszenia o zmianach nastroju, depresji, zaburzeniach zachowania i myślach samobójczych. • Nie odnaleziono poparcia w doniesieniach naukowych na zwiększone ryzyko myśli samobójczych, depresji lub agresji u uczestników przyjmujących wareniklinę w porównaniu do osób otrzymujących placebo. • Chociaż nie wykazano związku przyczynowego ww. objawów z warenikliną, palaczom należy zalecić przerwanie przyjmowania tego leku przy pierwszych oznakach któregokolwiek z tych objawów. • 1 metaanaliza na podstawie 14 RCT (N=8 216) wykazała związek między stosowaniem warenikliny a zwiększonym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych (zawał mięśnia sercowego niezakończony zgonem, konieczność rewaskularyzacji wieńcowej i nowe rozpoznanie choroby naczyń obwodowych lub przyjęcie na zabieg leczenia z powodu choroby naczyń obwodowych) – OR=1,72 [95%CI: (1,09; 2,71)], przy czym inne badanie przeprowadzone przez FDA nie wykazało tego związku. <p><i>Działania niepożądane</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nudności są najczęstszym działaniem niepożądanym warenikliny i zostały zgłoszone w badaniach niemal u 30% palaczy (<3% uczestników przerwało leczenie z powodu nudności). • Częściej występowały koszmary senne grupie osób przyjmujących wareniklinę (13,1%) w porównaniu do grupy otrzymującej bupropion (5,9%) lub placebo (3,5%). • Nie zidentyfikowano żadnych klinicznie znaczących interakcji między lekami. <p><u>Bupropion</u></p> <p><i>Bezpieczeństwo</i></p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Bupropion jest przeciwwskazany u pacjentów z drgawkami, zaburzeniami odżywiania oraz przyjmujących inhibitory monoaminooksydazy. • Obecne zalecenie wskazują, że bupropion należy stosować ostrożnie u osób przyjmujących leki, które mogą obniżać próg drgawkowy (np. leki przeciwdepresyjne, przeciwmalaryczne i doustne leki hipoglikemizujące). <p><i>Działania niepożądane</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Napady padaczkowe są najbardziej istotnym klinicznie działaniem niepożądanym (0,1%). • Po zastosowaniu bupropionu zareportowano przypadki zgonów. • Częstymi działaniami niepożądanymi są: bezsenność, ból głowy, suchość w ustach, nudności, zawroty głowy i niepokój. • W przypadku skojarzenia bupropionu z NTZ, należy monitorować ciśnienie krwi.
<p>USPSTF 2021²³⁸</p>	<p>Poradnictwo behawioralne i farmakoterapia.</p> <p>Zatwierdzona przez FDA farmakoterapia w celu zaprzestania palenia obejmuje nikotynową terapię zastępczą, bupropion o przedłużonym uwalnianiu i wareniklinę.</p>	<p><u>Bezpieczeństwo interwencji behawioralnych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istnieją wystarczające dowody na to, aby stwierdzić, że szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu u dorosłych są małe lub żadne. <p><u>Bezpieczeństwo stosowania farmakoterapii u osób niebędących w ciąży</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazano wystarczające dowody na to, że szkody wynikające z zastosowania farmakoterapii w celu zaprzestania palenia tytoniu u dorosłych stosujących NTZ, bupropion lub wareniklinę są niewielkie. • Szkody związane z NTZ obejmują: podrażnienie w miejscu narażenia na nikotynę, ból w klatce piersiowej, arytmie i drobne zdarzenia sercowo-naczyniowe (kołatanie serca i bradykardia). • Stwierdzono brak istotnie statystycznie zwiększonej częstości występowania ciężkich zdarzeń niepożądanych w przypadku bupropionu SR. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie wpływu na zwiększone ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych (jakichkolwiek lub poważnych) w przypadku stosowania bupropionu. • Stosowanie warenikliny nie wpływa na wystąpienie zdarzeń niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego ani objawów neuropsychiatrycznych, ale może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem ogólnych ciężkich zdarzeń niepożądanych. • Brak jest wystarczających dowodów na to, aby określić szkodliwość e-papierosów.

²³⁸ US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>, dostęp z 11.04.2023

		<p><u>Bezpieczeństwo u kobiet w ciąży</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieją wystarczające dowody na to, aby stwierdzić, że szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu u kobiet w ciąży są małe lub żadne. Brak jest wystarczających dowodów, aby określić szkody interwencji farmakoterapeutycznych u kobiet w ciąży ze względu na niewielką liczbę dostępnych badań dotyczących NTZ i brak badań opisujących działania/zdarzenia niepożądane po zastosowaniu bupropionu, warenikliny lub e-papierosów.
<p>ATS 2020²³⁹</p>	<p>Farmakoterapia oparta na wareniklinie jako leczenie pierwszego rzutu, Połączenie warenikliny z plastrami nikotynowymi.</p>	<p><u>Wareniklina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Stwierdzono niższe ryzyko poważnych zdarzeń niepożądanych w przypadku zastosowania warenikliny w porównaniu do plastrów nikotynowych – RR=0,72 [95%CI: (0,52, 1,00)]. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w występowaniu poważnych zdarzeń niepożądanych w przypadku zastosowania warenikliny w porównaniu z bupropionem – RR=0,81 [95%CI: (0,57; 1,16)]. Wareniklina w połączeniu z plastrzem nikotynowym może spowodować nieznaczny wzrost działań niepożądanych. Wykazano, że wareniklina w porównaniu do e-papierosów wpływa na mniejsze ryzyko wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych – RR=0,32 [95%CI: (0,071; 0,82)]. W celu wsparcia terapii farmakologicznej, świadczeniodawcy powinni być przygotowani do udzielania pacjentom porad na temat względnego bezpieczeństwa i skuteczności leczenia warenikliną w porównaniu z plastrzem nikotynowym.
<p>USPSTF 2020²⁴⁰</p>	<p>Interwencje behawioralne wśród dzieci i młodzieży i/lub ich rodziców/opiekunków.</p>	<p><u>Bezpieczeństwo interwencji behawioralnych</u></p> <p><i>Prewencja</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieją wystarczające dowody na to, aby stwierdzić, że szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zapobieganie inicjacji palenia u młodzieży są małe, ze względu na nieinwazyjny charakter interwencji i niskie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zdarzeń. <p><i>Leczenie uzależnienia od tytoniu</i></p>

²³⁹ Leone F. T., Zhang Y., Evers-Casey S. et al. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am. J. Respir. Crit. Care. Med. 202(2): e5-e31

²⁴⁰ US Preventive Services Task Force (2020). Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions#bootstrap-panel--7>, dostęp z 11.04.2023

		<ul style="list-style-type: none"> • Istnieją wystarczające dowody na to, aby stwierdzić, że szkody wynikające z prowadzenia interwencji behawioralnych mających na celu zaprzestanie palenia przez młodzież są małe, że względu na nieinwazyjny charakter interwencji i niskie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zdarzeń. • Brak jest wystarczających dowodów na szkodliwość zastosowania farmakoterapii w celu leczenia uzależnienia od tytoniu wśród dzieci i młodzieży.
<p>ACC 2018²⁴¹</p>	<p>Oferowanie farmakoterapii, poradnictwo behawioralne, rozmowy motywacyjne prowadzone wobec osób palących, również w kwestii palenia biernego, przez lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p><u>Częste skutki uboczne wynikające z przyjmowania poniższej farmakoterapii</u></p> <p>Plastry nikotynowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podrażnienie skóry, • problemy ze snem, • koszmary senne. <p>Pastyłki do ssania z nikotyną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podrażnienie jamy ustnej, • czkawka, • zgaga, • nudności. <p>Gumy z nikotyną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podrażnienie jamy ustnej, • bolesność szczęki, • zgaga, • czkawka, • nudności. <p>Inhalator z nikotyną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podrażnienie jamy ustnej i gardła, • kaszel przy zbyt głębokim wdechu,

²⁴¹ American College of Cardiology (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Pozyskano z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718388594?via%3Dihub>, dostęp z 14.04.2023

		<p>Aerozol do nosa z nikotyną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podrażnienie nosa i gardła, • nieżyt nosa, • kichanie, • kaszel, • łzawienie. <p>Wareniklina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nudności, • bezsenność, • koszmary senne, • ból głowy. <p>Bupropion o przedłużonym uwalnianiu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bezsenność, • pobudzenie, • suchość w jamie ustnej, • ból głowy.
<p>ESC 2016²⁴²</p>	<p>Interwencje farmakologiczne oparte na leczeniu warenikliną, bupropionem oraz nikotynową terapią zastępczą.</p>	<p><u>Farmakoterapia u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi</u></p> <p><i>Bupropion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bupropion wpływa na ryzyko wystąpienia drgawek (zgłaszane jako 1/1 000 stosujących ten lek), ale nie wpływa na zwiększone ryzyko wystąpienia problemów neuropsychiatrycznych lub sercowo-naczyniowych. <p><i>Wareniklina</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Do głównych działań niepożądanych warenikliny należą nudności, przy czym przeważnie są one łagodne lub umiarkowane i zwykle ustępują z czasem.

²⁴² Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur. Heart. J. 37(29): 2315-2381

		<ul style="list-style-type: none"> • Nie odnotowano poważnych zdarzeń niepożądanych związanych ze stosowaniem warenikliny u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym.
<p>NCCN 2016²⁴³</p>	<p>Behawioralne i farmakologiczne interwencje w celu leczenia nikotynizmu w całym okresie opieki onkologicznej, NTZ, NTZ skojarzone z warenikliną, bupropion.</p>	<p><u>Bezpieczeństwo stosowania farmakoterapii u pacjentów onkologicznych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • W większości przypadków skutki uboczne leków wspomagających rzucanie palenia są minimalne, a ryzyko jest akceptowalne w porównaniu do kontynuacji palenia. • Świadczeniodawcy powinni zapoznać się z ChPL leku wspomagającego rzucenie palenia, aby uzyskać wyczerpujące informacje na temat potencjalnych skutków ubocznych i ostrzeżeń w przypadku zastosowania ww. farmakoterapii u osób chorych na nowotwór. <p><u>Nikotynowa terapia zastępcza</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wykazano bezpieczeństwo złożonej NTZ, a korzyści przeważają nad potencjalnym ryzykiem. • Personel medyczny powinien mieć na względzie, że poziom nikotyny we krwi pochodzący z NTZ, jest znacznie niższy niż z palenia papierosów. • Dane naukowe sugerują, że NTZ nie jest związany ze zwiększoną liczbą poważnych zdarzeń niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego. • Brak jest wystarczających dowodów na to, że NTZ zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego lub chorób sercowo-naczyniowych. • Nie wykazano zwiększonego ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych ze stosowaniem NTZ u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. • Niektóre dane z badań <i>in vitro</i> sugerują, że nikotyna zwiększa potencjał złośliwości komórek drobnokomórkowego raka płuca i wpływa na chemooporność komórek raka płuc, nabłonka nosa i przerzuty raka trzustki. • W badaniu <i>Lung Health Study</i> wykazano, że NTZ nie była istotnym czynnikiem prognostycznym raka płuc, podczas gdy palenie papierosów – tak. <p><u>Wareniklina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezpieczeństwo stosowania warenikliny zostało szeroko zbadane w celu określenia ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, w szczególności poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych i zmian neuropsychiatrycznych. • Wstępne badania fazy III wykazały, że wareniklina jest bezpieczna i ogólnie dobrze tolerowana w porównaniu z bupropionem lub placebo.

²⁴³ Shields P. G., Herbst R. S., Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 14(11): 1430-1468

		<ul style="list-style-type: none"> • Częste działania niepożądane obejmowały nudności (28-29%), bezsenność (14%) i koszmary senne (10-13%). • Nie zaobserwowano istotnego statystycznie zwiększenia zdarzeń neuropsychiatrycznych w przypadku warenikliny w porównaniu z plastrami nikotynowymi lub placebo. • Nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy przyjmowaniem warenikliny a zwiększonym ryzykiem poważnych zdarzeń niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego. • Na podstawie aktualnej bazy danych naukowych dotyczących zagrożeń dla bezpieczeństwa towarzystwo uważa, wareniklina jest bezpieczna i ma korzystny stosunek ryzyka do korzyści w przypadku palących pacjentów z nowotworem. • Należy natomiast unikać stosowania warenikliny u pacjentów z przerzutami do mózgu, u których w wywiadzie stwierdzono występowanie napadu padaczkowego/ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego. <p><u>Bupropion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bupropion obniża próg drgawkowy. • Ryzyko napadu padaczkowego wśród osób otrzymujących bupropion wynosi 0,1%. • Należy unikać stosowania bupropionu u pacjentów z przerzutami do mózgu, u których w wywiadzie występowało zwiększone ryzyko napadu padaczkowego. • Bupropion, w mniejszym stopniu niż w przypadku warenikliny, wpływa na wystąpienie zdarzeń neuropsychiatrycznych. • W badaniu EAGLES nie zaobserwowano istotnego statystycznie wzrostu zdarzeń neuropsychiatrycznych dla bupropionu w porównaniu z plastrami nikotynowymi lub placebo. • Podobnie, jeśli chodzi o ryzyko poważnych działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego, dowody nie wskazują na zwiększone ryzyko w wyniku stosowania bupropionu w celu zaprzestania palenia.
<p>AAP 2015²⁴⁴</p>	<p>Poradnictwo prowadzone przez lekarza pediatrę dla rodziców i opiekunów dzieci używających tytoniu, Kierowanie do jednostek zajmujących się leczeniem</p>	<p><u>Farmakoterapia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Istnieje zwiększone ryzyko myśli i prób samobójczych zarówno wśród osób kontynuujących palenie, jak i wśród osób leczonych z powodu uzależnienia od tytoniu. • Badania populacyjne sugerują, że odsetek samookaleceń zakończonych i niezakończonych zgonem nie różni się w przypadku dorosłych, którzy otrzymywali wareniklinę, bupropion lub nikotyne.

²⁴⁴ Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. Pediatrics. 136(5): 1008-17

	<p>uzależnienia od tytoniu (np. do telefonicznych linii ds. rzucania palenia), a także zalecanie lub przepisywanie palącym rodzicom i opiekunom odpowiedniej farmakoterapii.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objawy neuropsychiatryczne związane z leczeniem uzależnienia od tytoniu mogą być związane z niewystarczającą kontrolą odstawienia nikotyny. <p><u>E-papierosy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie wykazano, aby e-papierosy były bezpieczne i skuteczne w leczeniu uzależnienia od tytoniu. • W emisjach papierosów elektronicznych wykryto substancje rakotwórcze, toksyczne, metale i krzemiany. • Niektóre z powszechnie stosowanych środków aromatyzujących są znanymi środkami drażniącymi dla dróg oddechowych. • Stężony roztwór nikotyny stosowany w e-papierosach stwarza ryzyko zatrucia dla małych dzieci – zgłoszono zgon dziecka, które zmarło w wyniku przypadkowego połknięcia.
--	--	---

6.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych

Odnalezione dowody wtórne (przeglądy literatury, przeglądy systematyczne oraz metaanalizy) nie raportowały efektywności kosztowej prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących profilaktyki pierwotnej, wtórnej oraz biernego palenia wśród młodzieży i młodych dorosłych.

W jednej natomiast metaanalizie Cahill 2014 opisano badania z lat 80 i 90 XX w., które wykazały efekty ekonomiczne prowadzenia programów zachęcających do rzucania palenia:

- Badanie Windsor 1988 wykazało koszt materiałów związanych z programem rzucania palenia w miejscu pracy na poziomie ok 50 USD na uczestnika. Oceniono również, że koszt interwencji opartej o minimalną poradę z materiałami samopomocowymi oraz wypłacanymi zachętami przy 190 uczestnikach wynosiły 9 500 USD. Oszczędności wynikłe z odsetka rezygnacji z nałogu na poziomie 5,8% wyniósł 9 000 USD (9 pracowników, którzy rzucili palenie przy 1 000 USD/osobę). Stosunek kosztów do zysków ocenione przy interwencji obejmującej materiały samopomocowe i minimalną poradę wraz ofertą dalszych konsultacji, wyszukaniem osoby wspierającej oraz interwencji dodatkowo obejmującej finansową zachętę do rzucenia palenia wynosiła również 9 500 USD, a odsetek abstynentów wyniósł 15%, determinując oszczędności na poziomie 27 000 USD.
- Badanie DePaul 1989 wskazało, że terapia grupowa, składająca się z (podręczników samopomocowych, spotkania grupowego i zachęt) powodowała, że 44 uczestników rzuciło palenie po 12 miesiącach obserwacji względem 26 osób, które rzuciły palenie, nie uczestnicząc w interwencji grupowej. Zachęty i materiały kosztowały około 21 000 USD, w przypadku interwencji grupowej, więc koszt każdej osoby rzucającej palenie w grupie wyniósł 477 USD. Koszt każdej osoby rzucającej palenie w grupie pozbawionej terapii grupowej wynosił 77 USD.
- W badaniu DePaul 1994 oszacowano, że koszty na jedną osobę, która rzuciła palenie w programach antytytoniowych wynosiły:
 - 225-1179 USD w przypadku używania materiałów samopomocowych,
 - 250-699 USD w przypadku stosowania zachęt finansowych,
 - 455-790 USD w przypadku prowadzenia interwencji grupowych,
 - reklamy telewizyjne promujące rzucanie palenia kosztowały 20 000 USD i jeśli tylko 5% palaczy, którzy oglądali reklamę rzuciliby palenie, koszty na 1 osobę wynosiłyby 3 USD.

6.4. Ograniczenia analizy klinicznej

<Jeżeli w odnalezionych badaniach określone były ograniczenia należy je opisać>

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Wyszukiwanie zawężono do publikacji z ostatnich 10 lat (2012-2022).
- Nie przeprowadzono oceny jakości dwóch przeglądów parasolowych z uwagi na brak odpowiedniego narzędzia nacelowanego na ten typ publikacji.
- Występuje stosunkowa duża liczba przeglądów systematycznych, które nie przeprowadziły syntezy liczbowej wyników badań (20 z 66).
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych doniesień naukowych cechowały się dużą heterogenicznością (m.in. zróżnicowane metody raportowania i prezentacji analizowanych danych, różnice w zakresie stosowanych interwencji, różnice w intensywności i częstotliwości prowadzenia interwencji).
- Raportowane wyniki w poszczególnych badaniach nie zawsze były oparte o obiektywne metody oceny abstynencji.
- W oparciu o przeprowadzone analizy, nie było możliwe oddzielenie wyników ze względu na płeć.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych doniesień naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem położenia etnicznego i geograficznego.
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być odmienny od rozwiązań stosowanych w Polsce (znaczna część włączonych badań dotyczyła krajów o wysokim dochodzie (USA, Finlandia, Niemcy, Holandia, UK).

7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego

<Wskazać warunki realizacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz, opinii ekspertów oraz aktów prawnych>

Tabela 15. Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Wszystkie ograniczenia środowiskowe dotyczące palenia tradycyjnych papierosów, np. miejsca pracy wolne od dymu, powinny w równym stopniu dotyczyć e-papierosów (ACPM 2018).
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> Trenerzy, którzy pracują z młodzieżą przy realizacji programów interwencyjnych powinni być wybierani spośród osób niepalących lub byłych palaczy (NIZP PZH-PIB 2020). Interwencje rówieśnicze w szkołach powinny być prowadzone przez młodych ludzi wyznaczonych przez samych uczniów (liderzy rówieśniczy mogą być w tym samym lub starszym wieku), którzy otrzymują wsparcie od osób dorosłych posiadających odpowiednią wiedzę fachową (NICE 2023). Należy zapewnić, że wszyscy pracownicy udzielający porad za pośrednictwem telefonu otrzymają szkolenie w zakresie rzucania palenia (co najmniej w zakresie krótkich interwencji pomagających osobom rzucić palenie) (NICE 2023). Należy przeszkolić pracowników oferujących doradztwo w ramach linii rzucania palenia, tak aby spełniali standardy szkoleniowe NCSCT (indywidualne doradztwo behawioralne). Najlepiej, aby posiadali oni również odpowiednie kwalifikacje w zakresie doradztwa. Szkolenie powinno być zgodne ze standardem szkoleniowym NCSCT (ang. National Centre for Smoking and Training) (NICE 2023). Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego pierwszej linii do udzielania krótkich porad na temat rzucania palenia. Należy również przeszkolić personel w zakresie wystawiania skierowań do instytucji specjalistycznych (NICE 2023). Wszystkie położne powinny zostać przeszkolone w zakresie oceny i rejestrowania statusu osób palących oraz ich gotowości do rzucenia palenia (NICE 2023). Klinicyści zajmujący się zdrowiem dzieci powinni dążyć do osiągnięcia równego dostępu do ochrony zdrowia, powinni być świadomi wszelkich osobistych uprzedzeń i/lub dysproporcji kulturowych oraz pracować nad zapewnieniem wysokiej jakości opieki, która jest inkluzywna, sprawiedliwa, wrażliwa kulturowo i dostosowana do wieku (AAP 2021). Każdy pracownik ochrony zdrowia powinien zostać przeszkolony w zakresie udzielania krótkich porad/minimalnych interwencji osobom palącym (NZMH 2021). Każda osoba udzielająca wsparcia behawioralnego powinna być kompetentna w tym zakresie (NZMH 2021). Pielęgniarka powinna być niepalącym wzorem do naśladowania nie tylko dla swoich pacjentów, ale także w środowisku pracy, domach i innych społecznościach (ANA 2020). Należy edukować pielęgniarki w zakresie odpowiednich kulturowo i opartych na dowodach strategii zapobiegania używaniu tytoniu (ANA 2020). Świadczeniodawcy powinni być przygotowani do udzielania pacjentom porad na temat względnego bezpieczeństwa i skuteczności leczenia warenikliną w porównaniu z plastrzem nikotynowym (ATS 2020). Lekarze powinni być przygotowani do przedstawienia dowodów dotyczących ryzyka i korzyści związanych z e-papierosami pacjentom, którzy o nie pytają (AAC 2018). Terapia behawioralna powinna być prowadzona przez specjalistę ds. leczenia uzależnienia od nikotyny lub wyspecjalizowanego pracownika (np. pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego) przeszkolonego w zakresie strategii motywacyjnych i behawioralnych związanych z rzucaniem palenia (NCCN 2016).

Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono.
---------------------	--

Tabela 16. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii ekspertów

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Sale dla maksymalnie 15 osób [Zal 1]. Standardowe warunki lokalowe dla podmiotu leczniczego [Zal 2]. Prowadzenie efektywnych działań dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu nie wymaga żadnych specjalistycznych warunków lokalowych [Zal 3].
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> Lekarze i/lub „biały personel” z wykształceniem wyższym [Zal 1]. Lekarz i pielęgniarka POZ lub pracownik pionu promocji zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej – z uwagi na zakres tematyczny wystarczy podstawowa wiedza z zakresu poradnictwa antytytoniowego – 5P [Zal 2]. Personel powinien znać aktualne dane epidemiologiczne na temat używania wyrobów nikotynowych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem różnic socjogeograficznych [Zal 2]. Personel medyczny powinien być przeszkolony w zakresie prowadzenia profilaktyki, a szczególnie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu. Szkolenia tego typu zostały przygotowane i opublikowane przez nasz zespół i są dostępne [Zal 3].
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Spirometr – demonstracja chorego na POChP i osoby zdrowej (uczestnika) [Zal 1]. Monitor, filmy, wideo, książki itd. [Zal 1]. Manekin „płuca palacza” i osoby zdrowej, niepalącej [Zal 1]. Kącik laboratoryjny z substancjami szczególnie smolistymi, zawartymi w wyrobach tytoniowych [Zal 1]. Prowadzenie efektywnych działań dla ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu nie wymaga żadnego specjalistycznego sprzętu [Zal 3].

Tabela 17. Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (załącznik do rozporządzenia, lp.1 – Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP)

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<p><u>Etap podstawowy (poradnictwo antynikotynowe oraz diagnostyka i profilaktyka POChP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. <p><u>Etap specjalistyczny</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.
Wymagania wobec personelu	<p><u>Etap podstawowy (poradnictwo antynikotynowe oraz diagnostyka i profilaktyka POChP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy dodatkowym udziale pielęgniarki lub położnej posiadających udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, badanie spirometryczne wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę posiadającą tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub po kursie specjalistycznym w tym zakresie. <p><u>Etap specjalistyczny</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz, z co najmniej rocznym stażem pracy w zawodzie, posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu,

	<ul style="list-style-type: none"> • psycholog, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu lub • specjalista psychoterapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub • osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.), • pielęgniarka lub położna posiadające udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu.
<p>Wymagania sprzętowe</p>	<p><u>Etap podstawowy (poradnictwo antynikotynowe oraz diagnostyka i profilaktyka POChP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: <ul style="list-style-type: none"> ○ podstawowy zestaw reanimacyjny, ○ spirometr lub przystawka spirometryczna spełniająca następujące minimalne wymagania techniczne: <ul style="list-style-type: none"> ▪ funkcja mierzenia i rejestrowania zmiennych: FEV1 i FVC oraz wydechowej części krzywej przepływ-objętość, czułość pomiaru: $\pm 3\%$ lub 0,05 L; zakres: 0-8 L; czas: 1 i 15 sek., ▪ prezentacja wyników pomiarów w wartościach należnych według ECCS/ERS, ▪ możliwość obserwacji wydechowej części krzywej przepływ-objętość w czasie wykonywania badania, ▪ funkcja prezentacji i archiwizacji wyniku (wydruk), ▪ rejestracja wydechowej części krzywej przepływ-objętość, ▪ prezentacja wyników trzech pomiarów spirometrycznych w wartościach bezwzględnych i procentach wielkości należnej (według ECCS/ERS), ▪ funkcja obliczania wskaźnika FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej oraz wyrażonej jako procent wielkości należnej; • pozostałe wyposażenie: <ul style="list-style-type: none"> ○ zestaw przeciwstrząsowy, ○ waga medyczna ze wzrostomierzem, ○ aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, ○ kozetka lekarska, ○ stół zabiegowy, ○ szafka przeznaczona do przechowywania leków i wyrobów medycznych. <p><u>Etap specjalistyczny</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: <ul style="list-style-type: none"> ○ aparat do pomiaru ciśnienia krwi, ○ aparat do pomiaru stężenia tlenu w wydychanym powietrzu, ○ waga medyczna ze wzrostomierzem.

Tabela 18. Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem MZ ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (świadczenia antynikotynowe)

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<p><u>Realizacja świadczeń gwarantowanych:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • w warunkach stacjonarnych, • w warunkach dziennych, • w warunkach ambulatoryjnych (świadczenia te mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń (Dz.U. 2020 poz. 456). <p><u>Sesja psychoterapii indywidualnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 50 godzin w okresie roku. <p><u>Sesja psychoterapii rodzinnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut. <p><u>Sesja psychoterapii grupowej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • czas trwania sesji wynosi co najmniej 120 minut w ciągu dnia oraz do 240 godzin w okresie roku. <p><u>Sesja psychoedukacyjna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • czas trwania sesji wynosi co najmniej 60 minut w ciągu dnia oraz do 160 godzin w okresie roku.
Wymagania wobec personelu	<p><u>Porada lub wizyta diagnostyczna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, • specjalista psychologii klinicznej lub • psycholog kliniczny, lub • psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub • psycholog posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień. <p><u>Porada lub wizyta terapeutyczna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny lub • psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub • psycholog, lub • specjalista psychoterapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień. <p><u>Porada lub wizyta lekarska:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub • lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub • lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. <p><u>Wizyta instruktora terapii uzależnień:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub

	<ul style="list-style-type: none"> • instruktor terapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień. <p><u>Sesja psychoterapii indywidualnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub • osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <p><u>Sesja psychoterapii rodzinnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub • osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <p><u>Sesja psychoterapii grupowej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub • osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub • instruktor terapii uzależnień. <p><u>Sesja psychoedukacyjna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub • instruktor terapii uzależnień, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, lub • osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, lub • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.
<p>Wymagania sprzętowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie określono.

8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym

<Wskazać wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz oraz opinii ekspertów>

Tabela 19. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w projektach PPZ oraz opiniach Prezesa AOTMiT

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
<p>34/2019 z dnia 15 marca 2019 r.</p> <p>Opinia prezesa: warunkowo-pozytywna</p>	<p>Wskaźniki przedstawione w projekcie PPZ</p> <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji w wieku 15-26 lat w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych (wzrost o ok. 20%) – miernik weryfikowany za pomocą zestawień statystycznych przed wdrożeniem Programu w podmiotach leczniczych i po zakończeniu Programu (mierzony tylko w podmiotach leczniczych objętych programem). • Liczba wykonanych badań przesiewowych w kierunku stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w POZ, przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – min. 31 tys. • Liczba osób objętych krótką interwencją w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – min. 6 tys. • Odsetek osób u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) – miernik weryfikowany na podstawie zestawień statystycznych z podmiotów leczniczych realizujących Program (na podstawie karty oceny skuteczności krótkiej interwencji) – co najmniej 15%. • Odsetek uczestników szkoleń (lekarze, pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, personel IP/SOR) deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu – co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety przed i po szkoleniu w formie e-learning). • Liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych), którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning – co najmniej po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie. • Odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi (miernik weryfikowany za pomocą ankiet na stronie internetowej oraz ankiet przeprowadzanych przed wdrożeniem programu i po jego zakończeniu). • Liczba rozkolportowanych broszur informacyjno-edukacyjnych dotyczących prowadzonych w ramach Programu działań – co najmniej 10 razy więcej sztuk niż osób objętych badaniami. <p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób, u których przeprowadzono badanie przesiewowe. • Liczba osób, u których przeprowadzono krótką interwencję. • Liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach e-learningowych (w podziale na pielęgniarki pracujące w POZ, pielęgniarki pracujące w szpitalu, lekarzy POZ, lekarzy pracujących w szpitalach, edukatorów zdrowia). • Liczba odsłon stron internetowych.

	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba wypełnionych testów przesiewowych na stronie internetowej programu. • Liczba udzielonych porad poprzez moderowane forum na stronie internetowej Programu. • Liczba placówek POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych, zawierających w swoich strukturach IP i/lub SOR, biorących udział w programie. • Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Możliwość zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów. • Wypełnienie ankiety satysfakcji dotyczącej m.in. programu i jakości świadczonych usług. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w populacji osób w wieku 15-26 lat w POZ, w tym przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych – o ok. 20%. • Odsetek osób, u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie natężenia przyjmowania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych) – miernik weryfikowany na kolejnej wizycie kontrolnej w POZ, przychodni studenckiej – co najmniej 15%. • Odsetek uczestników szkoleń deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu – co najmniej 80% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety przed i po szkoleniu). • Liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich, szpitali ogólnych, którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning – co najmniej po 3 osoby z danego podmiotu biorącego udział w programie. • Odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – co najmniej 50% osób objętych akcjami edukacyjno-informacyjnymi (miernik weryfikowany za pomocą ankiet na stronie internetowej). <p>Wskaźniki przedstawione w opinii Prezesa Agencji</p> <p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba/odsetek osób, które zrezygnowały/nie zakwalifikowały się do udziału w programie ze wskazaniem przyczyny.
<p>111/2013 z dnia 22 kwietnia 2013 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p>Wskaźniki przedstawione w projekcie PPZ</p> <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • U 70-100 osób wykryje się raka płuca, w większości we wczesnym stadium, które umożliwia skuteczne wyleczenie. • 1 500 osób uwidoczni się zwapnienia w tętnicach wieńcowych w skali CAC Score >4. • U ponad 3 000 osób rozpozna się nieprawidłowy poziom cholesterolu. • U 4 900 osób stwierdzone zostanie nieprawidłowe ciśnienie tętnicze krwi. <p><u>Ocena zgłaszalności do programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób w populacji objętej programem. • Liczba osób, które zgłosiły się na badania w ramach programu. • Liczba osób z prawidłowymi wynikami badań. • Prowadzenie komputerowej bazy odbiorców programu.

	<ul style="list-style-type: none"> • Liczby osób, u których zostały wykryte łagodne zmiany. • Liczba osób z podejrzeniem raka płuc. • Liczba osób, u których wykryto raka płuc lub/i choroby sercowo-naczyniowe. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wypełnienie ankiety satysfakcji dotyczącej zadowolenia świadczeniobiorców. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza realizacji zadań/efektów etapowych. • Analiza stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu. • Analiza zdarzeń niepożądanych. • Podjęcie decyzji, czy należy program kontynuować, zmodyfikować czy zaprzestać. • Stworzenie rejestru hospitalizacji i zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych.
<p>216/2012 z dnia 19 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p>Wskaźniki przedstawione w projekcie PPZ</p> <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość kobiet objętych programem. • Ilość i rodzaj wykrytych patologii ogólnoustrojowych ciężarnych. • Analiza stanu uzębienia ciężarnych. • Wskaźnik ilości osób palących tytoń. • Ilość stwierdzonych innych ryzykownych zachowań (substancje psychoaktywne, leki i inne czynniki ryzyka). • Ilość wykrytych zaburzeń odżywiania. • Ilość zidentyfikowanych problemów socjalno-bytowych. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Karta oceny” wypełniona przez zbadane pacjentki. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocenę efektywności i skuteczności oraz monitorowanie Programu prowadzić będzie Koordynator Programu we współpracy z Departamentem Polityki Zdrowotnej Urzędu.
<p>69/2011 z dnia 22 sierpnia 2011 r.</p> <p>Opinia prezesa: negatywna</p>	<p>Wskaźniki przedstawione w opinii Prezesa Agencji</p> <p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Poziom wiedzy uczestników przed i po szkoleniu. • Pomiar początkowy wskaźników epidemiologicznych (zwłaszcza rozpowszechnienia palenia tytoniu). <p><u>Ocena zgłaszalności do programu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba uczestników.

Tabela 20. Wskaźniki monitorowania i ewaluacji wskazane w Zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (załącznik nr 6: Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych, w tym POCHP)

Etap programu	Zaproponowane wskaźniki
<p>Podstawowy</p>	<p><u>Skuteczność zapraszania na badania:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,

	<ul style="list-style-type: none"> • liczba osób spoza listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem, • liczba osób objętych Programem ogółem. <p><u>Efekty badań:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia, • liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym, • liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka POChP, • liczba osób z rozpoznaniem POChP, • liczba osób skierowanych do etapu specjalistycznego.
Specjalistyczny	<p><u>Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba osób objętych programem, • liczba osób uzależnionych od tytoniu, • liczba osób umotywowanych do zaprzestania palenia, • liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia, • liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym, • liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie specjalistycznym, • liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia, • terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią), • leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią), • liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.

Tabela 21. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach ekspertów

Opinia eksperta	Zaproponowane wskaźniki
<p>Prof. dr hab. n. med. Lucyna Mastalerz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla woj. małopolskiego [Zal 1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porównanie grupy biorącej udział w programie profilaktycznym z identyczną grupą bez profilaktyki.
<p>Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego [Zal 2]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób, które rzuciły palenie w okresie prowadzenia programu. • Odsetek osób, które podjęły próbę rzucenia palenia w okresie prowadzenia programu. • Odsetek osób, które uczestniczyły w kolejnych wizytach w ramach programu. • Odsetek nastolatków rozpoczynających inicjację nikotynową.
<p>Prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – Prezes Fundacji „Promocja Zdrowia” [Zal 3]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pomiar tlenu węgla w powietrzu wydychanym palacza. • Test Fagerströma. • Różne substesty.

9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania

Odnalezione rekomendacje kliniczne i doniesienia naukowe, obowiązujące rozporządzenia oraz uzyskane opinie ekspertów klinicznych wskazują jednoznacznie na zasadność prowadzenia programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu (nikotyny).

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą sfery psychicznej i fizycznej, polegającą na przymusowym i stałym zażywaniu nikotyny. Wiąże się ona z długotrwałym, codziennym używaniem wyrobów produkowanych z tytoniu, zawierających nikotynę ekstrahowaną z tytoniu bądź syntetyzowaną chemicznie. W kategoriach medycznych przewlekłe palenie definiowane jest jako: uzależnienie od tytoniu, uzależnienie od nikotyny, nałóg tytoniowy lub nikotynizm (ENSP 2020). Inicjacja nikotynowa często ma swój początek w okresie dojrzewania lub młodości. Badania przeprowadzone w 2009-2010 roku wskazywały, że 36% wszystkich palaczy w Polsce rozpoczęło swój nałóg poniżej 17 r.ż., a kolejne 55% między 18 a 24 r.ż. (NIZP PZH-PIB 2020). Dym tytoniowy jest uznany za kancerogen najwyższej klasy tzn., że nie ma żadnych wątpliwości co do jego rakotwórczego działania. Dym tytoniowy jest główną przyczyną raka płuca. Wykazano także jednoznaczny związek między paleniem tytoniu a występowaniem raka jamy ustnej i nosowej, zatok, gardła, krtani, przełyku, żołądka, trzustki, jelita grubego, wątroby, nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, szyjki macicy, jajnika, białaczki, a także raka piersi u kobiet (WHO/IARC 2004).

W polskim badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIZP PZH-PIB w 2020 r. regularne palenie tytoniu zadeklarowało 23,1% mężczyzn i 14,9% kobiet. Codzienne stosowanie wyrobów elektronicznych z nikotyną zadeklarowało 10,8% mężczyzn i 7,1% kobiet. Zgodnie z wynikami badania PolNicoYouth, 60% wszystkich badanych nastolatków miało za sobą inicjację nikotynową, podczas gdy 30% uczniów kontakt z nikotyną rozpoczęło od e-papierosa. Ponadto, młodzież używa częściej e-papierosów (29,5%) niż z tradycyjnych papierosów (26,2%) (NIZP-PZH 2020) (BSCh 2021).

Odnalezione rekomendacje dotyczące profilaktyki i leczenia uzależnień od tytoniu (nikotyny) wskazują na potrzebę m.in. opracowania ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej, zakładającej bezwzględny zakaz palenia w szkołach oraz prowadzenia działań edukacyjnych prowadzonych przez dorosłych i rówieśników (NICE 2023, AAPD 2020, NIZP PZH-PIB 2020, ACPM 2018, AAP 2015). Ponadto, rekomendacje wskazują na potrzebę organizowania, planowania i realizacji ogólnokrajowych, regionalnych bądź lokalnych kampanii edukacyjnych za pośrednictwem środków masowego przekazu, mających na celu zapobieganie inicjacji palenia wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie świadomości społeczeństwa na temat uzależniającego i szkodliwego charakteru wyrobów tytoniowych (NICE 2023, AAPD 2020, Niezależny europejski zespół ekspertów 2019, WHO 2013). W ramach profilaktyki wtórnej odnaleziono rekomendacje wskazujące na konieczność identyfikacji palących pacjentów oraz każdorazowej dokumentacji ich statusu palenia (NICE 2023, MZPE 2022, NCEC 2022, AAP 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, AAPD 2020, ANA 2020, ACC 2018, ACPM 2018, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015). W celu podjęcia działań ukierunkowanych na zaprzestanie lub ograniczenie palenia wśród osób uzależnionych od tytoniu, zdecydowana większość wytycznych podkreśla istotę przeprowadzania minimalnej interwencji/krótkiej porady opartej na zasadzie 5P oraz oferowania wsparcia i poradnictwa behawioralnego (w ramach terapii poznawczo-behawioralnej, rozmów motywacyjnych, treningu umiejętności) w połączeniu z farmakoterapią wspomagającą rzucanie palenia (NTZ, bupropion, wardeniklina) (NICE 2023, CBH 2022, NCEC 2022, AAP 2021, CDC 2021, NZMH 2021, RACGP 2021, USPSTF 2021, AAPD 2020, ACOG 2020, ANA 2020, ATS 2020, ACC 2018, CTFPHC 2017, ATTUD/SRNT 2016, ESC 2016, NCCN 2016, AAP 2015).

Eksperti kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia przez JST programów profilaktyki uzależnień od tytoniu ze względu na to, że dane epidemiologiczne wskazują na wysoki odsetek osób palących w Polsce (ok. 25% populacji), a palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn występowania niezakaźnych chorób przewlekłych, w tym nowotworów oraz przedwczesnej umieralności z powodu chorób odtytoniowych. Eksperti podkreślają, iż interwencje w zakresie profilaktyki odtytoniowej powinny w pierwszej kolejności skupiać się na edukacji oraz ograniczaniu narażenia na bierne palenie poprzez egzekwowanie zakazów, wzrost oznakowania i audyty polityk antytytoniowych. Ponadto eksperci wskazują na potrzebę zaostrzenia prawa w stosunku do całego rynku tytoniowego tj. wprowadzanie zakazów sprzedaży papierosów oraz podnoszenia cen wyrobów tytoniowych. Głównymi celami programów profilaktycznych zdaniem ekspertów powinno być ograniczenie osób deklarujących zażywanie wyrobów tytoniowych (o 10%) oraz odsetka nastolatków rozpoczynających inicjację nikotynową (o 10%).

Obecnie w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, realizowany jest cel operacyjny – „profilaktyka uzależnień”. Głównym podmiotem odpowiedzialnym za realizację tego celu jest Minister właściwy

do spraw zdrowia we współpracy z Ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, wewnętrznych, rodziny, zabezpieczenia społecznego, szkolnictwa wyższego i nauki, finansów publicznych, rolnictwa, rynków rolnych, gospodarki, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości. Wysokość finansowania celów operacyjnych NPZ wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym nie więcej niż 30 mln zł przeznaczone jest na finansowanie celu operacyjnego „profilaktyka uzależnień”. Środki na omawiany cel pochodzą z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu Państwa. W ramach świadczeń finansowanych przez NFZ dostępne są 304 placówki „poradni leczenia uzależnień”, jednakże większość placówek nie specjalizuje się w leczeniu uzależnień od tytoniu (realnie działają 3 specjalistyczne poradnie pomocy palącym – w Warszawie, Gdańsku i Krakowie). W obecnej sytuacji programy polityki zdrowotnej realizowane przez JST mogą stanowić uzupełnienie obecnie realizowanych działań, zwiększyć dostępność do działań profilaktycznych realizowanych w ramach ww. programów i świadczeń gwarantowanych oraz umożliwią uzyskanie dokładniejszych danych na temat efektywności rekomendowanych działań.

10. Piśmiennictwo

<Sporządzić zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa wg poniższego wzoru tabeli. W „Piśmiennictwie” należy uwzględnić publikacje z badań, rekomendacje, książki i inne publikacje oraz doniesienia konferencyjne (wszystkie źródła wykorzystane w opracowaniu Raportu). Układ alfabetyczny (wg skrótów). W przypadku rekomendacji tych samych organizacji i z tego samego roku, mających inną treść, skróty w tabeli należy formułować w następujący sposób: AAP 2014, AAP 2014A, AAP 2014B. >

Źródła rekomendacji	
AAP 2021	American Academy of Pediatrics (2021). Practice Tools to Address Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure. Pozyskano z: https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/clinical-practice/practice-tools-to-address-tobacco-use-and-secondhand-smoke-exposure/ , dostęp z 31.10.2022
CDC 2021	Centers for Disease Control and Prevention (2021). Clinical Interventions to Treat Tobacco Use and Dependence Among Adults. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/patient-care/care-settings/clinical/index.html , dostęp z: 06.10.2022
NCEC 2022	Department of Health (2022). Stop Smoking (NCEC National Clinical Guideline No. 28). Pozyskano z: https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines , dostęp z 22.08.2022
MZPE 2022	Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7/8: 24-40
AAPD 2020	American Academy of Pediatric Dentistry (2022). Policy on tobacco use. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 103-7
NICE 2023	National Institute for Health and Care Excellence (2023) Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE Guideline 209. Pozyskano z: www.nice.org.uk/guidance/ng209 , dostęp z 13.04.2023
NZMH 2021	Ministry of Health – New Zealand (2021). Background and Recommendations for the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking, Wellington, Ministry of Health
RACGP 2021	The Royal Australian College of General Practitioners (2021). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. Pozyskano z: https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation , dostęp z 25.08.2022
USPSTF 2021	US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions , dostęp z 11.04.2023
ACOG 2020	The American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Committee Opinion. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. Pozyskano z: https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy.pdf , dostęp z 31.10.2022
ANA 2020	American Nurses Association (2020). Position statement – Prevention and Cessation of Tobacco and Other Nicotine Products. (2020). Pozyskano z: https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/prevention-and-cessation-of-tobacco-and-other-nicotine-products/ , dostęp z 31.10.2022
ATS 2020	Leone F. T., Zhang Y., Evers-Casey S. et al. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am. J. Respir. Crit. Care. Med. 202(2): e5-e31
CBH 2022	Community Behavioral Health (2022). Clinical Guidelines: Treatment of Tobacco Use Disorder. Pozyskano z: https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_TUD-Treatment_2022-08.pdf , dostęp z 30.10.2022
NZIP PZH-PIB 2020	Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z:

	https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf , dostęp z 01.11.2022
USPSTF 2020	US Preventive Services Task Force (2020). Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions#bootstrap-panel--7 , dostęp z 11.04.2023
CPSTF 2019	Community Preventive Services Task Force (2019). Tobacco Use: Internet-based Interventions to Increase Tobacco Use Cessation. Pozyskano z: https://www.thecommunityguide.org/findings/tobacco-use-internet-based-cessation-interventions.html , dostęp z 29.08.2022
Niezależny zespół ekspertów 2019	Willemsen M. C., Walters B. H., Kotz D. et al. (2019). Recommendations on how to achieve tobacco-free nations in Europe. <i>Tob. Prev. Cessat.</i> 5: 24
ACC 2018	American College of Cardiology (2018). 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Pozyskano z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718388594?via%3Dihub , dostęp z 14.04.2023
ACPM 2018	Livingston C. J., Freeman R. J., Costales, V. C. et al. (2019). Electronic Nicotine Delivery Systems or E-cigarettes: American College of Preventive Medicine's Practice Statement. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 56(1): 167-178
KPE 2018	Rzyman W., Didkowska J., Dziedzic R. et al. (2018). Consensus statement on a screening programme for the detection of early lung cancer in Poland. <i>Adv. Respir. Med.</i> 86(1): 53-74
CTFPHC 2017	Thombs B. D., Jaramillo Garcia A., Reid D. et al. (2017). Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. <i>CMAJ.</i> 189(8):E310-E316
ATTUD/SRNT 2016	Fucito L. M., Czabaty S., Hendricks P. S. et al. (2016). Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)/Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Synergy Committee. (2016). Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. <i>Cancer.</i> 122(8): 1150-1159
ESC 2016	Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). <i>Eur. Heart. J.</i> 37(29): 2315-2381
NCCN 2016	Shields P. G., Herbst R. S, Arenberg D. et al (2016). Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. <i>J. Natl. Compr. Canc. Netw.</i> 14(11): 1430-1468
AAP 2015	Farber H. J., Walley S. C., Groner J. A. et al. (2015). Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. <i>Pediatrics.</i> 136(5): 1008-17
CDC/NIOSH 2015	Castellan R. M., Chosewood L. C., Trout D. et al. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-113/default.html , dostęp z 30.10.2022
WHO 2013	World Health Organization (2013). WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 – 2013 edition. Pozyskano z: https://apps.who.int/iris/handle/10665/80510 , dostęp z 31.10.2022

Źródła przeglądów systematycznych	
Bała 2017	Bala M., Strzeszynski L., Topor-Madry R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 11(11): CD004704
Behbod 2018	Behbod B., Sharma M., Baxi R. et al. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 1(1): CD001746
Brown 2017	Brown N., Lockett T., Davidson P. et al. (2017). Family-focussed interventions to reduce harm from smoking in primary school-aged children: a systematic review of evaluative studies. <i>Prev. Med.</i> 101: 117-125
Cahill 2014	Cahill K., Lancaster T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2: CD003440
Carson-Chahhoud 2017	Carson-Chahhoud K., Ameer F., Sayehmiri K. et al. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6 (6):CD001006
Carson-Chahhoud 2019	Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD003698
Chang 2015	Chang P., Chiang C., Ho W. et al. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>BMC Public Health.</i> 22(15): 689
Cheng 2012	Cheng H., Chung Y., Chen H., et al. (2012). Systematic review and meta-analysis of the effects of acupoint stimulation on smoking cessation. <i>Am. J. Chin. Med.</i> 40(3): 429-442
Choi 2021	Choi Y., Lee C., Cho B., et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: A rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. <i>Osong. Public Health Res. Perspect.</i> 12(3): 177-186
Clair 2019	Clair C., Mueller Y., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD004705
Coppo 2014	Coppo A., Galanti M., Giordano L. et al. (2014). School policies for preventing smoking among young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2014(10): CD009990
Corepal 2018	Corepal R., Tully M., Kee F. et al. (2018). Behavioural incentive interventions for health behaviour change in young people (5-18 years old): A systematic review and meta-analysis. <i>Prev. Med.</i> 110: 55-66
Dai 2021	Dai R., Cao Y., Zhang H. et al. (2021). Comparison between acupuncture and nicotine replacement therapies for smoking cessation based on randomized controlled trials: a systematic review and bayesian network meta-analysis. <i>Evid. Based. Complement. Alternat. Med.</i> 2021: 9997516
Darabseh 2022	Darabseh M., Selfe J., Morse C. et al. (2022). Does aerobic exercise facilitate vaping and smoking cessation: a systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 19(21): 14034
Derksen 2020	Derksen M., Van Strijp S., Kunst A. et al. (2020). Serious games for smoking prevention and cessation: A systematic review of game elements and game effects. <i>J. Am. Med. Inform. Assoc.</i> 27(5): 818-833
de Kleijn 2015	de Kleijn M. J., Farmer M., Booth M. et al (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. <i>Syst. Rev.</i> 4: 109
Di 2014	Di Y., May B., Zhang A. et al. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. <i>Drug. Alcohol. Depend.</i> 142: 14-23
Do 2018	Do H., Tran B., et al. (2018). Which eHealth interventions are most effective for smoking cessation? A systematic review. <i>Patient. Prefer. Adherence.</i> 12: 2065-2084

Fanshawe 2017	Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 11(11): CD003289
Fanshawe 2019	Fanshawe T., Hartmann-Boyce J., Perera R. et al. (2019). Competitions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2: CD013272
Faseru 2018	Faseru B., Richter K., Scheuermann T. et al. (2018) Enhancing partner support to improve smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 8: CD002928
Ghorai 2014	Ghorai K., Akter S., Khatun F. et al. (2014). mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. <i>J. Pers. Med.</i> 4(3): 412-23
Graham 2016	Graham A., Carpenter K., Cha S. et al. (2016). Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. <i>Subst. Abuse. Rehabil.</i> 7: 55-69
Hartmann-Boyce 2018	Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C, Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD000146
Hartmann-Boyce 2019	Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6: CD009670
Hartmann-Boyce 2022	Hartmann-Boyce J., Lindson N., Butler A. et al. (2022). Electronic cigarettes for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 11: CD010216
Hagerman 2021	Hagerman C., Hoffman R., Vaylay S. et al. (2021). Implementation intentions to reduce smoking: A systematic review of the literature. <i>Nicotine. Tob. Res.</i> 23(7): 1085-1093
Hamilton 2013	Hamilton F., Greaves F., Majeed A. et al (2013). Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review. <i>Tob. Control.</i> 22(1): 3-8
Hefler 2017	Hefler M., Liberato S., Thomas D. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 6: CD008645
Hiemstra 2017	Hiemstra M., de Leeuw R., Engels R. et al. (2017). What parents can do to keep their children from smoking: A systematic review on smoking-specific parenting strategies and smoking onset. <i>Addict. Behav.</i> 70: 107-128
Holliday 2021	Holliday R., Hong B., McColl E. et al. (2021). Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2: CD005084
Hubbard 2016	Hubbard G., Gorely T., Ozakinci G. et al. (2016). A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. <i>BMC Fam. Pract.</i> 17: 73
Isensee 2012	Isensee B., Hanewinkel R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. <i>Eur. Addict. Res.</i> 18(3): 110-115
Krishnan 2021	Krishnan N., Gu J., Abrams L. (2021). Mobile phone-based messaging for tobacco cessation in low and middle-income countries: A systematic review. <i>Addict. Behav.</i> 113: 106676
Keilani 2022	Keilani M., Steiner M., Crevenna R. (2022). The effect of biofeedback on smoking cessation—a systematic short review. <i>Wien. Klin. Wochenschr.</i> 134(Suppl 1): 69-76
Lancaster 2017	Lancaster T., Stead L. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD001292
Lindson 2019a	Lindson N., Klemperer E., Hong B. et al. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9: CD013183
Lindson 2019b	Lindson N., Thompson T., Ferrey A. et al. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 7: CD006936
Lindson 2021	Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9: CD011556

Livingstone-Banks 2019	Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 1: CD001118
Lotfy 2020	Lotfy N., Elsayah H., Hassan M. (2020). Topiramate for smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. <i>Tob. Prev. Cessat.</i> 6: 14
Luo 2021	Luo T., Li M. S., Williams D. et al. (2021). Using social media for smoking cessation interventions: a systematic review. <i>Perspect. Public Health.</i> 141(1): 50-63
Mannocci 2019	Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. <i>Health. Policy.</i> 123(5): 480-491
Marcano-Belisario 2012	Marcano Belisario J., Bruggeling M., Gunn L. et al. (2012) Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 12: CD009187
Matkin 2019	Matkin W., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. et al (2019). Telephone counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD002850
Myung 2019	Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Nicotine. Tob. Res.</i> 21(11): 1473-1479
Nanninga 2018	Nanninga S., Lhachimi S., Bolte G. (2018). Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Public Health.</i> 18(1): 749
Notley 2019	Notley C., Gentry S., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Incentives for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 7(7): CD004307
Park 2015	Park, E. and Drake, E. (2015), Systematic Review: Internet-Based Program for Youth Smoking Prevention and Cessation. <i>Journal of Nursing Scholarship.</i> 47: 43-50
Patnode 2013	Patnode C., O'Connor E., Whitlock E. et al. (2013). Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. <i>Ann. Intern. Med.</i> 158(4): 253-260
Peirson 2016	Peirson L., Ali M., Kenny M. et al. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>Prev. Med.</i> 85: 20-31
Rice 2017	Rice V., Heath L., Livingstone-Banks J. et al. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 12: CD001188
Selph 2020	Selph S., Patnode C., Bailey S. et al. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. <i>JAMA.</i> 323(16): 1599-1608
Shackleton 2016	Shackleton N., Jamal F., Viner R., et al. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. <i>J. Adolesc. Health.</i> 58(4): 382-396
Stead 2013	Stead L. F., Buitrago D., Preciado N. et al. (2013). Physician advice for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD000165
Stead 2016	Stead L. F., Koilpillai P., Fanshawe T. R. et al. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD008286
Suls 2012	Suls J., Luger T., Curry S. et al. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 42(6): 655-662
Taylor 2017	Taylor G., Dalili M., Semwal M. et al. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9(9): CD007078
Thomas 2013a	Thomas R., Lorenzetti D., Spragins W. (2013). Systematic review of mentoring to prevent or reduce tobacco use by adolescents. <i>Acad. Pediatr.</i> 13(4): 300-3007

Thomas 2013b	Thomas R. E., McLellan J., Perera R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2013(4): CD001293
Thomas 2015	Thomas R., Baker P., Thomas B. et al. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2015(2): CD004493
Tzelepis 2019	Tzelepis F., Paul C., Williams C. et al. (2019). Real-time video counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD012659
Ussher 2019	Ussher M. H., Faulkner G. E. J., Angus K. et al. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD002295
Whittaker 2019	Whittaker R., McRobbie H., Bullen C. et al. (2019). Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD006611
Villanti 2020	Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 59(1): 123-136
Zhou 2019	Zhou Y., Mak Y., Ho G. (2019). Effectiveness of Interventions to Reduce Exposure to Parental Second hand Smoke at Home among Children in China: A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 16(1): 107
Problem zdrowotny/epidemiologia	
BASiW 2023	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2023). Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/ , dostęp z 19.04.2023
BfR 2021	German Federal Institute for Risk Assessment (BfR) (2021). Health Risk Assessment of Nicotine Pouches. Pozyskano z: https://mobil.bfr.bund.de/cm/349/health-risk-assessment-of-nicotine-pouches.pdf , dostęp z 06.10.2022
BSCh 2021	Biuro do spraw Substancji Chemicznych (2021). Monitorowanie rynku e-papierosów. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/chemikalia/monitorowanie-rynku-e-papierosow , dostęp z 06.10.2022
Callum 1998	Callum C. (1998). The UK smoking epidemic: deaths in 1995. London; Health Education Authority
CDC 2015	Centers for Disease Control and Prevention (2015). Health Equity in Tobacco Prevention and Control. Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best-practices-health-equity/pdfs/bp-health-equity.pdf , dostęp z 19.04.2023
ENSP 2020	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2020). Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf , dostęp z 31.08.2022
Fagerström 1989	Fagerström K. O., Schneider N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. <i>J. Behav. Med.</i> 12(2): 159-82
GIS 2017	Główny Inspektorat Sanitarny (2017). Raport z badania: Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Warszawa
GIS 2019	Główny Inspektorat Sanitarny (2019). Postawy Polaków wobec palenia tytoniu – Raport 2019. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017 , dostęp z 01.09.2022
Goodchild 2018	Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. <i>Tob Control.</i> 27(1): 58-64
HealthLine 2017	HealthLine (2017). How Much Nicotine Is in a Cigarette and Other Tobacco Products? Pozyskano z: https://www.healthline.com/health/how-much-nicotine-is-in-a-cigarette , dostęp z 06.10.2022
IHME 2023	Institute for Health Metrics and Evaluation (2023). Global Burden of Disease Study. Pozyskano z: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ , dostęp z 19.04.2023

Jerzyński 2021	Jerzyński T., Stimson G. V. Shapiro H. et al. (2021). Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. <i>Harm. Reduct. J.</i> 18(1): 109
JHM 2023	Johns Hopkins Medicine (2023). 5 Vaping Facts You Need to Know. Pozyskano z: https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/5-truths-you-need-to-know-about-vaping , dostęp z 19.04.2023
John 2004	John U., Meyer C., Schumann A. et al. (2004). A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. <i>Addict. Behav.</i> 29(6): 1207-12.
KE 2022	Komisja Europejska (2022). Transgraniczny zakaz reklamy wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez przemysł tytoniowy. Pozyskano z: https://health.ec.europa.eu/tobacco/ban-cross-border-tobacco-advertising-and-sponsorship_pl , dostęp z 06.10.2022
Kotz 2013	Kotz D., Brown J., West R. (2013). Predictive validity of the Motivation To Stop Scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking. <i>Drug. Alcohol. Depend.</i> 128(1-2): 15-9
Lange 2018	Lange S., Probst C., Rehm J. et al. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet. Glob. Health.</i> 6(7): e769-e76
Mahajan 2021	Mahajan S. D., Homish G. G., Quisenberry, A. (2021). Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. <i>Front. Public Health.</i> 9: 664748
Miller 2014	Miller W.R., Rolnicka S. (2014). Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Murray 2020	Murray C. J. L., Aravkin A. Y., Zheng P. et al. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. <i>Lancet.</i> 396(10258): 1223-49
MZPE 2022	Bała M. M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. <i>Med. Prakt.</i> 7/8: 24-40
NCCDPHP US 2014	National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US)
NFZ 2022	Narodowy Fundusz Zdrowia (2022). Środa z Profilaktyką – Profilaktyka uzależnień. Tytoń. Badanie PolNicoYouth. Pozyskano z: https://www.nfz-gdansk.pl/aktualnosci/oddziale/aktualnosci/sroda-z-profilaktyka-profilaktyka-uzaleznien-tyton,9059 , dostęp z 23.11.2022
NIDA 2022	National Institute on Drug Abuse (2022). Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes Research Report. Pozyskano z: https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/introduction , dostęp z 16.10.2022
NIO-PIB 2020	Narodowy Instytut Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (2020). Diagnostyka i leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT). Materiał ze szkolenia dla personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny
NIZP PZH-PIB 2019	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (2019). Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Ankietowe badanie młodzieży. Pozyskano z: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/RAPORT-TYTO%C5%83-M%C5%81ODZIE%C5%BB-GRUDZIE%C5%83-2019-WERSJA-FINALNA-www.pdf , dostęp z 06.10.2022
NIZP PZH-PIB 2020	Balwicki Ł., Cedzyńska M., Koczkodaj P. et al. (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M.pdf , dostęp z 01.11.2022

NIZP PZH-PIB 2020a	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (2020). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Pozyskano z: http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa , dostęp z 19.04.2023
Pan 2022	Pan L., Morton J., Mbulo L. et al. (2022). Electronic cigarette use among adults in 14 countries: A cross-sectional study. <i>EclinicalMedicine</i> . 47: 101401
Parking 2011	Parkin D. M. (2011). 2. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. <i>Br. J. Cancer</i> . 105(Suppl 2): S6-S13
Perk 2012	Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). <i>Eur. Heart. J.</i> 33(13): 1635-701
Peto 2015	Peto R. Lopez A. D., Boreham P. H. et al. (2015). Mortality from smoking in developed countries, 1950–2020 (Poland). Pozyskano z: https://gas.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/C4230.pdf , dostęp z 19.04.2023
RPD 2020	Rzecznik Praw Dziecka (2020) Alarmujące wyniki badań: e-papierosy stały się nalogiem młodzieży. Pozyskano z: https://brpd.gov.pl/2020/12/28/alarmujace-wyniki-badan-e-papierosy-staly-sie-nalogiem-mlodziezy/ , dostęp z 06.10.2022
Samet 2020	Samet J., Buran M. (2020). The burden of avoidable disease from air pollution: implications for prevention. <i>Journal of Health Inequalities</i> . 6(1): 2-6
SmokeFree 2022	Smokefree (2022). Information about Aotearoa New Zealand's smoking rates and how they are changing. Pozyskano z: https://www.smokefree.org.nz/smoking-its-effects/facts-figures , dostęp z 26.11.2022
TA 2021	Tobacco in Australia (2021). Lung cancer. Pozyskano z: http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-3-health-effects/3-4-lung-cancer , dostęp z 19.04.2023
TA 2023	Greenhalgh E. M., Scollo M. M., Winstanley M. H. (2023). Tobacco in Australia. Pozyskano z: https://www.tobaccoinaustralia.org.au/home.aspx , dostęp z 19.04.2023
UCSF 2022	University of California San Francisco (2022). Health Nicotine Dependence Treatment. Pozyskano z: https://www.ucsfhealth.org/conditions/nicotine-dependence/treatment , dostęp z 06.10.2022
Vogel 2020	Vogel E. A., Prochaska J. J., Rubinstein, M. L. (2020). Measuring e-cigarette addiction among adolescents. <i>Tob. Control</i> . 29(3): 258-262
West 2005	West R., Hajek P., Stead L. et al. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. <i>Addiction</i> . 100(3): 299-303
WHO 2018	World Health Organization (2018). European health report 2018: More than numbers – evidence for all. Pozyskano z: https://apps.who.int/iris/handle/10665/279904 , dostęp z 19.04.2023
WHO 2019	World Health Organization (2019). ICD-10 Version: 2019. Pozyskano z: https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F17.2 , dostęp z 15.06.2020
WHO 2020	World Health Organization (2020). New WHO report reveals that while smoking continues to decline among European adolescents, the use of electronic cigarettes by young people is on the rise. Pozyskano z: https://www.who.int/europe/news/item/02-12-2020-new-who-report-reveals-that-while-smoking-continues-to-decline-among-european-adolescents-the-use-of-electronic-cigarettes-by-young-people-is-on-the-rise , dostęp z 06.10.2022
WHO 2022	World Health Organization (2022). Tobacco. Pozyskano z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco , dostęp z 26.11.2022
WHO 2023	World Health Organization (2023). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Pozyskano z: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1699574100/mms/unspecified , dostęp z 19.04.2023

WHO/IARC 2004	World Health Organization/International Agency For Research On Cancer (2004). IARC monographs on evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Pozyskano z: https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono83.pdf , dostęp z 19.04.2023
Pozostałe	
AGDoHAC 2020	Australian Government, Department of Health and Aged Care (2020). National Tobacco Campaign. Pozyskano z: https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-tobacco-campaign , dostęp z 29.09.2022
ASPIRE 2020	Aspire: Smoking Prevention Program (2020). Pozyskano z: https://positivechoices.org.au/students/aspire-smoking-prevention-program dostęp z 28.09.2020
CDC 2021	Centers for Disease Control and Prevention (2021). National Tobacco Control Program Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/ntcp/index.htm , dostęp z 28.09.2022
CGTC 2022	Center for Global Tobacco Control (2022). Partnerships to reduce smoking worldwide. Pozyskano z: https://www.hsph.harvard.edu/cgtc/global-initiatives/ , dostęp z 28.09.2022
EAT 2017	Education Against Tobacco (2017). Education Against Tobacco: The global medical network Education Against Tobacco volunteering for tobacco prevention. Pozyskano z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-09/summary_report_eat_en_0.pdf , dostęp z 29.09.2022
ENCDDA 2022	The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA / PASE.bcn) – addressing young people, parents, school environment and out-of-school situations. Pozyskano z: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/european-smoking-prevention-framework-approach-esfapreventi%C3%B3-deles-addiccions-substancias-l%E2%80%99escola-pasebcn_en , dostęp z 29.09.2022
FDA 2020	Food and Drugs Administration (2020). FDA's Youth Tobacco Prevention Plan. Pozyskano z: https://www.fda.gov/tobacco-products/youth-and-tobacco/fdas-youth-tobacco-prevention-plan , dostęp z 28.09.2022
Hampsher 2021	Hampsher S., Prieger J.E., Fush J. et al. (2021). Smoking Cessation in Germany: Drivers and Barriers. Pozyskano z: https://www.smokefreeworld.org/wp-content/uploads/2021/12/Germany%20Report%20Botec.pdf?t=1640030104 , dostęp z 29.09.2022
MS 2021	Marszałek Sejmu (2021). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2021 poz. 276). Pozyskano z: http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000276 , dostęp z 29.09.2022
MSAH 2019	Ministry for Social Affairs and Health (2019). National smoking reduction programme 2014-2019. Pozyskano z: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019_uk.pdf , dostęp z 29.09.2022
MZ 2019	Minister Zdrowia (2019). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285 , dostęp z 29.09.2022
MZ 2020	Minister Zdrowia (2020). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2020 poz. 2209 z późn. zm.). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002209 , dostęp z 29.09.2022
NFZ 2021a	Narodowy Fundusz Zdrowia (2021). Informator o Terminach Leczenia. Pozyskano z: https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=30&search=true&Case=1&ServiceName=PORADNI%20LECZENIA%20UZALEZNIEN dostęp z 29.09.2022

NFZ 2021b	Narodowy Fundusz Zdrowia (2021). Zarządzenia Prezesa NFZ. Pozyskano z: https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-862019dsoz,6963.html , dostęp z 21.04.2021
NHS 2022	National Health Service (2022). NHS stop smoking services help you quit. Pozyskano z: https://www.nhs.uk/live-well/quit-smoking/nhs-stop-smoking-services-help-you-quit/ , dostęp z 29.09.2022
NIO-PIB 2022a	Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (2022). Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. Pozyskano z: https://szkoleniazut.coi.pl/ , dostęp z 28.09.2022
NIO-PIB 2022b	Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy (2022). Poradnia Pomocy Palącym. Pozyskano z: https://www.pib-nio.pl/profilaktyka-i-badania-przesiewowe/poradnia-pomocy-palacym/ , dostęp z 29.09.2022
PHS 2021	Public Health Scotland (2021). Scotland's tobacco control action plan. Pozyskano z: http://www.healthscotland.scot/health-topics/smoking/smoking-prevention , dostęp z 28.09.2022
RHIH 2022	Rural Health Information Hub (2022). School-Based Tobacco Prevention and Cessation Programs. Pozyskano z: https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/tobacco/2/schools/prevention-cessation , dostęp z 28.09.2022
RM 2021	Rada Ministrów (2021). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642 , dostęp z 29.09.2022
RM 2022	Rada Ministrów (2022). Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20200000189 , dostęp z 30.09.2022
Sejm 2019	Sejm (2019). Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 969). Pozyskano z: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969 , dostęp z 30.09.2022
SRP 2020	Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Ministerstwo Zdrowia (2020). Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO). Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna , dostęp z 30.09.2022
SRP/GIS 2022	Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. Główny Inspektorat Sanitarny (2022). Bieg po zdrowie - program antytytoniowej edukacji zdrowotnej. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/gis/bieg-po-zdrowie---program-antytytoniowej-edukacji-zdrowotnej , dostęp z 30.09.2022
TPPP 2022	Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (2022). Jak rzucić palenie. Pozyskano z: http://jakrzucicpalenie.pl/ , dostęp z 29.09.2022
ZP 2022	Zdrowie dla Płocka (2022). Kompleksowa profilaktyka, diagnostyka i leczenie nowotworów oraz chorób układu oddechowego mieszkańców Płocka i powiatu płockiego. Pozyskano z: https://zdrowiedlaplocka.pib-nio.pl/o-programie , dostęp z 30.09.2022

11. Załączniki

<Dla większej przejrzystości dokumentu należy zamieścić: opinie ekspertów, strategie wyszukiwania, schemat graficzny zgodny z zaleceniami QUOROM, tabelę włączonych oraz wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia)>.

Zal 1 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Lucyna Mastalerz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla woj. małopolskiego.

Zal 2 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.

Zal 3 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – Prezes Fundacji „Promocja Zdrowia”.

Zal 4 Strategia wyszukiwania – profilaktyka antynikotynowa – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 09.09.2022

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#3	Search: #1 AND #2 Filters: in the last 10 years and Systematic Reviews, and meta-analysis	1 351
#2	((primary prevention[MeSH Terms]) OR (primary prevention[Title/Abstract]) OR (secondary prevention[Title/Abstract]) OR (secondary prevention[MeSH Terms]))	9 761
#1	((smoking[Title/Abstract]) OR (Smoking [MeSH Terms])) OR (smoking cessation[Title/Abstract]) OR (cessation, smoking[MeSH Terms]) OR (passive smoking[Title/Abstract]) OR (passive smoking[MeSH Terms]))	7 211

Zal 5 Strategia wyszukiwania – profilaktyka antynikotynowa – Cochrane Library, data wyszukiwania: 09.09.2022

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#7	Po zawężeniu (od 2012 oraz filtr tobacco, drugs& alcohol)	90
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4OR #5	12 698
#5	("passive smoking"):ti,ab,kw	369
#4	"passive smoking"	414
#3	"smoking prevention"	1 955
#2	("smoking cessation treatment"):ti,ab,kw	835
#1	"smoking cessation"	11 605

Zal 6 Strategia wyszukiwania – profilaktyka antynikotynowa – Embase (Ovid), data wyszukiwania: 09.09.2022

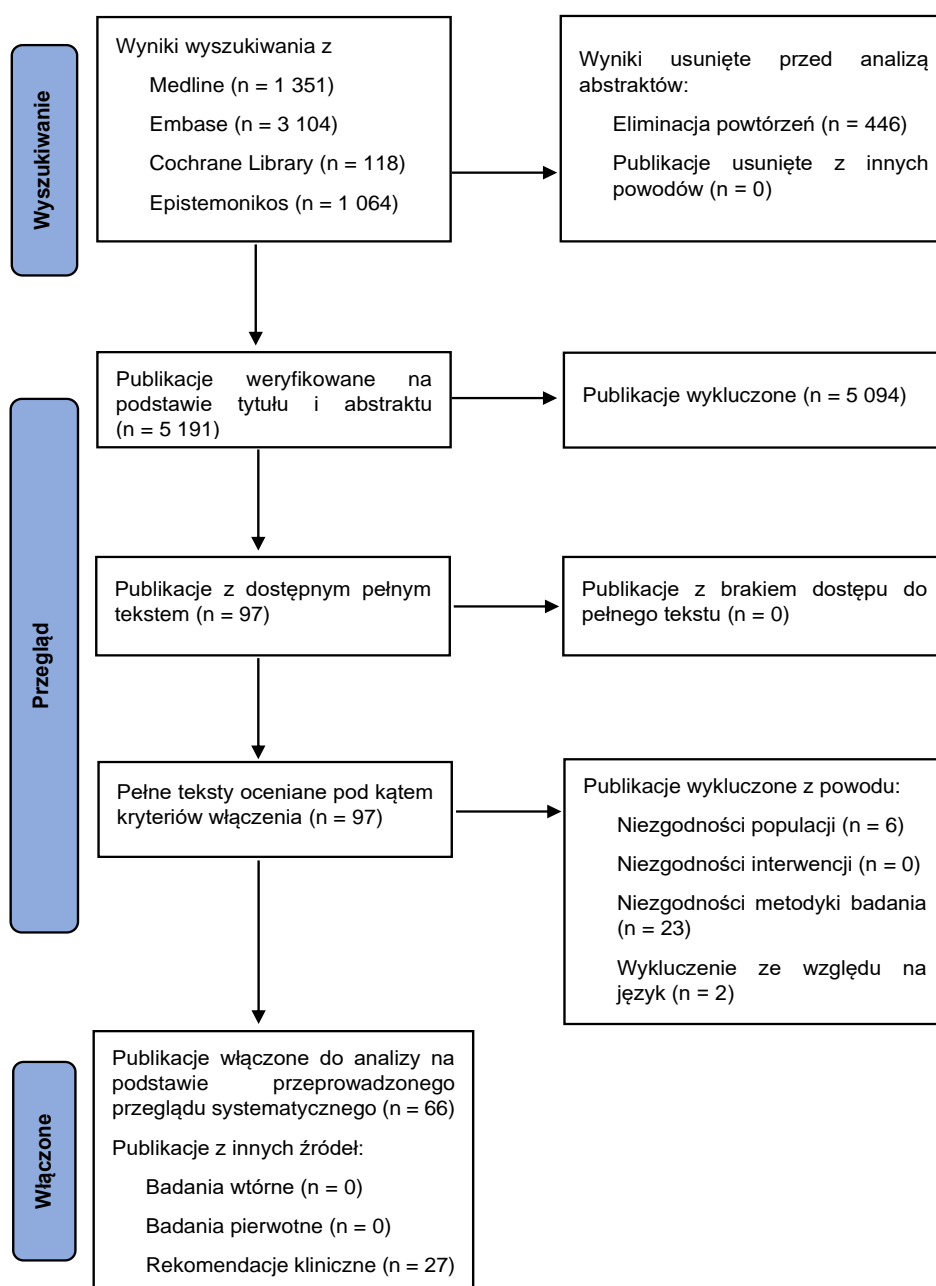
Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#8	#3 AND #7 AND ('meta analysis'/de OR 'practice guideline'/de OR 'systematic review'/de) AND (2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py)	3 104
#7	#4 OR #5 OR #6	60 952
#6	'smoking cessation'/exp OR 'smoking cessation':ti,ab	36 618
#5	'passive smoking'/exp OR 'passive smoking' OR (passive AND ('smoking'/exp OR smoking))	18 096
#4	'smoking'/exp OR smoking:ti,ab	537 300
#3	#1 OR #2	95 827

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#2	'secondary prevention'/exp OR 'secondary prevention':ti,ab	46 441
#1	'primary prevention'/exp OR 'primary prevention':ti,ab	58 158

Zal 7 Strategia wyszukiwania – profilaktyka antynikotynowa – Epistemonikos, data wyszukiwania 09.09.2022

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#2	po użyciu filtrów na ostatnie 10 lat oraz “Systematic Review” i “Meta-analysis”	1 064
#1	(title:("smoking prevention") OR abstract:("smoking prevention")) OR (title:("smoking cessation") OR abstract:("smoking cessation")) OR (title:(“passive smoking”) OR abstract:(“passive smoking”))	8 230

Zal 8 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji – wtórne doniesienia naukowe



Zal 9 Wykaz publikacji włączonych do analizy skuteczności na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna Status na podst. pełnego tekstu) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
1	Bala M., Strzeszynski L., Topor-Madry R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 11(11): CD004704	Wł.	
2	Barth J., Jacob T., Daha I., al. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).	Wykl.	P
3	Been J., Nurmatov U., Cox B., et al. (2014). Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: A systematic review and meta-analysis. Obstet. Gynecol. Surv. 69(9). 521-523	Wykl.	P
4	Behbod B., Sharma M., Baxi R. et a. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD001746	Wł.	
5	Brown N., Luckett T., Davidson P. et al. (2017). Family-focussed interventions to reduce harm from smoking in primary school-aged children: a systematic review of evaluative studies. Prev. Med. 101: 117-125	Wł.	
6	Brown T., Gentry S., Bauld L., et al. (2020). Systematic Review of Behaviour Change Techniques within Interventions to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure for Children. International journal of environmental research and public health. 17 (21).	Wykl.	P
7	Cahill K., Lancaster T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD003440	Wł.	
8	Carson-Chahhoud K., Ameer F., Sayehmiri K. et al. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database Syst. Rev. 6 (6):CD001006	Wł.	
9	Carson-Chahhoud K., Livingstone-Banks J., Sharrad K. et al. (2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 10: CD003698	Wł.	
10	Chamberlain C., O'Mara-Eves A., Porter J., et al. (2017). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. [Review]. Cochrane Database Syst Rev. 2:CD001055.	Wykl.	P
11	Chang P., Chiang C., Ho W. et al. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 22(15): 689	Wł.	
12	Chen Y., Madan J., Welton N., et al. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. Health technology assessment, 16(38), 1-205.	Wykl.	S
13	Cheng H., Chung Y., Chen H., et al. (2012). Systematic review and meta-analysis of the effects of acupoint stimulation on smoking cessation. Am. J. Chin. Med. 40(3): 429-442	Wł.	
14	Cheung K., Wijnen B., Hiligsmann M., et al. (2018). Is it cost-effective to provide internet-based interventions to complement the current provision of smoking cessation services in the Netherlands? An analysis based on the EQUIPTMOD. <i>Addiction</i> , 113, 87-95.	Wykl.	S

15	Choi Y., Lee C., Cho B., et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: A rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. Osong. Public Health Res. Perspect. 12(3): 177-186	Wi.	
16	Clair C., Mueller Y., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD004705	Wi.	
17	Coppo A., Galanti M., Giordano L. et al. (2014). School policies for preventing smoking among young people. Cochrane Database Syst. Rev. 2014(10): CD009990	Wi.	
18	Corepal R., Tully M., Kee F. et al. (2018). Behavioural incentive interventions for health behaviour change in young people (5-18 years old): A systematic review and meta-analysis. Prev. Med. 110: 55-66	Wi.	
19	Dai R., Cao Y., Zhang H. et al. (2021). Comparison between acupuncture and nicotine replacement therapies for smoking cessation based on randomized controlled trials: a systematic review and bayesian network meta-analysis. Evid. Based. Complement. Alternat. Med. 2021: 9997516	Wi.	
20	Darabseh M., Selfe J., Morse C. et al. (2022). Does aerobic exercise facilitate vaping and smoking cessation: a systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 19(21): 14034	Wi.	
21	Daly J., Mackenzie L., Freund M., et al. (2016). Interventions by Health Care Professionals Who Provide Routine Child Health Care to Reduce Tobacco Smoke Exposure in Children: A Review and Meta-analysis. JAMA Pediatrics. 170 (2). 138-147.	Wykl.	P
22	Derksen M., Van Strijp S., Kunst A. et al. (2020). Serious games for smoking prevention and cessation: A systematic review of game elements and game effects. J. Am. Med. Inform. Assoc. 27(5): 818-833	Wi.	
23	Desai A. (2020). Preventing Tobacco Use in Children and Adolescents. JAMA. 323 (16). 1626.	Wykl.	S
24	De Bruin M., Viechtbauer W., Eisma M., et al. (2016). Identifying effective behavioural components of Intervention and Comparison group support provided in SMOKing cEssation (IC-SMOKE) interventions: a systematic review protocol. <i>Systematic reviews</i> , 5(1), 1-9.	Wykl.	S
25	de Kleijn M. J., Farmer M., Booth M. et al (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. Syst. Rev. 4: 109	Wi.	
26	de Ruijter D., Mergelsberg E., Crone, M., et al. (2022). Identifying Active Ingredients, Working Mechanisms, and Fidelity Characteristics Reported in Smoking Cessation Interventions in Dutch Primary Care: A Systematic Review. <i>Nicotine and Tobacco Research</i> , 24(5), 654-662.	Wykl.	S
27	Di Y., May B., Zhang A. et al. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. Drug. Alcohol. Depend. 142: 14-23	Wi.	
28	Do H., Tran B., et al. (2018). Which eHealth interventions are most effective for smoking cessation? A systematic review. Patient. Prefer. Adherence. 12: 2065-2084	Wi.	
29	Dawson K. (2016). Overview of pharmacological interventions for adolescent tobacco use disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 55 (10). S20.	Wykl.	S
30	van Eerd E., van der Meer R., van Schayck C., et al. (2016). Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> : (8).	Wykl.	S

31	Fanshawe T., Halliwell W., Lindson N. et al. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst. Rev. 11(11): CD003289	Wi.	
32	Fanshawe T., Hartmann-Boyce J., Perera R. et al. (2019). Competitions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD013272	Wi.	
33	Faseru B., Richter K., Scheuermann T. et al. (2018) Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 8: CD002928	Wi.	
34	Feirman S., Glasser A., Rose S., et al. (2017). Computational models used to assess US tobacco control policies. <i>Nicotine & Tobacco Research</i> , 19(11), 1257-1267.	Wykl.	S
35	García-Gómez L., Hernández-Pérez A., Noé-Díaz V., et al. (2019). Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. <i>Revista de investigación clínica</i> , 71(1), 7-16.	Wykl.	S
36	Ghamri RA. (2018). Identification of the most effective pharmaceutical products for smoking cessation: A literature review. <i>Journal of Substance Use</i> , 23(6), 670-674.	Wykl.	S
37	Ghorai K., Akter S., Khatun F. et al. (2014). mHealth for smoking cessation programs: a systematic review. J. Pers. Med. 4(3): 412-23	Wi.	
38	Graham A., Carpenter K., Cha S. et al. (2016). Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. Subst. Abuse. Rehabil. 7: 55-69	Wi.	
39	Gribben V., Klein J. (2020). Practical Implications of the US Preventive Services Task Force Recommendations on Adolescents and Tobacco. <i>J. Adolesc. Health</i> 67 (3). 328-330	Wykl.	S
40	Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. (2014) Print-based self-help interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 6: CD001118.	Wykl.	S
41	Hartmann-Boyce J., Chepkin S. C, Ye W. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. (2018). Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD000146	Wi.	
42	Hartmann-Boyce J., Hong B., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD009670	Wi.	
43	Hartmann-Boyce J., Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., et al. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . Issue 1: CD013229	Wykl.	S
44	Hartmann-Boyce J., Lindson N., Butler A. et al. (2022). Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 11: CD010216	Wi.	
45	Hagerman C., Hoffman R., Vaylay S. et al. (2021). Implementation intentions to reduce smoking: A systematic review of the literature. Nicotine. Tob. Res. 23(7): 1085-1093	Wi.	
46	Hamilton F., Greaves F., Majeed A. et al (2013). Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review. Tob. Control. 22(1): 3-8	Wi.	
47	Hefler M., Liberato S., Thomas D. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. Cochrane Database Syst. Rev. 6: CD008645	Wi.	
48	Hiemstra M., de Leeuw R., Engels R. et al. (2017). What parents can do to keep their children from smoking: A systematic review on smoking-specific parenting strategies and smoking onset. Addict. Behav. 70: 107-128	Wi.	

49	Holliday R., Hong B., McColl E. et al. (2021). Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. Cochrane Database Syst. Rev. 2: CD005084	Wi.	
50	Hubbard G., Gorely T., Ozakinci G. et al. (2016). A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking. BMC Fam. Pract. 17: 73	Wi.	
51	Isensee B., Hanewinkel R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. Eur. Addict. Res. 18(3): 110-115	Wi.	
52	Jayasinghe H., Carson K., Ali A., et al. (2015). Community interventions for preventing smoking in young people: A cochrane systematic review. <i>Respirology</i> . 20. 60.	Wykl.	S
53	Kong G., Ellis D., Camenga D., et al. (2014). Text messaging-based smoking cessation intervention: a narrative review. <i>Addictive behaviors</i> , 39(5), 907–917	Wykl.	S
54	King J., Pomeranz J., Merten J. (2016). A systematic review and meta-evaluation of adolescent smoking cessation interventions that utilized nicotine replacement therapy. <i>Addictive behaviors</i> . 52 (2). 39-45.	Wykl.	S
55	Krishnan N., Gu J., Abrams L. (2021). Mobile phone-based messaging for tobacco cessation in low and middle-income countries: A systematic review. Addict. Behav. 113: 106676	Wi.	
56	Keilani M., Steiner M., Crevenna R. (2022). The effect of biofeedback on smoking cessation—a systematic short review. Wien. Klin. Wochenschr. 134(Suppl 1): 69-76	Wi.	
57	Laxdal R. (2018). Effectiveness of online/web-based smoking prevention and cessation programs in adolescents. <i>Can. J. Resp. Ther.</i> 54 (2). 53.	Wykl.	S
58	Lancaster T., Stead L. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 3: CD001292	Wi.	
59	Li X., Zhang,Y., Zhang R., et al. (2022). Association Between E-Cigarettes and Asthma in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> .	Wykl.	S
60	Lindson N., Klemperer E., Hong B. et al. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD013183	Wi.	
61	Lindson N., Thompson T., Ferrey A. et al. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7: CD006936	Wi.	
62	Lindson N., Pritchard G., Hong B. et al. (2021). Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database Syst. Rev. 9: CD011556	Wi.	
63	Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 1: CD001118	Wi.	
64	Lotfy N., Elsayah H., Hassan M. (2020). Topiramate for smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. Tob. Prev. Cessat. 6: 14	Wi.	
65	Luo T., Li M. S., Williams D. et al. (2021). Using social media for smoking cessation interventions: a systematic review. Perspect. Public Health. 141(1): 50-63	Wi.	
66	Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V. et al. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Health. Policy. 123(5): 480-491	Wi.	

67	Marcano Belisario J., Bruggeling M., Gunn L. et al. (2012) Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD009187	Wi.	
68	Matkin W., Ordóñez-Mena J., Hartmann-Boyce J. et al (2019). Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 5: CD002850	Wi.	
69	Myung S-K., Park J-Y. (2019). Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Nicotine. Tob. Res. 21(11): 1473-1479	Wi.	
70	Nanninga S., Lhachimi S., Bolte G. (2018). Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 18(1): 749	Wi.	
71	Napirah M., Amiruddin R., Palutturi S., et al. (2020). A transtheoretical model in controlling smoking behavior in junior high school students in Palu city, Indonesia: A systematic review. Indian J. Forensic Med. Toxicol. 14 (4). 7535-7539.	Wykl.	S
72	Notley C., Gentry S., Livingstone-Banks J. et al. (2019). Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 7(7): CD004307	Wi.	
73	Park, E. and Drake, E. (2015), Systematic Review: Internet-Based Program for Youth Smoking Prevention and Cessation. Journal of Nursing Scholarship. 47: 43-50	Wi.	
74	Patnode C., O'Connor E., Whitlock E. et al. (2013). Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann. Intern. Med. 158(4): 253-260	Wi.	
75	Peirson L., Ali M., Kenny M. et al. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Prev. Med. 85: 20-31	Wi.	
76	Pócs D., Barabás K., Kelemen O. (2018). Interventions in medical practice to reduce tobacco use among adolescents. Intervenciók az orvosi gyakorlatban a serdülőkori dohányzás visszaszorítására. 159 (15). 593-602.	Wykl.	Język**
77	Poudel N., Kavookjian J. (2018). Motivational interviewing as a strategy for smoking cessation among adolescents-a systematic review. Value Health. 21. S238-S239.	Wykl.	S
78	Rice V., Heath L., Livingstone-Banks J. et al. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 12: CD001188	Wi.	
79	Rosen L., Myers V., Hovell M., et al. (2014). Meta-analysis of parental protection of children from tobacco smoke exposure. Pediatrics. 133 (4). 698-714.	Wykl.	S
80	Rosen L., Myers V., Hovell M., et al. (2014). Meta-analysis of parental protection of children from tobacco smoke exposure. Pediatrics. 133 (4). 698-714.	Wykl.	P
81	Setchoduk K., Lapvongwatana P., Chansatitporn N. (2021). The effectiveness of university-based tobacco cessation program on tobacco consumption behavior of university students: A systematic review and meta-analysis. Tob. Induced Dis. 19.	Wykl.	S
82	Selph S., Patnode C., Bailey S. et al. (2020). Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 323(16): 1599-1608	Wi.	
83	Shackleton N., Jamal F., Viner R., et al. (2016). School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. J. Adolesc. Health. 58(4): 382-396	Wi.	

84	Shi F.-H., He Y.-P., Xu G., et al. (2019). Progress in research and application of new media in tobacco control among adolescents. 新媒体在青少年控烟领域中的研究及用进展. 39 (2). 213-216.	Wykl.	Język**
85	Stead L. F., Buitrago D., Preciado N. et al. (2013). Physician advice for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 5: CD000165	Wi.	
86	Stead L. F., Koilpillai P., Fanshawe T. R. et al. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 3: CD008286	Wi.	
87	Suls J., Luger T., Curry S. et al. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: A meta-analysis. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 42(6): 655-662	Wi.	
88	Taylor G., Dalili M., Semwal M. et al. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 9(9): CD007078	Wi.	
89	Thomas R., Lorenzetti D., Spragins W. (2013). Systematic review of mentoring to prevent or reduce tobacco use by adolescents. <i>Acad. Pediatr.</i> 13(4): 300-3007	Wi.	
90	Thomas R. E., McLellan J., Perera R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2013(4): CD001293	Wi.	
91	Thomas R., Baker P., Thomas B. et al. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 2015(2): CD004493	Wi.	
92	Thomas R., Baker P., Thomas B. (2016). Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: a systematic review and meta-analysis. <i>Academic pediatrics</i> , 16(5), 419-429.	Wykl.	S
93	Tzelepis F., Paul C., Williams C. et al. (2019). Real-time video counselling for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD012659	Wi.	
94	Ussher M. H., Faulkner G. E. J., Angus K. et al. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD002295	Wi.	
95	Whittaker R., McRobbie H., Bullen C. et al. (2019). Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 10: CD006611	Wi.	
96	Villanti A., West J., Klemperer E. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 59(1): 123-136	Wi.	
97	Zhou Y., Mak Y., Ho G. (2019). Effectiveness of Interventions to Reduce Exposure to Parental Second hand Smoke at Home among Children in China: A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 16(1): 107	Wi.	

P – populacja; I – interwencja; S – metodyka

**Język inny niż angielski