

Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny

Autorzy wytycznych (Członkowie Grupy Roboczej)

*Małgorzata M Bała¹, *Magdalena Cedzyńska², Łukasz Balwicki³, Małgorzata Czajkowska-Malinowska⁴, Agnieszka Jankowska-Zduńczyk⁵, Jacek Jassem⁶, Dorota Korycińska⁷, Dorota Lewandowska^{8,9}, Filip Mejza¹⁰, Joanna Pazik¹¹, Elżbieta Puścińska¹², Jakub Szymański¹³, Joanna Zając¹, Piotr Jankowski^{14,15}

*Równy wkład (equal contribution)

Recenzenci

prof. Roman Jaeschke

prof. Tomasz Zdrojewski

dr n. med. Agata Bogołowska-Stieblich

Lista członków Panelu Konsultującego znajduje się w Suplemencie nr 1 ([Suplement wytyczne](#))

Oświadczenia o konflikcie interesów

Wszyscy członkowie Grupy Roboczej złożyli oświadczenia o konflikcie interesów zgodnie z wzorem w załączniku. Nie stwierdzono istotnych konfliktów interesów, za wyjątkiem udziału niektórych członków Grupy Roboczej w opracowaniu i zatwierdzaniu innych dokumentów wytycznych - szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli na końcu dokumentu.

Wytyczne powstały we współpracy i przy wsparciu WHO Polska



Instytucje wspierające



Afiliacje:

¹ Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJCM,

² Poradnia Pomocy Palącym, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy

³ Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴ Oddział Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania z Pododdziałem Nieinwazyjnej Wentylacji oraz Pododdziałem Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

⁵ AGAMED Specjalistyczna Praktyka Lekarska

⁶ Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁷ Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

⁸ Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM,

⁹ Krajowa Lista Osób Oczekujących na przeszczepienie, POLTRANSPLANT

¹⁰ Zakład Chorób Zatorowo-Zakrzepowych, Instytut Kardiologii, UJCM

¹¹ Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

¹² II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

¹³ Departament Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia

¹⁴ Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

¹⁵ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia w Szkole Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Spis skrótów	5
Podsumowanie zaleceń	6
Wprowadzenie	9
Palenie jako problem zdrowia publicznego	9
Konsekwencje palenia tytoniu	9
Korzyści z zaprzestania palenia	10
Uzależnienie od nikotyny	11
Obecny system opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym od nikotyny	12
Cel wytycznych	13
Docelowi użytkownicy	13
Metody	13
Rekomendacje	14
Rekomendacja dotycząca dokumentacji medycznej	15
Rekomendacja R.1	15
Rekomendacje dotyczące interwencji nefarmakologicznych	16
Rekomendacja R2.	16
Komentarz	17
Rekomendacja R.3	18
Komentarz	18
Rekomendacja R.4	20
Komentarz	20
Rekomendacja R.5	21
Komentarz	22
Zalecenia dotyczące interwencji farmakologicznych	23
Rekomendacja R.6	23
Komentarz do rekomendacji dla populacji ogólnej	23
Komentarz do rekomendacji dla kobiet w ciąży	25
Rekomendacja R.7	26
Komentarz	26
Rekomendacja R.8	28
Komentarz	28
Rekomendacja R.9	29
Komentarz	29
Rekomendacja R.10	31
Zalecenia dotyczące osób z chorobami psychicznymi	32
Rekomendacja R.11	32
Rekomendacja R.12	33
Rekomendacja R.13	33

Zalecenia dotyczące organizacji systemu opieki	35
Rekomendacja R.14	35
Komentarz	35
Rekomendacja R.15	36
Komentarz: docelowy system opieki nad pacjentem z uzależnieniem od nikotyny	37
Piśmiennictwo	45

Spis skrótów

CI – confidence interval – przedział ufności

DALY – disability adjusted life years – lata życia skorygowane niesprawnością

ETD – evidence to decision – kryteria uwzględniane w podejmowaniu decyzji na temat zalecenia

MD – mean difference – różnica średnich

NTZ – nikotynowa terapii zastępcza

OR – odds ratio – iloraz szans

PPM - parts per milion - liczba części na milion

RCT – randomized controlled trial – badanie z randomizacją

RD – risk difference – różnica ryzyka

RR – relative risk – ryzyko względne

WHO – World Health Organisation – Światowa Organizacja Zdrowia

Podsumowanie zaleceń

Rekomendacja	Siła zalecenia, pewność danych
R.1: 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
R.2: Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady zalecającej zaprzestanie palenia wszystkim osobom palącym. Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży.	silna rekomendacja, duża lub umiarkowana pewność danych
R.3: 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
R.4: 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 w ciąży.	silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych
R.5: 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 w ciąży.	silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych
R.6: Zaleca się stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży oraz sugeruje się stosowanie NTZ wraz ze wsparciem behawioralnym u palących kobiet w ciąży.	silna rekomendacja, wysoka pewność danych słaba rekomendacja, niska pewność danych
R.7: Zaleca się stosowanie bupropionu u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży.	silna rekomendacja, wysoka pewność danych

Rekomendacja	Siła zalecenia, pewność danych
Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania bupropionu u palących kobiet w ciąży.	
R.8: 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
R.9: 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
R.10: U wszystkich palących zaleca się łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym. Palące kobiety w ciąży - p. R.6.	silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych
Zalecenia u osób z poważnymi chorobami psychicznymi (adaptacja rekomendacji WHO) <i>R.11: U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie dostosowanego do potrzeb pacjenta programu obejmującego dyrektywną i wspierającą interwencję behawioralną.</i> <i>R.12: U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie warenikliny, bupropionu lub nikotynowej terapii zastępczej.</i> <i>Stwierdzenia dotyczące najlepszej praktyki: Osoby ordynujące leki powinny uwzględnić potencjalne interakcje między bupropionem i warenikliną a lekami psycholeptycznymi i psychoanaleptycznymi a także potencjalne przeciwwskazania.</i> <i>R.13: U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie łącznie leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego zgodnie z zaleceniami szkoleniowymi WHO.</i> <i>W przypadku pozostałych interwencji autorzy wytycznych nie sformułowali zaleceń ze względu na brak lub niewystarczające dane naukowe.</i>	<i>słabe rekomendacje, bardzo niska pewność danych</i>
R.14: 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

Rekomendacja	Siła zalecenia, pewność danych
R.15: Panel rekomenduje zmniejszenie kosztów leczenia uzależnienia od nikotyny dla pacjenta.	silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych

Wprowadzenie

Palenie jako problem zdrowia publicznego

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 niezakaźnych. [1] 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 palenie. [2]

Palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną zgonów polskich mężczyzn (26,6% wszystkich zgonów w 2019 r.) oraz drugą co do ważności przyczyną zgonów kobiet w Polsce (13,7% wszystkich zgonów w 2019 r.). [3] Należy także do głównych czynników odpowiedzialnych za utracone lata życia w zdrowiu Polaków (w 2019 roku 2060 tys. lat [95% CI [confidence interval]: 1740-2430]; 16,3% wartości ogólnej DALY [disability adjusted life years; 95% CI: 14,8-17,9]). [4]

Palenie tytoniu zwiększa absencję chorobową i rentową, liczbę zgonów w wieku produkcyjnym oraz zmniejsza wydajność pracy. Powyższe czynniki powodują znaczące zwiększenie kosztów pośrednich palenia tytoniu, które wg niektórych analiz mogą być większe niż bezpośrednie koszty leczenia chorób odtytoniowych. [5, 6] Dodatkowo wskazuje się, że w kosztach obciążenia chorobami związanymi z paleniem tytoniu obok DALY należy także uwzględnić utraconą produkcję (produkt krajowy brutto – PKB) spowodowaną przedwczesną umieralnością, szczególnie mężczyzn. [7, 8]

W badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIZP-PZH 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% kobiet. [9] Częstość palenia tytoniu u kobiet w ciąży na świecie wynosiła 1,7% (95% CI 0-4,5), w regionie europejskim 8,1% (95% CI 4,0-12,2). Spośród kobiet palących w ciąży na świecie 72,5% (95% CI 70,4-75,0) paliło codziennie. [10] Według raportu z badania Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w 2017 r. częstość palenia polskich kobiet w ciąży wynosiła 5,9%. [11]

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 palenia. [1, 12] Podobnie jak w populacji generalnej palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów osób z chorobami psychicznymi.

Konsekwencje palenia tytoniu

Używanie wyrobów tytoniowych, szczególnie palenie papierosów, jest dominującym czynnikiem powodującym zachorowania na wiele nowotworów, a także choroby układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego. [13] Składniki dymu tytoniowego, których według Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) 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 około 83–94% nowotworów złośliwych płuca u mężczyzn i ok. 57–80% u kobiet spowodowanych jest paleniem tytoniu. [14] 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. [14] Obserwowane w badaniach ryzyko zgonu z powodu raka płuca wśród palących było od 9 do 20 razy większe niż u niepalących. [15-17] Według oszacowań opublikowanych przez Profesora Peto i wsp. w Polsce 31% zgonów z powodu nowotworów (44% u mężczyzn i 14% u kobiet) można przypisać paleniu tytoniu. [18]

Palenie tytoniu jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zarówno ostrych, jak i przewlekłych chorób układu oddechowego. Palenie tytoniu znacząco pogarsza wskaźniki czynności płuc; pogarszanie się czynności płuc związane z wiekiem jest u palaczy jeszcze silniej wyrażone, a palenie stanowi najważniejszy czynnik ryzyka rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). [19] Dym tytoniowy uszkadza struktury oskrzeli i płuc, a także krtani powodując, poza nowotworami, m.in. przewlekłe zapalenie oskrzeli i krtani. Palenie tytoniu zaostrza również przebieg istniejących wcześniej chorób, np. astmy oskrzelowej. Dym działa szkodliwie również na pozostałe odcinki dróg oddechowych powodując ich obrzęk i utrudnienie przepływu powietrza co zwiększa ryzyko obturacyjnego bezdechu sennego. Ryzyko zgonu z powodu POChP jest u palaczy 3,5 do 13-krotnie większe niż u osób niepalących. [13, 17]

Palenie tytoniu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na wiele chorób układu krążenia, zwłaszcza chorobę niedokrwienną serca i udar mózgu. W porównaniu z osobami nigdy niepalącymi ryzyko wystąpienia pierwszego zawału serca u osób palących jest kilkakrotnie większe, przy czym ryzyko to zwiększa się liniowo wraz ze wzrostem narażenia na dym tytoniowy. Przykładowo, wypalanie 1-5 papierosów dziennie zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca o około 50%, wypalanie 20 papierosów - czterokrotnie, a wypalanie 40 papierosów - ośmiokrotnie. [20]

Palenie tytoniu zmniejsza także płodność u kobiet i u mężczyzn, powoduje impotencję, a także powoduje powikłania zdrowotne ciężarnej kobiety i płodu (przedwczesne lub martwe urodzenia, ciąża pozamacierna, niska masa urodzeniowa, zespół nagłej śmierci łóżeczkowej, rozszczep podniebienia). Palenie tytoniu przez rodziców hamuje rozwój dzieci i zwiększa ryzyko nowotworów u dzieci. [13]

Palenie tytoniu pogarsza także stan zdrowia jamy ustnej - dziąseł i zębów i zwiększa ryzyko utraty zębów, degeneracji siatkówki związanej z wiekiem (AMD), cukrzycy typu 2, zmniejsza wydolność fizyczną i pogarsza ogólny stan zdrowia. [13]

Korzyści z zaprzestania palenia

Zaprzestanie palenia przynosi korzyści w każdym wieku i niezależnie od chorób współistniejących. W wieloletniej obserwacji brytyjskich lekarzy stwierdzono, że zaprzestanie palenia w wieku 25–34 lat pozwala zyskać 10 lat życia w porównaniu z palącymi nadal (krzywe przeżycia są podobne do tych obserwowanych wśród mężczyzn niepalących) w tej kategorii wiekowej, zaprzestanie palenia w wieku 35–44 lat wiąże się z wydłużeniem życia o 9 lat, w wieku 45–54 o 6 lat, a w wieku 55–64 o 3 lata. [21] Zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko występowania wymienionych poprzednio nowotworów, chorób serca i naczyń, i niektórych zaburzeń płodności. Zaprzestanie palenia hamuje także postęp POChP i jest najskuteczniejszą metodą leczenia tej choroby. Ryzyko występowania chorób układu krążenia zmniejsza się szybko już w pierwszym roku po zaprzestaniu palenia. Przykładowo ryzyko wystąpienia zawału serca zmniejsza się o połowę w ciągu roku od zaprzestania palenia, w kolejnych latach nadal się obniża, by po około 20 latach osiągnąć poziom podobny do poziomu osób nigdy niepalących. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu zmniejsza się dość szybko w ciągu pierwszych 2 do 5 lat od zaprzestania palenia, by osiągnąć ryzyko podobne jak u nigdy niepalących po 15-20 latach. Zaprzestanie palenia papierosów jest związane z poprawą rokowania po zawale serca i po udarze mózgu. [22]

W większości nowotworów, na przykład raku płuca, ryzyko zachorowania zmniejsza się o połowę w ciągu 10-15 lat od zaprzestania palenia, jednak nawet po 25 latach od zaprzestania palenia pozostaje zwiększone. Zaprzestanie palenia po rozpoznaniu nowotworu, jest najsilniejszym predyktorem przeżycia, poza jego lokalizacją i stadium. Zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko wznowy i rozwoju kolejnego nowotworu pierwotnego, zmniejsza nasilenie działań niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego, np. skraca czas trwania stanów zapalnych po radioterapii, zmniejsza odczyn popromienny etc., zmniejsza ryzyko pulmonologicznych i kardiologicznych powikłań pooperacyjnych, poprawia skuteczność zarówno radio-, jak i chemioterapii. [23-25] Dodatkowo pacjenci, którzy zaprzestali palenia przed rozpoczęciem terapii przeciwnowotworowej odczuwają mniej dolegliwości

bólowych i mają lepszą jakość życia związaną z chorobą i zastosowanym leczeniem. [23, 26] International Association for the Study of Lung Cancer w deklaracji z 2019 roku podkreśla znaczenie kliniczne zaprzestania palenia u tych pacjentów. [27]

Uzależnienie od nikotyny

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). Aby rozpoznać uzależnienie od nikotyny należy zidentyfikować u pacjenta codzienne lub prawie codzienne używanie nikotyny przez co najmniej 3 miesiące, przy czym nikotyna może pochodzić zarówno tytoniu palonego lub podgrzewanego, a także liquidów stosowanych w papierosach elektronicznych. Choroba ta 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 szkód lub negatywnych konsekwencji. Konieczność używania nikotyny wynika z biologicznego uzależnienia, któremu często towarzyszy subiektywne pragnienie jej dostarczania, 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 nikotyny. [28]

Objawy abstynencyjne to klinicznie istotny zespół objawów, zachowań i/lub cech fizjologicznych, który występuje po zaprzestaniu lub ograniczeniu używania nikotyny u osób od niej uzależnionych. Objawy odstawienia nikotyny mogą obejmować nastrój dysforyczny, przygnębienie, bezsenność, drażliwość, złość, lęk, trudności z koncentracją, niepokój, bradykardię, zwiększony apetyt oraz tzw. głód nikotynowy. Mogą też występować inne objawy, takie jak nasilony kaszel i owrzodzenie jamy ustnej. 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 abstynencyjnych. [28]

W Polsce osoby uzależnione od nikotyny to głównie palacze papierosów, choć wśród młodzieży wzrasta także popularność papierosów elektronicznych oraz podgrzewanego tytoniu. Oba te produkty są stosunkowo nowe na polskim rynku. [29]

Wobec uzależnienia od nikotyny, jak wobec każdej choroby, należy stosować procedury diagnostyczne i leczenie oraz, ze względu na jej nawracający charakter, powtarzać interwencję.

Diagnostyka. W procesie diagnostyki uzależnienia od nikotyny, poza stwierdzeniem jego występowania, zaleca się określić siłę uzależnienia od nikotyny oraz gotowość do zaprzestania palenia. Siłę uzależnienia biologicznego ocenia się stosując **test uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma (FNDT)**, który pacjent może samodzielnie wypełnić w oczekiwaniu na wizytę. Test ten jest powszechnie stosowany w praktyce klinicznej oraz badaniach klinicznych i naukowych. Zawiera 6 pytań określających stopień fizycznego uzależnienia od nikotyny, z których 4 zawierają odpowiedzi typu tak (1 pkt.) lub nie (0 pkt.), a 3 - kilka odpowiedzi punktowanych od 0 do 3 punktów. 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 uzależnienie (p. Dodatek - Tabela 3). [30]

Poziom uzależnienia można również określić za pomocą *Heaviness of Smoking Index* (HSI). Wskaźnik ten ocenia uzależnienie od nikotyny za pomocą dwóch pytań z testu uzależnienia od nikotyny Fagerstroma: 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 nikotyny (P. Dodatek - Tabela 4). [31]

Drugim istotnym krokiem jest określenie gotowości do zaprzestania palenia. Najczęściej przyjmuje się Transteoretyczny Model Zmiany wg Prochaski i DiClemente, który zakłada, że człowiek na drodze do abstynencji przechodzi przez kolejne fazy, do których może powracać kilka lub kilkanaście razy. Są to: etap braku myślenia o zmianie (prekontemplacja), rozważania zmiany postawy (kontemplacja), etap gotowości do zmiany, etap działania i, w przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych, fazy krótkotrwałej i długotrwałej abstynencji (12 miesięcy i więcej). Gotowość do zaprzestania palenia jest, według badań, jednym z istotnych czynników decydujących o sukcesie terapeutycznym w utrzymaniu długotrwałej abstynencji. [32]

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. [33, 34]

Określenie siły uzależnienia biologicznego od nikotyny pomaga w doborze farmakoterapii; jest to szczególnie ważne w przypadku rozważania NTZ. Natomiast określenie etapu gotowości pomaga w zaplanowaniu skutecznej terapii w ogóle, a w szczególności dopasowania wsparcia behawioralnego do potrzeb pacjenta.

Obecny system opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym od nikotyny

Obecnie w Polsce leczenie uzależnienia od nikotyny może i powinno się odbywać w każdej poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także w gabinecie lekarza psychiatry w poradni leczenia uzależnień, bądź w specjalistycznej poradni antynikotynowej, w tym w ramach *Programu Profilaktyki Chorób Odytoniowych*. Program profilaktyki chorób odytoniowych funkcjonuje w Polsce od 2005 r., obejmuje poradę lekarską, wsparcie psychologiczne (indywidualne i grupowe), a także możliwość wsparcia Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym. Jednak niska wycena świadczeń oraz niewspółmierne do tej wyceny wymagania wobec lekarzy i psychoterapeutów skutkują bardzo ograniczonym znaczeniem programu dla poprawy wskaźników skuteczności leczenia osób zaprzestających palenia w Polsce. Liczba poradni POZ posiadających kontrakt w tym zakresie systematycznie maleje i obecnie jest na poziomie kilku bądź kilkunastu praktyk w województwie. Poradnie specjalistyczne udzielające pomocy najciężej uzależnionym pacjentom istnieją tylko w trzech województwach - jedna w Krakowie, jedna w Warszawie i jedna w Gdańsku. Liczba palaczy w Polsce przekracza 8 milionów; według danych Global Adult Tobacco Survey (GATS) w 2016 r. próbę zaprzestania palenia podjął 1 na 3 palaczy, co daje rocznie ponad 2,5 miliona Polaków starających się zaprzestać palenia. Leczenie uzależnienia od tytoniu, podobnie jak innych chorób o bardzo dużej chorobowości, powinno odbywać się w pierwszym rzędzie w POZ. Tymczasem według raportu NFZ liczba osób, którym udzielono świadczeń w latach 2013-2019 z zakresu leczenia uzależnień z rozpoznaniem głównym F17 wg ICD-10, utrzymywała się w całym okresie na podobnym poziomie, około 800 pacjentów rocznie.[35] Konieczna jest zatem pilna poprawa systemu leczenia uzależnienia od nikotyny w Polsce, reforma istniejącego programu, a przede wszystkim zmiana wyceny, na zachęcającą do kontraktowania świadczeń na poziomie adekwatnym do potrzeb - **p. Komentarz: Docelowy system opieki nad pacjentem z uzależnieniem od nikotyny.**

Podsumowując, według WHO leczenie uzależnienia od nikotyny jest jedną z 6 najskuteczniejszych metod ograniczania epidemii tytoniu według wskaźników MPOWER, obok monitorowania częstości palenia, ochrony przed narażeniem na dym tytoniowy, ostrzeżeniami zdrowotnymi dotyczącymi szkodliwości tytoniu, wprowadzeniem zakazu reklamy i promocji oraz podnoszeniem podatków na

wyroby tytoniowe. [36] Dodatkowo Artykuł 14 Ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu, którego Polska jest stroną stanowi że: „każda ze Stron opracuje i rozpowszechni odpowiednie, wszechstronne i zintegrowane wytyczne oparte na dowodach naukowych i najlepszych praktykach, z uwzględnieniem krajowych okoliczności i priorytetów oraz podejmie skuteczne środki w celu promowania zaprzestania palenia tytoniu używania i odpowiedniego leczenia uzależnienia od tytoniu”. [37]

Cel wytycznych

Celem wytycznych jest przedstawienie zasad postępowania w zespole uzależnienia od nikotyny w oparciu o aktualne dane naukowe.

Docelowi użytkownicy

Docelowymi użytkownikami wytycznych są wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej oraz osoby zarządzające opieką zdrowotną.

Metody

Szczegółowy opis metod zawarto w Suplemencie 2 ([Suplement wytyczne](#)).

Autorzy wytycznych przyjęli indywidualną perspektywę wytycznych. Jako populacje rozważane w każdym z pytań uwzględnionych w wytycznych ([Suplement wytyczne](#)) zaproponowanych przez WHO Polska Autorzy wytycznych wyróżnili następujące populacje:

- palące osoby dorosłe
- palące kobiety w ciąży
- palące osoby z chorobami psychicznymi.

Autorzy wytycznych skupili się na osobach palących tytoń, głównie palących papierosy. Wytyczne nie obejmują używania alternatywnych, niemedycznych produktów dostarczających nikotynę.

Autorzy wytycznych postanowili rozważać interwencje zgodnie z poszczególnymi pytaniami. Autorzy wytycznych postanowili nie uwzględniać w rekomendacjach porównań leków między ze sobą, a jedynie odnieść się do poszczególnych leków dostępnych w Polsce. Autorzy wytycznych postanowili oceniać skuteczność interwencji poprzez wpływ na punkty końcowe według wagi uzgodnionej przez Grupę Roboczą (od największej do najmniejszej wagi):

skuteczność:

abstynencja ≥ 12 miesięcy potwierdzona obiektywnie

abstynencja ≥ 6 miesięcy potwierdzona obiektywnie

abstynencja ≥ 12 miesięcy bez potwierdzenia obiektywnego

abstynencja ≥ 6 miesięcy bez potwierdzenia obiektywnego

abstynencja na koniec okresu leczenia w ramach badania (według definicji autorów)

bezpieczeństwo:

poważne działania niepożądane

jakikolwiek działania niepożądane

Pewność danych uwzględniona w opracowaniu Rekomendacji została oceniona na podstawie danych zawartych w przeglądach Cochrane uwzględnionych w poszczególnych rekomendacjach (bezpośrednio na podstawie oceny w Tabeli podsumowania wyników zamieszczonej w przeglądzie lub oceny dokonanej/zaktualizowanej przez autorów wytycznych).

Rekomendacje

W przypadku każdej rekomendacji Panel uznał problem zdrowotny jako priorytetowy ze względu na częstość palenia tytoniu i obciążenie populacji z powodu chorób odtytoniowych (p. **Wprowadzenie**). W uzasadnieniach do każdej rekomendacji przytoczono krótkie uzasadnienie na podstawie danych naukowych z piśmiennictwa (przeglądy systematyczne Cochrane) dotyczące pożądanych i niepożądanych efektów zdrowotnych i ich stosunku. Szczegółowe uzasadnienia dotyczące pożądanych i niepożądanych efektów zdrowotnych do każdej rekomendacji umieszczono w Suplemencie nr 3 (**Suplement wytyczne**). Uzasadnienia i wyjaśnienia dotyczące pozostałych kryteriów uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o zaleceniu (evidence to decision - ETD) umieszczono w Suplemencie nr 4 (**Suplement wytyczne**). W **Tabeli 2** na końcu dokumentu podsumowano wszystkie decyzje Grupy Roboczej odnośnie każdego kryterium uwzględnionego w rekomendacjach, a w **Tabeli 3** decyzje Panelu wytycznych WHO zaadaptowane przez Grupę Roboczą.

Autorzy wytycznych, opracowując i uzgadniając zalecenia, uwzględnili organizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz dostępne metody leczenia i w związku z tym zidentyfikowali następujące bariery w wykorzystaniu/wdrażaniu wytycznych: brak systemu opieki nad pacjentami uzależnionymi od nikotyny, niewystarczająca edukacja w zakresie diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym, brak finansowania leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od tytoniu, ograniczona dostępność do specjalistycznego poradnictwa.

Panel uznał, że interwencje oceniane w wytycznych są możliwe lub prawdopodobnie możliwe do wdrożenia pod warunkiem stworzenia odpowiedniej konstrukcji systemu leczenia uzależnienia od nikotyny, w tym wyedukowania pracowników polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania występowaniu chorób odtytoniowych zarówno na poziomie przeddyplomowym, jak i podyplomowym, zwiększenia dostępu do specjalistycznego leczenia uzależnienia od nikotyny (m.in. dostęp do poradnictwa grupowego) i obniżenia kosztów leczenia dla pacjenta.

Aby rekomendacje opracowane i uzgodnione przez Grupę Roboczą mogły zostać wdrożone do praktyki klinicznej niezbędne jest stworzenie systemu opieki nad pacjentami uzależnionymi od nikotyny i jego wystarczające finansowanie (p. także **Komentarz: Docelowy system opieki nad pacjentem z uzależnieniem od nikotyny**). Rekomendacje w odpowiedzi na pytania dotyczące opieki nad osobami uzależnionymi od tytoniu przedstawiono w rekomendacjach R.1-R.13, a dla osób zarządzających opieką zdrowotną, które dotyczą także elementów systemu opieki i podnoszenia kwalifikacji - w rekomendacjach R.14—R.15.

Rekomendacja dotycząca dokumentacji medycznej

Rekomendacja R.1

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).

Uzasadnienie

Uzależnienie od nikotyny jest chorobą, dlatego postępowanie po jej rozpoznaniu zawartym w dokumentacji medycznej powinno być takie samo, jak w przypadku każdej innej choroby przewlekłej. Jest to, szczególnie ważne również dlatego, że palenie tytoniu stanowi przyczynę występowania wielu innych chorób - serca, układu oddechowego i nowotworów. Ze względu na powszechność nawrotów do nałogu w leczeniu uzależnienia od nikotyny, informacja o paleniu papierosów powinna być regularnie uaktualniana. Zalecenie to jest spójne z zaleceniami dotyczącymi uzależnienia od tytoniu w wytycznych brytyjskich, australijskich, amerykańskich. [38-41]

Rekomendacje dotyczące interwencji nefarmakologicznych

Rekomendacja R2.

Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady o zaprzestaniu palenia wszystkim osobom palącym (silna rekomendacja, duża lub umiarkowana pewność danych).

Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane, obejmujące badania przeprowadzone na różnorodnych populacjach, w tym m.in. z chorobami współistniejącymi wskazują, że porada na temat zaprzestania palenia o jakiegokolwiek intensywności udzielona przez lekarza lub pielęgniarkę w porównaniu z brakiem porady lub zwykłą opieką była związana z większym prawdopodobieństwem zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy, a obserwowany efekt wzrastał przy większej intensywności interwencji. [42, 43] W przypadku innych pracowników opieki zdrowotnej również obserwowano zwiększenie prawdopodobieństwa zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy w przypadku interwencji realizowanej przez stomatologów i innych pracowników w porównaniu do zwykłej opieki oraz krótkiej lub bardzo krótkiej porady, udzielonej poza gabinetem stomatologicznym. [44]

W przeglądach systematycznych nie ma informacji o jakichkolwiek działaniach niepożądanych. Autorzy wytycznych również nie zidentyfikowali działań niepożądanych związanych z zastosowaniem porady na temat zaprzestania palenia.

W przypadku kobiet w ciąży jakiegokolwiek interwencje psychospołeczne (niefarmakologiczne interwencje psychologiczne z uwzględnieniem sytuacji społecznej i rodzinnej, obejmujące terapię poznawczo behawioralną, motywującą lub wspierającą) zwiększały prawdopodobieństwo zaprzestania palenia tytoniu w późnej ciąży (od 28 tygodni do czasu porodu) i do 5 miesięcy po porodzie. [45]

Oceniane na podstawie dostępnych danych interwencje obejmowały poradnictwo, edukację prozdrowotną (w tym także informację o efektach palenia i poradę o jego zaprzestaniu), „informację zwrotną”, zachęty finansowe, wsparcie społeczne oraz ćwiczenia fizyczne. Intensywność interwencji była różna - od pojedynczej porady, przez wieloczynnikowe interwencje, po interwencje dopasowane do odbiorcy. Interwencje zaklasyfikowane jako poradnictwo (o różnej intensywności), w porównaniu ze standardową opieką i w porównaniu z mniej intensywnymi formami wsparcia, zwiększały prawdopodobieństwo zaprzestania palenia tytoniu w późnej ciąży. W przypadku interwencji zaklasyfikowanych jako edukacja zdrowotna (informacje o ryzyku i porada, aby zaprzestać palenia, ale bez wskazania jak to zrobić) efekt nie był jednoznaczny. Ponadto obserwowano także korzyści w odniesieniu do zdrowia noworodków - mniejsze ryzyko małej masy urodzeniowej, większą średnią urodzeniową masę ciała, mniejsze ryzyko hospitalizacji w oddziale intensywnej opieki, ale nie było różnicy w częstości porodów przedwczesnych i martwych urodzeń. Nie obserwowano niepożądanych efektów zdrowotnych tych interwencji. [45]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria: umiarkowaną skuteczność, pomijalne niepożądane efekty zdrowotne i umiarkowaną/dużą pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji w postaci porady udzielonej przez wszystkich

pracowników opieki zdrowotnej każdej osobie palącej w porównaniu z nieudzieleniem tej porady. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem porady.

Komentarz

Porada (minimalna interwencja antytytoniowa - MIA) to interwencja personelu medycznego wobec palącego pacjenta, polegająca na realizowaniu 5 kroków (zasada 5P): (1) pytania każdego pacjenta o to czy pali tytoń, (2) poradenia mu, w sposób spersonalizowany i empatyczny, aby zaprzestał palenia, podkreślając wynikające z tego korzyści oraz zagrożenia związane z kontynuacją palenia, (3) poznania gotowości pacjenta do zaprzestania palenia, (4) pomocy w doborze odpowiedniego leczenia farmakologicznego i skierowanie do miejsca gdzie może uzyskać wsparcie behawioralne np. w Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym, (5) zaplanowania wizyt kontrolnych.

Skrócona wersja porady to interwencja ograniczająca się do 3 kroków tj. zapytania o palenie, poradenie aby pacjent zaprzestał palenia oraz skierowanie go do miejsca, w którym otrzyma intensywne wsparcie np. poradni antynikotynowej lub Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.

W stosunku do osób niewykazujących gotowości do zaprzestania palenia stosuje się interwencję określaną jako 5R (ang): (1) poproszenie chorego o zastanowienie się czy i dlaczego zaprzestanie palenia mogłoby być dla niego ważne, (2) określenie przez pacjenta ryzyka dalszego palenia (3) odkrycie korzyści z zaprzestania palenia, (4) zastanowienie się, jakie dostrzega przeszkody na drodze do abstynencji, (5) powtarzanie interwencji przy każdej możliwej okazji.

Warto pamiętać, że siłą minimalnej interwencji jest jej powtarzalność, albowiem gotowość pacjentów do zaprzestania palenia nie jest stała w czasie i może zmienić się nawet w ciągu kilku tygodni.

Rekomendacja R.3

Zaleca się stosowanie intensywnego poradnictwa indywidualnego dotyczącego zaprzestania palenia u wszystkich osób palących przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej (duża lub umiarkowana pewność danych, silna rekomendacja).

Zalecenie dotyczy także kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane, obejmujące badania przeprowadzone na różnorodnych populacjach, w tym z chorobami współistniejącymi, wskazują, że indywidualne poradnictwo (co najmniej jedno spotkanie trwające co najmniej 10 minut) udzielane przez terapeutów leczenia uzależnienia od tytoniu, w porównaniu z minimalnym kontaktem (bez farmakoterapii), porada lekarza lub pielęgniarki o większej intensywności (dłuższy czas wizyty, dodatkowe wizyty, materiały) w porównaniu z poradą o mniejszej intensywności oraz poradą udzieloną przez personel nielekarski w podstawowej opiece zdrowotnej względem standardowego postępowania lub innych wieloelementowych form wsparcia, a także intensywne poradnictwo behawioralne prowadzone w miejscu pracy przez personel medyczny zwiększyły prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [42, 43, 46, 47] Mniej było badań dotyczących innych pracowników opieki zdrowotnej, takich jak stomatolodzy czy personel aptek, ale również w tym przypadku obserwowano zwiększenie prawdopodobieństwa zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [44, 48]

Intensywne interwencje behawioralne rozpoczęte w czasie pobytu w szpitalu i obejmujące dodatkowy kontakt/wsparcie przez co najmniej miesiąc po wypisaniu ze szpitala również wiązały się z większym prawdopodobieństwem zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy, ale nie obserwowano tego efektu w przypadku interwencji trwających krócej niż miesiąc po wypisie ze szpitala. [49]

Uzasadnienie dla interwencji u kobiet w ciąży – p. **uzasadnienie dla R2**. [45]

W przeglądach systematycznych nie ma informacji o jakichkolwiek działaniach niepożądanych ocenianej interwencji; członkowie Panelu również nie zidentyfikowali działań niepożądanych związanych z zastosowaniem indywidualnego poradnictwa na temat zaprzestania palenia.

Biorąc pod uwagę dużą skuteczność, pomijalne niepożądane efekty zdrowotne i umiarkowaną/dużą pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji, to jest indywidualnego poradnictwa prowadzonego przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej u wszystkich palących, nad jej zaniechaniem. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem indywidualnego poradnictwa.

Komentarz

Intensywne poradnictwo indywidualne to pomoc w zaprzestaniu palenia, obejmująca co najmniej 3 sesje/wizyty. Sesje mogą odbywać się osobiście bądź telefonicznie. Mogą być zrealizowane podczas pobytu pacjenta w szpitalu lub wizyty ambulatoryjnej. Dodatkowo pacjentowi można wręczyć materiały pomocnicze lub wskazać mu wiarygodne źródła w Internecie (np. jakrzucicpalenie.pl)

Zalecany czas kontaktów to co najmniej 1 miesiąc, a optymalnie 3 miesiące, a następnie sporadyczne spotkania w celu przeciwdziałania nawrotom w okresie do 12 miesięcy. Program takich sesji powinien obejmować bieżące wsparcie w zaprzestaniu palenia, elementy edukacji oraz naukę rozwiązywania problemów związanych z zaprzestaniem palenia takich jak: radzenie sobie z objawami abstynencji czy wzrostem apetytu, umiejętność rozpoznawania symptomów nawrotu, identyfikacji wyzwalaczy chęci zapalenia oraz radzenia sobie z nimi poprzez czynności alternatywne do palenia.

Zalecane jest łączenie wsparcia z farmakoterapią (p. R.10).

Rekomendacja R.4

Zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży (umiarkowana pewność danych, silna rekomendacja).

Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania poradnictwa grupowego u palących kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane, obejmujące badania przeprowadzone na różnorodnych populacjach wskazują, że poradnictwo grupowe w porównaniu z grupą kontrolną (poradniki samopomocy, krótka porada lub edukacja zdrowotna, niestosowanie interwencji) zwiększało prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [50, 51] Nie było różnicy w prawdopodobieństwie zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy pomiędzy poradnictwem grupowym i indywidualnym. [50]

W przypadku kobiet w ciąży, przegląd Cochrane, opierający się na 30 badaniach porównujących poradnictwo grupowe z grupą kontrolną nie zidentyfikował badań oceniających terapię grupową jako odrębną interwencję; w pozostałych badaniach również nie stosowano poradnictwa grupowego jako odrębnej terapii. [45]

W przeglądach systematycznych nie ma informacji o jakichkolwiek działaniach niepożądanych; członkowie Panelu również nie zidentyfikowali działań niepożądanych związanych z zastosowaniem grupowego poradnictwa na temat zaprzestania palenia.

Biorąc pod uwagę umiarkowaną skuteczność, pomijalne niepożądane efekty zdrowotne i umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji, to jest grupowego poradnictwa oferowanego wszystkim palącym, nad dostarczeniem poradników samopomocy czy niestosowaniem interwencji. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz prawdopodobną możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za oferowaniem grupowego poradnictwa w porównaniu z jego niestosowaniem lub stosowaniem mniej intensywnej interwencji.

Komentarz

Poradnictwo grupowe jest zorganizowaną formą wsparcia dla grupy osób podejmujących próbę zaprzestania palenia. Może być prowadzone przez psychologa, terapeutę, profilaktyka lub pielęgniarkę przeszkoloną w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu. Grupa powinna liczyć maksymalnie 10-12 osób. Optymalną częstotliwością jest 1 spotkanie na tydzień przez około 2-3 miesiące. Program powinien się koncentrować na wzmacnianiu zasobów pacjentów do radzenia sobie z utrzymaniem abstynencji i powinien zawierać przynajmniej następujące elementy: edukację na temat objawów abstynencji i sposobów radzenia sobie z nimi, identyfikację czynników wywołujących chęć palenia (zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych) i opracowanie planu czynności zastępujących palenie, identyfikację zasobów wewnętrznych i zewnętrznych osoby zaprzestającej palenia, radzenie sobie z

napięciem i stresem, edukację na temat utrzymania prawidłowej masy ciała i identyfikację symptomów nawrotu.

Rekomendacja R.5

Zaleca się oferowanie poradnictwa telefonicznego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży (umiarkowana pewność danych, silna rekomendacja).

Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania poradnictwa telefonicznego u palących kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane wskazują, że dodatkowe proaktywne telefoniczne poradnictwo (wielokrotny kontakt) u osób, które skontaktowały się z linią pomocową (Quitline) w porównaniu z postępowaniem kontrolnym (materiały samopomocowe, krótka porada), a także proaktywne telefony do osób wcześniej niekontaktujących się z tą linią dodane do materiałów samopomocowych, interwencji minimalnej, krótkiego poradnictwa, farmakoterapii, zachęt finansowych, w porównaniu z tymi samymi interwencjami nietelefonicznymi zwiększyły prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [52]

Interwencje oparte na wysyłaniu na telefony komórkowe automatycznych wiadomości tekstowych dodanych do minimalnej pomocy zwiększało w porównaniu z wyłączną interwencją minimalną prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie od 6 do 12 miesięcy. Nie obserwowano tego efektu w przypadku aplikacji na smartfon w porównaniu ze wsparciem o mniejszej intensywności. [53]

Dane naukowe z przeglądu systematycznego Cochrane wskazują, że u kobiet w ciąży i po porodzie jakiegokolwiek forma telefonicznego wspierania zaprzestania palenia (również w postaci automatycznych wiadomości tekstowych) względem grupy kontrolnej bez interwencji lub otrzymującej inną interwencję nie zwiększała prawdopodobieństwa zaprzestania palenia w okresie do końca ciąży i we wczesnym okresie połogu (do 6 tygodni po porodzie). [54]

W przeglądach systematycznych nie ma informacji o jakichkolwiek działaniach niepożądanych; członkowie Panelu również nie zidentyfikowali działań niepożądanych związanych z zastosowaniem telefonicznego poradnictwa na temat zaprzestania palenia.

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria: umiarkowaną skuteczność, pomijalne niepożądane efekty zdrowotne i umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – poradnictwa telefonicznego udzielonego wszystkim palącym nad dostarczeniem poradników samopomocy czy udzieleniu krótkiej porady, a także jako interwencji dodanej do innych form wsparcia. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz prawdopodobną możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz), autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za oferowaniem telefonicznego poradnictwa.

Komentarz

W Polsce nieprzerwanie od 1996 r., przy Instytucie Onkologii (obecnie Narodowym Instytucie Onkologii) w Warszawie, działa Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym, która oferuje bezpłatną pomoc w zaprzestaniu palenia. Od 2017 r. TPPP jest finansowana z Narodowego Programu Zdrowia. Numer TPPP znajduje się na każdej paczce papierosów. Poradnia oferuje informację oraz wsparcie (także proaktywne) osobom zaprzestającym palenia, jak również informację dla profesjonalistów. TPPP działa od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-21.00 oraz w soboty w godzinach 9.00-15.00 pod numerem telefonu 801 108 108 oraz, dla osób dzwoniących z telefonów komórkowych - 22 211 80 15.

Zalecenia dotyczące interwencji farmakologicznych

Rekomendacja R.6

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 (słaba rekomendacja, niska pewność danych)

Uzasadnienie do rekomendacji dla populacji ogólnej

Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane obejmujące zróżnicowane populacje palących, w tym z chorobami współistniejącymi (w większości badań palących co najmniej 15 papierosów dziennie), wskazują na większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy przy stosowaniu NTZ (od 3 tygodni do 12 miesięcy) w jakiegokolwiek formie pojedynczo lub w kombinacji w porównaniu z grupami kontrolnymi. [51, 55]

Odsetki osób, które zrezygnowały z udziału w badaniach z powodu skutków ubocznych, były podobne w obu grupach (NTZ vs kontrola). Ze względu na duże zróżnicowanie i różny czas trwania wszystkich zgłoszonych zdarzeń niepożądanych spowodowanych przez NTZ, przeglądy Cochrane nie obejmowały systematycznej syntezy ilościowej częstości ich występowania. Stwierdzono częstsze występowanie bólu w klatce piersiowej i kołatania serca, choć zdarzenia te nie były częste. [55]

Opisane w przeglądzie Cochrane dane pochodzące z innych przeglądów na temat bezpieczeństwa NTZ u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi nie wskazują na częstsze występowanie w tej grupie poważnych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem NTZ w porównaniu z placebo, natomiast większa może być częstość jakichkolwiek zdarzeń sercowo-naczyniowych (głównie przyspieszenie rytmu serca i zaburzenia rytmu serca). [55, 56]

Wykazano także, że użycie kombinacji form NTZ (plastry w połączeniu z krótkodziałającą NTZ w innej formie) w porównaniu z zastosowaniem pojedynczej formy NTZ zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy, przy podobnej częstości poważnych działań niepożądanych i wycofania się z badania z powodu stosowania NTZ. Nie obserwowano natomiast różnic korzystnych i niekorzystnych efektów związanych z dłuższym lub krótszym stosowaniem kombinacji NTZ.[57]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria dla populacji ogólnej: dużą skuteczność, małe niepożądane efekty zdrowotne i wysoką pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – NTZ u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży - nad jej zaniechaniem. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, zróżnicowaną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz), autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem NTZ.

Komentarz do rekomendacji dla populacji ogólnej

W czasie pierwszej wizyty dotyczącej zaprzestania palenia warto zebrać informacje na temat dotychczas stosowanych metod zaprzestania palenia, szczególnie leków, i uwzględnić te doświadczenia w planowaniu leczenia.

W codziennej pracy z osobami uzależnionymi od nikotyny szczególnie chętnie zaleca się NTZ osobom, które obawiają się przyjmowania leków ograniczających objawy odstawienne oraz osobom z chorobami psychicznymi przyjmującym neuroleptyki lub leki antydepresyjne.

Niestety czasem pacjenci postrzegają stosowanie leków łagodzących objawy abstynencyjne jako zamianę jednego uzależnienia – od nikotyny, na drugie – od przyjmowanego leku. W takiej sytuacji objaśnienie koncepcji redukcji szkód* i zastosowanie NTZ może odpowiadać na indywidualne obawy i potrzeby pacjenta.

NTZ może być także rozwiązaniem dla osób, które obawiają się nagłego zaprzestania palenia i chcieliby stopniowo odchodzić od nałogu. Dzieje się tak szczególnie u wieloletnich palaczy, którzy "nie wyobrażają sobie życia bez papierosów". Przy stopniowym ograniczaniu wypalanych papierosów o 50, a potem o 75 procent w porównaniu z wyjściową liczbą, pacjenci przekonują się o własnych możliwościach zerwania z nałogiem i uczą się funkcjonowania bez palenia.

Bardzo ważnym aspektem stosowania NTZ jest zastosowanie dawek i drogi podania nikotyny adekwatnych do siły uzależnienia i liczby wypalanych papierosów. Przyjmowanie co najmniej 1 mg nikotyny zamiast jednego wypalonego papierosa zaspokoi tylko połowę zapotrzebowania na nikotynę. Łączenie plastrów i preparatów krótkodziałających zwiększa skuteczność terapii, dlatego w przypadku nieskuteczności monoterapii warto rozważyć skojarzoną terapię nikotynową. Chociaż pacjenci, z różnych względów, często chcą skracać czas stosowania leków, warto zwracać im uwagę na konieczność stosowania się do zaleceń. Receptory nikotynowe w mózgu potrzebują do 12 tygodni abstynencji aby przestać reagować na brak nikotyny. Zatem przyjmowanie NTZ w tym okresie może zwiększyć szansę pacjentów na utrzymanie abstynencji.

Ponadto, w niektórych przypadkach warto rozważyć stosowanie NTZ w skojarzeniu z bupropionem, cytyzyną lub warenikliną.

* Pojęcie redukcji szkód związanych z paleniem tytoniu odnosi się do zmniejszenia ryzyka chorób (zachorowalności) i zgonów (umieralności) spowodowanych używaniem tytoniu wśród palaczy. Całkowite wyeliminowanie narażenia na nikotynę spowodowałoby co prawda największe zmniejszenie szkód, ale nie zawsze jest to możliwe. Dlatego w redukcji szkód związanych z paleniem głównym celem jest używanie nikotyny w jej mniej szkodliwych formach. Ludzie palą głównie dlatego, że są uzależnieni od nikotyny, ale to inne toksyny zawarte w dymie tytoniowym powodują większość szkód. Nikotynę można uzyskać z wielu produktów, które różnią się stopniem szkodliwości i uzależnienia. To „spektrum szkód” waha się od najwyższych - związanych z konwencjonalnym paleniem tytoniu (papierosów) do najniższych, tj. nikotyny leczniczej (NTZ). [55, 58]

Uzasadnienie do rekomendacji dla kobiet w ciąży

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane wskazują, że u kobiet w ciąży NTZ dodane do wsparcia behawioralnego w porównaniu z grupami kontrolnymi może zwiększać prawdopodobieństwo zaprzestania palenia do 20 tygodnia ciąży i dłużej, przy podobnym ryzyku poronień i podobnej urodzeniowej masie ciała w obu grupach. Mniej poważne działania niepożądane występowały z różną częstością w poszczególnych badaniach. [59]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria: umiarkowaną skuteczność, małe niepożądane efekty zdrowotne i niską pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na przewagę interwencji – NTZ łącznie ze wsparciem behawioralnym nad wyłącznym wsparciem behawioralnym u palących kobiet w ciąży. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia

odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2 i Komentarz), autorzy wytycznych zdecydowali o słabej rekomendacji za stosowaniem NTZ.

Komentarz do rekomendacji dla kobiet w ciąży

Kobiety w ciąży stanowią szczególną grupę osób uzależnionych od tytoniu, wymagającą szybkiej i bezpiecznej interwencji, która zakończy ekspozycję na toksyczne składniki dymu tytoniowego. U kobiet, które pomimo interwencji nefarmakologicznych nie były w stanie zaprzestać palenia, należy rozważyć stosowanie NTZ. Kontynuacja palenia ma z ogromnym prawdopodobieństwem dużo dalej idące konsekwencje dla przebiegu ciąży i rozwoju płodu niż przyjmowanie terapeutycznej nikotyny zawartej w różnych postaciach NTZ. NTZ dostarcza nikotynę, od której pacjentka jest uzależniona, minimalizując równocześnie kontakt z innymi, znacznie bardziej szkodliwymi substancjami dymu tytoniowego. W ten sposób mniejsze są straty zdrowotne ponoszone zarówno przez kobietę, jak i płód. Dodatkowo, podczas stosowania NTZ poziomy nikotyny we krwi są niższe niż w przypadku palenia papierosów. W przypadku palących kobiet w ciąży należy wziąć pod uwagę stosunek ryzyka kontynuacji palenia do korzyści z przyjmowania nikotyny w bezpieczniejszej postaci.

Rekomendacja R.7

Zaleca się stosowanie bupropionu u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (silna rekomendacja, wysoka pewność danych).

Ze względu na niewystarczające dane autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania bupropionu u palących kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane, obejmujące zróżnicowane populacje palących, w tym z chorobami współistniejącymi wskazują na większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy przy stosowaniu bupropionu (przez 7 do 12 tygodni) w porównaniu ze stosowaniem placebo lub niestosowaniem leczenia farmakologicznego. [60] Nie odnotowano znamiennej różnicy w częstości występowania jakichkolwiek poważnych działań niepożądanych analizowanych łącznie i oddzielnie, jednak osoby otrzymujące bupropion częściej niż uczestnicy w grupie kontrolnej/placebo rezygnowały z udziału w badaniu z powodu działań niepożądanych i większe było u nich ryzyko jakichkolwiek działań niepożądanych oraz niepożądanych działań psychiatrycznych. [60] W przypadku kobiet w ciąży dane naukowe w przeglądzie Cochrane obejmowały 2 badania przeprowadzone w małej grupie (łącznie 76 osób). U kobiet otrzymujących bupropion w porównaniu z grupami kontrolnymi nie obserwowano zwiększenia prawdopodobieństwa zaprzestania palenia w 20 tygodniu ciąży lub później, ani istotnego wpływu bupropionu na masę urodzeniową dziecka. Nie opisywano poważnych działań niepożądanych; w odniesieniu do jakichkolwiek działań niepożądanych nie opisywano istotnych różnic między grupami. [59]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria dla populacji ogólnej: dużą skuteczność, umiarkowane niepożądane efekty zdrowotne i wysoką pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – bupropionu nad jego niestosowaniem u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz), autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem bupropionu.

W odniesieniu do kobiet w ciąży Panel ocenił dostępne dane naukowe dotyczące bupropionu jako niewystarczające do sformułowania rekomendacji.

Komentarz

W codziennej praktyce chlorowodorek bupropionu zaleca się osobom, które w trakcie rozmowy zgłaszają objawy sugerujące obniżenie nastroju i u osób leczonym farmakologicznie z epizodem depresyjnym w przeszłości.

W przypadku możliwości wykonania oceny za pomocą Skali Depresji Becka¹, bupropion można również zastosować osobom, które w tej skali uzyskały 14 lub więcej punktów (a więc wykazują umiarkowane cechy depresji).

Lek ten można także zastosować u osób z POChP lub miażdżycą, u których często współwystępuje obniżenie nastroju.

Niektórzy pacjenci zgłaszają, że przeszkodą w podjęciu próby zaprzestania palenia jest obawa przed zwiększeniem masy ciała i otyłością. Ponieważ bupropion zmniejsza apetyt na słodkie, a także ogranicza przyrost masy ciała po zaprzestaniu palenia, można go zastosować u osób, które wyrażają takie obawy, lub u których znaczący przyrost masy ciała wpłynąłby niekorzystnie na stan zdrowia.

W niektórych przypadkach warto rozważyć stosowanie bupropionu w skojarzeniu z NTZ.

Lek podaje się w dawce 300 mg dziennie, w dwóch dawkach po 150 mg rano i wieczorem (dawka początkowa 150 mg rano przez 3 dni). Jednym z częstych objawów ubocznych bupropionu jest bezsenność. U osób zgłaszających ten objaw można zmodyfikować dawkowanie leku, na przykład stosując dawkę 150 mg lub 300 mg wyłącznie rano. Lek należy stosować przez minimum zalecane 7 tygodni, a w sytuacji kiedy pacjent obawia się nawrotu do palenia można bezpiecznie przedłużyć terapię nawet do 52 tygodni.

¹ Skala depresji Becka (*Beck Depression Inventory, BDI*) – stosowana w diagnostyce depresji. Składa się z 21 pytań, na które pacjent samodzielnie udziela odpowiedzi. Możliwe są 4 warianty odpowiedzi, które są inaczej oceniane. Kolejne warianty odpowiedzi odpowiadają zwiększonej intensywności objawów, są więc odpowiednio również wzrastająco punktowane od 0 do 3 punktów. Poziom depresji obliczany jest z uzyskanej po zsumowaniu liczby punktów

Rekomendacja R.8

Zaleca się stosowanie warenikliny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (silna rekomendacja, wysoka pewność danych).

Ze względu na brak danych autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania warenikliny u palących kobiet w ciąży.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane, obejmujące zróżnicowane populacje palących, w tym z chorobami współistniejącymi wskazują na większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 24 tygodni przy stosowaniu warenikliny (w większości badań przez 12 tygodni) w porównaniu ze stosowaniem placebo. [61] W grupie otrzymującej wareniklinę w porównaniu z grupą placebo występowały jednak częściej jakiegokolwiek poważne działania niepożądane: nudności, bezsenność, niezwykle sny i ból głowy. Nie obserwowano natomiast znamiennej różnicy w ryzyku poważnych kardiologicznych i psychiatrycznych działań niepożądanych. [61]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria dla populacji ogólnej: dużą skuteczność, umiarkowane niepożądane efekty zdrowotne, wysoką pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – warenikliny nad jej niestosowaniem u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, zróżnicowaną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem warenikliny.

Komentarz

Wareniklina jest skuteczna w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, a jednocześnie nie wchodzi w znaczące interakcje z innymi lekami. Można stosować ją u osób, które mają schorzenia związane z paleniem tytoniu i które z tego powodu otrzymują inne leki. Ponieważ lek jest względnie kosztowny, przed podjęciem decyzji o jego wyborze należy omówić z pacjentem koszt terapii.

Po zakończeniu 3-miesięcznego podstawowego okresu leczenia, u osób, które przy pełnej dawce 2 mg leku zaprzestały palenia, ale zgłaszają uporczywe myśli o paleniu czy epizody objawów abstynencji można przedłużyć jego stosowanie w stopniowo zmniejszanych dawkach (1 mg a następnie 0.5 mg na dobę). Takie łagodne, stopniowe odstawianie leku może zapobiec nawrotowi palenia.

W niektórych przypadkach warto rozważyć stosowanie warenikliny w skojarzeniu z NTZ.

Najczęstszym objawem zgłaszanym przez pacjentów przyjmujących wareniklinę, szczególnie na początku leczenia, są nudności. Na ogół ich natężenie jest umiarkowane i mijają po około dwóch tygodniach. W celu przeciwdziałania tym objawom zaleca się, aby nie stosować leku na czczo i popijać go sporą ilością wody (około szklanki).

Rekomendacja R.9

Zaleca się stosowanie cytyzyny u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży (silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych).

Ze względu na brak danych autorzy wytycznych nie sformułowali zalecenia dotyczącego stosowania cytyzyny u palących kobiet w ciąży oraz u osób z chorobami psychicznymi.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane, poddanego aktualizacji przez Autorów wytycznych, obejmujące palaczy z populacji ogólnej, wskazują, że cytyzyna (stosowana przez 20 lub 25 dni) w porównaniu z placebo zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 24 tygodni.[61] Poważne działania niepożądane nie występowały istotnie częściej w grupie otrzymującej cytyzynę w porównaniu z grupą otrzymującą placebo, natomiast w jednym badaniu w grupie cytyzyny częściej występowały jakiegokolwiek działania niepożądane z przewodu pokarmowego. [62] Cytyzyna stosowana przez 25 dni stwarza większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia okresie co najmniej 6 miesięcy w porównaniu z NTZ stosowanym przez 8 tygodni) przy podobnej częstotliwości występowania poważnych działań niepożądanych. [61, 63]

U chorych na gruźlicę w okresie co najmniej 6 miesięcy nie obserwowano różnicy w częstotliwości zaprzestania palenia i poważnych działań niepożądanych w grupie cytyzyny w porównaniu z placebo. [64]

Cytyzynę z warenikliną porównywano w dwóch badaniach. W pierwszym z nich cytyzyna nie była mniej skuteczna niż wareniklina (oba leki stosowano przez 12 tygodni), natomiast w drugim, w którym cytyzynę stosowano przez 25 dni, a wareniklinę przez 84 dni, nie potwierdzono nie mniejszej skuteczności cytyzyny w porównaniu z warenikliną. Częstość poważnych działań niepożądanych nie różniła się znamienne między grupami. [65, 66]

Autorzy wytycznych ocenili pewność danych dla cytyzyny jako umiarkowaną - w przeglądzie Cochrane pewność danych obniżono o dwa stopnie z powodu braku precyzji, jednak autorzy wytycznych ocenili, że uzasadnione jest obniżenie oceny z powodu braku precyzji o jeden stopień.

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria dla populacji ogólnej: dużą skuteczność, małe niepożądane efekty zdrowotne, umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – cytyzyny nad jej niestosowaniem u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży . Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem cytyzyny.

Komentarz

Po zebraniu informacji o dotychczasowych doświadczeniach, jeśli pacjent jest przekonany co do zastosowania cytyzyny (np. na podstawie doświadczeń znajomych lub lektury) lub ma pozytywne własne doświadczenie z tym lekiem, warto go zastosować.

Przed zaleceniem stosowania leku należy ustalić, czy pacjent nie ma przeciwwskazań do cytyzyny.

Jednym z ważnych kryteriów wyboru leku jest jego cena. Jeśli motywacją do zaprzestania palenia jest koszt wyrobów tytoniowych, cytyzyna będzie dobrym wyborem. Schemat leczenia proponowany w charakterystyce produktu leczniczego przewiduje tylko 25 dni terapii, a więc jest znacznie krótszy niż dla pozostałych leków, przy czym szansa na uzyskanie trwałej abstynencji wzrasta przy wydłużeniu czasu terapii. Warto zatem informować chorych, że jeśli w trakcie zmniejszania dawki cytyzyny pojawią się objawy odstawienne, mogą kontynuować najniższą skuteczną dawkę leku dłużej niż zalecane 25 dni (najlepiej około 3 miesięcy) i podjąć kolejną próbę zmniejszenia dawki po 2-3 tygodniach. Jednocześnie należy poinformować chorych, że nie powinno się przekraczać maksymalnej dawki leku sugerowanej przez producenta.

Rekomendacja R.10

U wszystkich palących zaleca się łączenie leczenia farmakologicznego ze wsparciem behawioralnym (silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych).

Palące kobiety w ciąży - p. R.6.

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądów Cochrane wskazują, że łączne stosowanie farmakoterapii (głównie NTZ, w pojedynczych badaniach bupropion, wareniklina) z interwencją behawioralną w porównaniu do krótkiej porady, materiałów samopomocy lub standardowej opieki zwiększyło istotnie prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [67] Dodanie do stosowanej farmakoterapii (głównie NTZ, ale w kilku badaniach także bupropion, wareniklina oraz nortryptylina; w trzech badaniach uczestnicy mogli wybrać lek) terapii behawioralnej o większej w porównaniu z mniejszą intensywnością zwiększyło istotnie prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w okresie co najmniej 6 miesięcy. [68]

Biorąc pod uwagę powyższe kryteria dla populacji ogólnej: umiarkowaną skuteczność, małe lub umiarkowane niepożądane efekty zdrowotne (na podstawie oceny dla interwencji farmakologicznych), umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – stosowania łącznie interwencji farmakologicznej ze wsparciem behawioralnym nad stosowaniem ich pojedynczo lub standardową opieką - u wszystkich palących, z wyjątkiem kobiet w ciąży. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za stosowaniem interwencji.

Zalecenia dotyczące osób z chorobami psychicznymi

Ze względu na zidentyfikowanie rekomendacji WHO w zakresie postępowania u osób z chorobami psychicznymi Panel podjął decyzję o ich adaptacji w polskich wytycznych. Panel WHO zdefiniował poważne choroby psychiczne jako obejmujące depresję umiarkowaną do ciężkiej, chorobę afektywną dwubiegunową, schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne. [69]

Panel nie sformułował rekomendacji dotyczącej porady dla populacji osób z chorobami psychicznymi ze względu na brak danych naukowych odnośnie efektu udzielania porady w tej populacji osób. [70]

W Tabeli 3 podsumowano decyzje Panelu wytycznych WHO zaadaptowane przez Grupę Roboczą dla każdego kryterium uwzględnionego w podejmowaniu decyzji. Szczegółowe uzasadnienia dotyczące pożądanych i niepożądanych efektów zdrowotnych do każdej rekomendacji umieszczono w Suplemencie nr 3. Uzasadnienia i wyjaśnienia dotyczące pozostałych kryteriów uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o zaleceniu (evidence to decision - ETD) umieszczono w Suplemencie nr 4.

Rekomendacja R.11

U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie dostosowanego do potrzeb pacjenta programu obejmującego dyrektywną i wspierającą interwencję behawioralną (słaba rekomendacja, bardzo niska pewność danych).

Uzasadnienie

Panel wytycznych WHO w rekomendacji dla interwencji behawioralnych uwzględnił 1 przegląd systematyczny obejmujący 5 badań przeprowadzonych u osób z poważnymi chorobami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie. Obserwowano efekt korzystny w przypadku abstynencji, ale on nie był istotny statystycznie w okresie 6 i 12 miesięcy obserwacji, w jednym badaniu obserwowano większą częstość działań niepożądanych w grupie interwencji, ale według oceny autorów nie były one związane z interwencją. [69, 71]

Panel WHO ocenił, że na podstawie danych dla tej populacji stosunek korzystnych i niekorzystnych efektów zdrowotnych dla interwencji behawioralnych jest niejasny. Jednak ze względu na dane pochodzące z populacji ogólnej Panel WHO ocenił skuteczność odnośnie pożądanych efektów zdrowotnych u osób z poważnymi chorobami psychicznymi jako umiarkowaną, a niepożądanych jako małą. Łącznie biorąc pod uwagę zidentyfikowane przeglądy systematyczne oraz dane dla populacji ogólnej Panel ocenił pewność danych dla interwencji behawioralnych jako bardzo niską. [69]

Panel WHO uwzględnił, że dane dotyczące osób z poważnymi chorobami psychicznymi są ograniczone (mało badań z małą liczbą uczestników), a równocześnie na podstawie oceny ekspertów nie stwierdził niespójności tych danych z danymi dla populacji ogólnej. Panel WHO uzgodnił, że pożądane efekty zdrowotnej przeważają nad niepożądanymi (Tab. 3, Suplement 3, 4). Ze względu na bardzo niską pewność danych Panel uzgodnił słabą rekomendację za stosowaniem interwencji. [69]

Rekomendacja R.12

U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie wardenikliny, bupropionu, nikotynowej terapii zastępczej (słaba rekomendacja, bardzo niska pewność danych).

Stwierdzenia dotyczące najlepszej praktyki: Osoby zlecające leki powinny uwzględnić potencjalne interakcje między bupropionem i wardenikliną a lekami psycholeptycznymi i psychoanaleptycznymi, a także potencjalne przeciwwskazania.

Rekomendacja R.13

U osób z poważnymi chorobami psychicznymi można rozważyć zastosowanie łącznie leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego zgodnie z zaleceniami szkoleniowymi WHO (słaba rekomendacja, bardzo niska pewność danych).

Uzasadnienie

Panel wytycznych WHO w rekomendacjach dla metod farmakologicznych uwzględnił łącznie 4 przeglądy systematyczne badań przeprowadzonych u osób z poważnymi chorobami psychicznymi. [69, 71-74]

Panel WHO ocenił, że brak wystarczających danych naukowych na temat wpływu NTZ na prawdopodobieństwo zaprzestania palenia u osób z poważnymi chorobami psychicznymi, brakuje także danych na temat działań niepożądanych, a stosunek pożądaných i niepożądanych efektów interwencji jest niejasny na podstawie dostępnych badań przeprowadzonych w tej populacji chorych. Jednak ze względu na dane pochodzące z populacji ogólnej Panel WHO ocenił skuteczność odnośnie pożądaných efektów zdrowotnych u osób z poważnymi chorobami psychicznymi jako umiarkowaną, a niepożądanych jako małą. Łącznie, biorąc pod uwagę zidentyfikowane przeglądy systematyczne oraz dane dla populacji ogólnej, Panel ocenił pewność danych dla NTZ jako bardzo niską. [69]

Panel WHO, biorąc pod uwagę korzyści w odniesieniu do prawdopodobieństwa zaprzestania palenia, a także potwierdzoną skuteczność tej interwencji w populacji ogólnej, ocenił skuteczność bupropionu i wardenikliny odnośnie pożądaných efektów zdrowotnych u osób z poważnymi chorobami psychicznymi jako umiarkowaną. Panel WHO ocenił skuteczność odnośnie efektów niepożądanych jako małą, choć większe może być ryzyko neuropsychiatrycznych działań niepożądanych; w badaniu EAGLES nie obserwowano znamienne częstszych psychiatrycznych działań niepożądanych związanych z leczeniem bupropionem lub wardenikliną w porównaniu do NTZ zarówno u osób z chorobami, jak i bez chorób psychicznych.[75] W przypadku bupropionu zwrócono uwagę na potencjalne ryzyko przedawkowania oraz pogorszenia objawów psychozy i manii, a w przypadku wardenikliny na niespójne wyniki badań w zakresie działań niepożądanych, a także na konieczność monitorowania leczonych przez pierwsze 2-3 tygodnie pod kątem psychiatrycznych działań niepożądanych i możliwe interakcje obu leków z lekami stosowanymi w leczeniu choroby podstawowej. Łącznie, biorąc pod uwagę zidentyfikowane przeglądy systematyczne oraz dane dla populacji ogólnej, Panel ocenił pewność danych dla bupropionu i wardenikliny jako niską. Panel uzgodnił przewagę pożądaných efektów zdrowotnych, chociaż istnieje możliwość niepożądanych efektów zdrowotnych. [69]

W przypadku łącznego stosowania interwencji nefarmakologicznych i farmakologicznych Panel WHO wziął pod uwagę, że leczenie behawioralne jako jedyna forma terapii antytytoniowej wiąże się z małym odsetkiem (około 4%) uzyskania abstynencji u osób z poważnymi chorobami psychicznymi, dlatego w tej populacji zaleca się kojarzenie leczenia behawioralnego i farmakoterapii zgodnie z zaleceniami dla populacji ogólnej. [69]

Panel WHO uwzględnił, że dla wszystkich trzech interwencji farmakologicznych (NTZ, wardeniklina, bupropion) dane dotyczące osób z poważnymi chorobami psychicznymi są ograniczone (niewielka liczba badań, mała liczba uczestników), a równocześnie na podstawie oceny ekspertów nie stwierdził niespójności tych danych z danymi dla populacji ogólnej. Panel uzgodnił, że pożądane efekty zdrowotnej przeważają nad niepożądanymi, przy uwzględnieniu potencjalnych interakcji (Tab. 3, Suplement 3, 4). Ze względu na niską i bardzo niską pewność danych Panel uzgodnił słabą rekomendację za stosowaniem każdej z wymienionych interwencji farmakologicznych i stosowaniem ich łącznie z leczeniem behawioralnym. [69]

Zalecenia dotyczące organizacji systemu opieki

Rekomendacja R.14

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).

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądu systematycznego Cochrane wskazują, że szkolenia pracowników opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzależnienia od tytoniu w porównaniu z ich nieszkoleniem zwiększa w okresie co najmniej 6 miesięcy szansę zaprzestania palenia przez osoby przez nich leczone. [76] W przeglądzie nie wykazano niepożądanych efektów zdrowotnych związanych ze szkoleniem profesjonalistów medycznych. Autorzy wytycznych również nie zidentyfikowali niepożądanych efektów zdrowotnych związanych ze stosowaniem tej interwencji.

Biorąc pod uwagę dużą skuteczność (abstynencja), pomijalne niepożądane efekty zdrowotne i umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – szkolenia pracowników opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu nad nieszkoleniem. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, prawdopodobną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz możliwość wdrożenia interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za wprowadzeniem szkoleń.

Komentarz

System szkoleń z zakresu diagnostyki i leczenia uzależnienia od nikotyny istnieje w Polsce od ponad 20 lat. Od kilku lat finansowany jest w ramach Narodowego Programu Zdrowia i organizowany przez interdyscyplinarny zespół Instytutu Onkologii (obecnie Narodowego Instytutu Onkologii) w Warszawie. Szkolenie jest certyfikowane, a certyfikat uprawnia do kontraktowania leczenia uzależnienia od nikotyny w ramach Programu Profilaktyki Chorób Odytoniowych. Program szkolenia zawiera część teoretyczną i warsztatową. Program szkolenia obejmuje m.in. następujące zagadnienia: toksykologia dymu tytoniowego, szkody zdrowotne wynikające z palenia tytoniu i używania produktów z nikotyną, ekspozycja na dym tytoniowy populacji Polski, wielkość szkód zdrowotnych w Polsce, charakterystyka zespołu uzależnienia od tytoniu wraz z zespołem objawów abstynencyjnych, diagnostyka, leczenie farmakologiczne oraz metody wsparcia behawioralnego, specjalne zagadnienia: depresja i przyrost masy ciała, Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym. Zapisów na szkolenie można dokonywać przez stronę internetową <http://szkoleniazut.coi.pl/>.

Rekomendacja R.15

Panel rekomenduje zmniejszenie kosztów leczenia uzależnienia od nikotyny dla pacjenta (silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych).

Uzasadnienie

Dane naukowe pochodzące z przeglądów systematycznych Cochrane wskazują, że zarówno całkowite, jak i częściowe pokrycie kosztów interwencji antytytoniowych w porównaniu z ich niefinansowaniem zwiększa prawdopodobieństwo zaprzestania palenia. Całkowite finansowanie w porównaniu z niefinansowaniem zwiększało odsetek osób stosujących interwencje farmakologiczne (NTZ, bupropion) i behawioralne. Nie obserwowano różnicy efektu między całkowitym i częściowym pokryciem kosztów interwencji antytytoniowych. [47, 77] W przeglądzie nie wykazano niepożądanych efektów zdrowotnych, autorzy wytycznych również nie zidentyfikowali niepożądanych efektów zdrowotnych związanych z tą interwencją.

Biorąc pod uwagę dużą skuteczność (abstynencja), pomijalne niepożądane efekty zdrowotne, umiarkowaną pewność danych Panel uznał, że uwzględnione dane naukowe wskazują na jednoznaczną przewagę interwencji – zmniejszenia kosztów leczenia uzależnienia od tytoniu dla pacjenta nad nieoferowaniem takiego rozwiązania. Uwzględniając także pozostałe kryteria (możliwą dużą niepewność lub zróżnicowanie co do wartości, przewagę w zakresie efektywności kosztowej, zróżnicowaną akceptowalność interwencji wśród interesariuszy oraz prawdopodobnie możliwe wdrożenie interwencji pod warunkiem stworzenia odpowiedniego systemu opieki nad uzależnionymi od nikotyny - p. Tab. 2, Suplement 3, 4 i Komentarz) autorzy wytycznych zdecydowali o silnej rekomendacji za wprowadzeniem takiego rozwiązania.

Komentarz: docelowy system opieki nad pacjentem z uzależnieniem od nikotyny

Według WHO leczenie uzależnienia od nikotyny jest jedną z sześciu najskuteczniejszych metod ograniczania epidemii tytoniu.[36] Dodatkowo Artykuł 14 Ramowej konwencji WHO o ograniczeniu użycia tytoniu (WHO FCTC), którego Polska jest stroną stanowi że: „każda ze Stron opracuje i rozpowszechni odpowiednie, wszechstronne i zintegrowane wytyczne oparte na dowodach naukowych i najlepszych praktykach, z uwzględnieniem krajowych okoliczności i priorytetów oraz podejmie skuteczne środki w celu promowania zaprzestania palenia tytoniu używania i odpowiedniego leczenia uzależnienia od tytoniu”. [37]

Modelowo działający system opieki nad pacjentem uzależnionym od nikotyny powinien być realizowany na każdym etapie opieki zdrowotnej, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (kardiologicznej, pulmonologicznej czy onkologicznej) oraz szpitalnej. Dodatkowo, dobrą praktyką jest zapewnienie pacjentom pomocy w specjalistycznych poradniach antynikotynowych. [78]

Pierwszym etapem prawidłowego postępowania są aktywności wszystkich pracowników systemu opieki zdrowotnej, w szczególności lekarzy i pielęgniarek, którzy powinni pytać każdego pacjenta o używanie produktów tytoniowych oraz w sposób przyjazny i empatyczny, ale stanowczy informować o szkodliwości palenia i konieczności zaprzestania palenia. Porada na temat zaprzestania palenia powinna wskazywać na ryzyko zdrowotne związane z kontynuacją palenia, jak również korzyści z jego zaprzestania. Następnie, w zależności od możliwości, personel powinien rozpocząć leczenie lub skierować pacjenta do placówki, w której otrzyma on wyspecjalizowaną pomoc. W każdym szpitalu powinna powstać komórka specjalizująca się w udzielaniu pomocy osobom uzależnionym od nikotyny lub specjalistyczna poradnia antynikotynowa. Sieć ambulatoryjnych poradni antynikotynowych, oferujących pomoc lekarską oraz psychologiczną, powinna pokrywać obszar całego kraju tak aby móc zapewnić leczenie wszystkim pacjentom podejmującym próbę zaprzestania palenia. W niektórych krajach, które wprowadziły system leczenia na szeroką skalę, poradnictwo prowadzone jest przez średni personel medyczny np. pielęgniarki bądź tzw. edukatorów zdrowotnych. Doświadczenia innych krajów, a także dane z literatury wskazują na większą skuteczność systemu „opt-out”, tj. takiego w którym każdemu pacjentowi oferuje się leczenie w specjalistycznej poradni (bez skierowania), chyba, że odmówi.

Standardem jest również, przynajmniej częściowe, refundowanie kosztów farmakoterapii (p. R.15).

Nowoczesne programy angażują również farmaceutów, od których pacjenci zaprzestający palenia otrzymują w aptece porady oraz farmakoterapię.

Tabela 1. Role członków Grupy Roboczej i informacja o konflikcie interesów

Członek Grupy Roboczej	Rola	Istotny COI
Piotr Jankowski	przewodniczący Grupy Roboczej wytycznych	Nie *
Łukasz Balwicki	Członek Grupy Roboczej	Nie
Magdalena Cedzyńska	Członek Grupy Roboczej	Nie
Małgorzata Czajkowska-Malinowska	Członek Grupy Roboczej	Nie
Agnieszka Jankowska-Zduńczyk	Członek Grupy Roboczej	Nie
Jacek Jassem	Członek Grupy Roboczej	Nie *
Dorota Korycińska	przedstawiciel pacjentów	Nie
Dorota Lewandowska	Członek Grupy Roboczej	Nie
Filip Mejza	Członek Grupy Roboczej	Nie
Joanna Pazik	Członek Grupy Roboczej	Nie
Elżbieta Puścińska	Członek Grupy Roboczej	Nie *
Jakub Szymański	przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia	Nie
Małgorzata Bała	metodolog	Nie
Joanna Zając	metodolog	Nie

*udział w opracowaniu i zatwierdzaniu wytycznych

Tabela 2. Uzgodnione decyzje Autorów wytycznych odnośnie każdego kryterium evidence to decision dla każdego pytania/rekomendacji													
Kryterium/Zalecenia	R.1	R.2	R.3	R.4	R.5	R.6	R.6 kobiety w ciąży	R.7	R.8	R.9	R.10	R.14	R.15
Problem priorytetowy?	T												
Skuteczność (wielkość pożądanych efektów zdrowotnych)	D	U	D	U	U	D	U	D	D	U	U	D	D
Wielkość niepożądanych efektów zdrowotnych	Pom	Pom	Pom	Pom	Pom	M	M	U	U	M	Nie wiadom o *	Pom	Pom
Pewność danych	Brak	U/W	U/W	U	U.	W	N	W	D	U	U	U	U
Wartości	Możliwa duża niepewność lub zróżnicowanie												
Stosunek pożądanych i niepożądanych efektów	Przewaga interwencji												
Opłacalność	Przewaga interwencji												

Akceptowalność	PT	PT	T	PT	PT	Zr	PT	PT	Z	T	T	T	Zr
Możliwość wdrożenia	T	T	T	PT	PT	T	T	T	T	T	T	T	PT

*(prawdopodobnie jak w każdej farmakologicznej) D = Duża; M = Mała; N = Niska; Pom - Pomijalne; PT= Prawdopodobnie tak; T= Tak; U - umiarkowane, umiarkowana; W - wysoka, Zr – Zróżnicowane

Tabela 3. Uzgodnione decyzje Panelu WHO przyjęte przez Autorów wytycznych odnośnie każdego kryterium evidence to decision dla rekomendacji dotyczących osób z chorobami psychicznymi (R.11-R.13)[69]			
Kryterium/Zalecenia	R.11	R.12	R.13
Problem priorytetowy?	T		
Skuteczność (wielkość pożądanых efektów zdrowotnych)	U	U	U
Wielkość niepożądanych efektów zdrowotnych	M	M	M
Pewność danych	N/BN	N/BN	N/BN

Wartości	Możliwa duża niepewność lub zróżnicowanie
Stosunek pożądanych i niepożądanych efektów	Prawdopodobna przewaga interwencji
Niezbędne zasoby	Umiarkowane koszty
Pewność danych dla niezbędnych zasobów	N
Równość	Zwiększona
Opłacalność	brak badań
Akceptowalność	PT
Możliwość wdrożenia	PT

Dodatek 1

Narzędzia diagnostyczne

Tabela 3. Test Fagerstroma[30]

PYTANIE	ODPOWIEDŹ	PUNKTY
Jak szybko po przebudzeniu zapala Pani/ Pan pierwszego papierosa?	do 5 minut*	3
	6-30 minut*	2
	31-60 minut	1
	po 60 minutach	0
Czy ma Pani/ Pan trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie to jest zakazane?	Tak	1
	Nie	0
Z którego papierosa jest Pani/ Panu najtrudniej zrezygnować?	Z pierwszego rano	1
	Z każdego innego	0

Ile papierosów wypala Pani/ Pan w ciągu dnia?	10 lub mniej	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 i więcej	3
Czy częściej pali Pani/ Pan papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	Tak	1
	Nie	0
Czy pali Pani /Pan papierosy nawet wtedy, gdy jest Pani/ Pan tak chora(y), że musi leżeć w łóżku	Tak	1
	Nie	0

Interpretacja wyniku: 0-6 punktów - słabe uzależnienie fizyczne od nikotyny

7 punktów i więcej: silne fizyczne uzależnienie od nikotyny

Tabela 4. Indeks ciężkości palenia (The Heaviness of Smoking Index) [31]

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
---------	-----------	--------

Tabela 4. Indeks ciężkości palenia (The Heaviness of Smoking Index) [31]

Jak szybko po przebudzeniu zapala Pani/ Pan pierwszego papierosa?	do 5 minut*	3
	6-30 minut*	2
	31-60 minut	1
	po 60 minutach	0
Ile papierosów wypala Pani/ Pan w ciągu dnia?	10 lub mniej	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 i więcej	3

5-6 punktów -- silne fizyczne uzależnienie od nikotyny

Piśmiennictwo

- 1.WHO. European health report 2018: More than numbers – evidence for all. World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2018.
- 2.Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396(10258):1223-49.
- 3.IHME. Global Burden of Disease Study: Institute for Health Metrics and Evaluation; [Available from: <https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>].
- 4.IHME. GBD Result Tool: Institute for Health Metrics and Evaluation; [Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>].
- 5.WHO. Assessment of the Economic Costs of Smoking. World Health Organisation; 2011.
- 6.Rezaei S, Akbari Sari A, Arab M, Majdzadeh R, Mohammad Poorasl A. Economic burden of smoking: a systematic review of direct and indirect costs. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:397.
- 7.Łyszczarz B. Production losses associated with premature mortality in 28 European Union countries. J Glob Health. 2019;9(2):020418-.
- 8.Łyszczarz B, Sowa K. Production losses due to mortality associated with modifiable health risk factors in Poland. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2022;23(1):33-45.
- 9.NIZP-PZH. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa 2020: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny; 2020.
- 10.Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global health. 2018;6(7):e769-e76.
- 11.Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Warszawa: Główny Inspektorat Sanitarny; 2017.
- 12.CDC. Best Practices User Guide: Health Equity in Tobacco Prevention and Control. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2015.
- 13.Health NCFCDPaHPUOoS. Reports of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
- 14.IARC. Tobacco smoking. IARC monographs on evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Lyon1986.
- 15.Parkin DM. 2. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. British Journal of Cancer. 2011;105(2):S6-S13.
- 16.Callum C. The UK smoking epidemic: deaths in 1995. . Health Education Authority; 1998.
- 17.Hurley S, Winnall, WR, Greenhalgh, EM & Winstanley, MH. . Tobacco in Australia: Facts and issues. [cited 2 November 2021]. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2021, [cited 2 November 2021]. Available from: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-3-health-effects/3-4-lung-cancer>.
- 18.Peto R LA, Pan H, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries, 1950–2020 2015 [Available from: <https://gas.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/C4230.pdf>].

- 19.GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report. . Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2019.
- 20.Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet (London, England). 2004;364(9438):937-52.
- 21.Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328(7455):1519.
- 22.Greenhalgh E, Stillman, S., & Ford, C. . 7.1 Health and other benefits of quitting. 2020. In: Tobacco in Australia: Facts and issues [Internet]. Melbourne: Cancer Council Victoria. Available from: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-7-cessation/7-2-health-and-other-benefits-of-quitting>.
- 23.Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. Translational lung cancer research. 2019;8(Suppl 1):S50-s8.
- 24.Perdyan A, Jassem J. Impact of Tobacco Smoking on Outcomes of Radiotherapy: A Narrative Review. Current oncology (Toronto, Ont). 2022;29(4):2284-300.
- 25.Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. Translational lung cancer research. 2019;8(Suppl 1):S50-S8.
- 26.Ditre JW, Gonzalez BD, Simmons VN, Faul LA, Brandon TH, Jacobsen PB. Associations between pain and current smoking status among cancer patients. Pain. 2011;152(1):60-5.
- 27.Declaration from IASLC: Tobacco Cessation After Cancer Diagnosis [press release]. <https://www.iaslc.org/iaslc-news/press-release/declaration-iaslc-tobacco-cessation-after-cancer-diagnosis>: IASLC2019.
- 28.WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.) 2019 [Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1699574100>].
- 29.Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J, Balwicki L, Sobczak A. Rise in Electronic Cigarette Use Among Adolescents in Poland. Journal of Adolescent Health. 2014;55(5):713-5.
- 30.Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of behavioral medicine. 1989;12(2):159-82.
- 31.John U, Meyer C, Schumann A, Hapke U, Rumpf HJ, Adam C, et al. A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. Addictive Behaviors. 2004;29(6):1207-12.
- 32.Miller WR RS. Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
- 33.West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction (Abingdon, England). 2005;100(3):299-303.
- 34.Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. 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). European heart journal. 2012;33(13):1635-701.

35. Zdrowia NF. NFZ o zdrowiu. Choroby odtytoniowe. Raport 2021. Narodowy Fundsz Zdrowia; 2021.
- 36.WHO. MPOWER. World Health Organisation; 2008.
- 37.WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), (2003).
- 38.Tobacco Use and Dependence Guidelines Panel: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008.
- 39.NICE. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE guideline Published: 30 November 2021. 2021.
- 40.(RACGP) TRACoGP. Supporting smoking cessation: A guide for health professionals: The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP); 2021 [Available from: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation>].
- 41.Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019;140(11):e563-e95.
- 42.Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(12).
- 43.Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(5).
- 44.Holliday R, Hong B, McColl E, Livingstone-Banks J, Preshaw PM. Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021(2).
- 45.Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(2).
- 46.Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(3).
- 47.Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021(9).
- 48.Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To ANR, et al. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2019;2019(10).
- 49.Rigotti NA, Clair C, Munaf  MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(5).
- 50.Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(3).
- 51.Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(2).

52. Matkin W, Ordonez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(5).
53. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(10).
54. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(7).
55. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(5).
56. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*. 2014;129(1):28-41.
57. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(4).
58. Lenton S, Single E. The definition of harm reduction. *Drug and alcohol review*. 1998;17(2):213-9.
59. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(3).
60. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(4).
61. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(5).
62. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, et al. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *New England journal of medicine*. 2011;365(13):1193-200.
63. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, et al. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *New England journal of medicine*. 2014;371(25):2353-62.
64. Dogar O, Keding A, Gabe R, Marshall AM, Huque R, Barua D, et al. Cytisine for smoking cessation in patients with tuberculosis: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet Global health*. 2020;8(11):e1408-e17.
65. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, Weaver NA, Petrie D, Mendelsohn CP, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: a Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(1):56-64.
66. Walker N, Smith B, Barnes J, Verbiest M, Parag V, Pokhrel S, et al. Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous Māori: a randomized controlled trial. *Addiction (Abingdon, England)*. 2021.
67. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(3).

- 68.Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(6).
- 69.WHO. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 70.Khanna P, Clifton AV, Banks D, Tosh GE. Smoking cessation advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(1).
- 71.Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):252.
- 72.Roberts E, Eden Evins A, McNeill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*. 2016;111(4):599-612.
- 73.Secades-Villa R, González-Roz A, García-Pérez Á, Becoña E. Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(12):e0188849.
- 74.Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;2013(2):Cd007253.
- 75.Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10037):2507-20.
- 76.Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(5).
- 77.van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers S, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(9).
- 78.Brose LS, West R, McDermott MS, Fidler JA, Croghan E, McEwen A. What makes for an effective stop-smoking service? *Thorax*. 2011;66(10):924-6.

