

Global State of Tobacco Harm Reduction

Palenie tytoniu w grupie osób borykających się z problemami związanymi z zażywaniem narkotyków

Maj
2026

WIĘCEJ PUBLIKACJI ZNAJDZIESZ NA [GSTHR.ORG](https://gsthr.org)



gsthr.org



[@globalstatethr](https://twitter.com/globalstatethr)



[@gsthr](https://facebook.com/gsthr)



[@gsthr](https://youtube.com/gsthr)



[@gsthr.org](https://instagram.com/gsthr)



Creative Commons
Attribution (CC BY)

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich dwóch dekad w wielu państwach, szczególnie tych zamożniejszych, zaobserwowano spadek odsetka palaczy w populacji ogólnej osób dorosłych. Niemniej jednak zarówno w krajach o wysokich dochodach (HIC – z ang. high-income countries), jak i w tych o niskich i średnich dochodach (LMIC – z ang. low- and middle-income countries) palenie tytoniu ma istotny i często nieproporcjonalny wpływ na społeczności marginalizowane. W niniejszym dokumencie informacyjnym analizujemy, w jaki sposób palenie tytoniu wpływa na jedną z tych grup, a mianowicie na osoby borykające się z problemami związanymi z zażywaniem narkotyków. Publikacja pt. **Włączanie strategii redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu do usług w zakresie leczenia narkomanii i redukcji szkód**, wydana równolegle z niniejszym dokumentem informacyjnym, zawiera praktyczne wskazówki dla pracowników na pierwszej linii.

Zażywanie narkotyków obarczonych wysokim ryzykiem: fragment złożonego obrazu

Zażywanie narkotyków obarczonych wysokim ryzykiem i uzależnienie od substancji odurzających może mieć katastrofalne skutki dla osób i rodzin, których to dotyczy. Ponadto stanowi to również poważny problem dla zdrowia publicznego w skali globalnej. Według danych szacunkowych Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości na rok 2023 na całym świecie 64 mln osób cierpiało na zaburzenia związane z zażywaniem substancji odurzających, z czego około 14 mln przyjmowało narkotyki w formie iniekcji. Tylko jedna na 12 osób poddawała się leczeniu.¹

Zażywanie narkotyków obarczonych wysokim ryzykiem często wiąże się z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak zły stan zdrowia i wykluczenie społeczne. Dane różnią się w zależności od kraju, ale według średnich oszacowań opartych na wielu badaniach około 60% osób spełniających kryteria diagnostyczne „zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych” cierpi na co najmniej jedną inną poważną chorobę psychiczną, a około połowa osób bezdomnych jest uzależniona od narkotyków.^{2,3,4} Osoby przyjmujące narkotyki w formie iniekcji są narażone na wysokie ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew w wyniku stosowania zanieczyszczonego sprzętu; wyniki jednej z globalnych metaanaliz wskazują, że 15% z nich jest nosicielami wirusa HIV, 60% cierpi na wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV), a 6% na wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV).^{5,6} Odsetek osób zakażonych gruźlicą (TB) wśród osób sięgających po narkotyki według danych szacunkowych również jest na podwyższonym poziomie wynoszącym 25% (w porównaniu z 5–10% w globalnej populacji ogólnej).⁷

Uzależnienie od narkotyków jest też powszechne wśród osób przebywających w więzieniach. Według danych z 13 państw LMIC odsetek osób ze schorzeniami związanymi z używaniem narkotyków wykrytych podczas przyjmowania do więzienia wynosił od 27% do 68%, natomiast badania europejskie wskazują, że od 30% do 75% osób nadużywających substancje psychoaktywne przebywało przez jakiś czas w więzieniu.^{8,9}

według danych szacunkowych
64 mln osób na całym świecie
cierpiało na zaburzenia
związane z zażywaniem
substancji odurzających,
z czego około 14 mln
przyjmowało narkotyki w formie
iniekcji. Tylko jedna na 12 osób
poddawała się leczeniu

Międzynarodowe dane konsekwentnie wskazują, że odsetek osób palących lub nadużywających wyrobów tytoniowych jest w tej społeczności nieproporcjonalnie wysoki. W metaanalizie przeprowadzonej przez Guydish'a i in. zweryfikowano 54 badania zawierające dane dotyczące odsetka palaczy wśród osób leczonych z uzależnień w 20 krajach i porównano je z odsetkiem palaczy w populacji ogólnej. Wśród osób objętych leczeniem uzależnień odsetek palaczy był 2–4-krotnie wyższy niż w populacji ogólnej; średni odsetek palaczy wyniósł 85% i był najwyższy wśród osób objętych leczeniem podtrzymującym agonistami opioidowymi (OAMT – z ang. Opioid Agonist Maintenance Treatment).¹⁰ W niedawnym badaniu przeprowadzonym wśród osób dorosłych korzystających z usług w zakresie redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu w Kirgistanie stwierdzono niemal powszechne zażywanie nikotyny (98%), przede wszystkim w formie codziennego palenia tytoniu (79%), a w dalszej kolejności w postaci codziennego zażywania naswaju, regionalnego wyrobu tytoniowego do stosowania doustnego (18%).¹¹

Okazuje się więc, że większość osób rozpoczynających leczenie odwykowe boryka się z szeregiem złożonych i wzajemnie powiązanych problemów. Obejmuje to również palenie papierosów i stosowanie wyrobów tytoniowych obarczonych wysokim ryzykiem. Niestety, mimo istotnych i dobrze udokumentowanych zagrożeń dla zdrowia związanych ze stosowaniem wyrobów tytoniowych, ich wpływ, jak i wysiłki na rzecz ułatwiania rezygnacji z ich stosowania, nie są traktowane priorytetowo w niektórych warunkach terapeutycznych. Może to wynikać z wielu przyczyn. Specjaliści mogą sami być palaczami, personel może nie być odpowiednio przeszkolony w zakresie wspomagania w rzucaniu palenia, a ponadto mogą pojawić się obawy, że walka z nałogiem palenia zakłóci proces wychodzenia z uzależnienia od innych substancji. W wielu przypadkach zaistniała sytuacja może również wynikać z nadmiaru obowiązków, z którymi pracownicy służby zdrowia muszą się borykać.

W jaki sposób palenie tytoniu wpływa na osoby, które jednocześnie nadużywają narkotyków?

Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn chorób, którym da się zapobiec – i to we wszystkich populacjach. Wywołuje raka płuc i wiele innych rodzajów nowotworów, a także choroby układu krążenia, udary mózgu oraz choroby układu oddechowego, w szczególności POChP. Ponadto zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę typu II i wiąże się z osłabieniem odporności. Aż połowa wszystkich osób palących umrze przedwcześnie z powodu schorzeń wywołanych tym nałogiem.

Tak naprawdę każdy palacz naraża swoje zdrowie na powyższe zagrożenia. Badania potwierdzają również, że osoby zmagające się z problemami spowodowanymi zażywaniem



międzynarodowe dane konsekwentnie wskazują, że odsetek osób palących lub nadużywających wyrobów tytoniowych jest w tej społeczności nieproporcjonalnie wysoki

narkotyków są znacznie bardziej narażone na przedwczesną śmierć z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu niż reszta społeczeństwa.

Z najnowszej analizy danych dotyczących śmiertelności wśród 106 789 osób zażywających heroinę w Anglii wynika, że 63% z nich umrze przed ukończeniem 70. roku życia, co stanowi wyraźny kontrast do sytuacji populacji ogólnej, w przypadku której wskaźnik ten sięga jedynie 16%. Co istotne, za odsetek przedwczesnych zgonów wśród osób zażywających heroinę odpowiadało niemal w równym stopniu palenie tytoniu (24%), jak stosowanie nielegalnych środków odurzających (28%).¹² W jednym z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych odsetek zgonów związanych z paleniem tytoniu w całej populacji wyniósł 31%, natomiast wśród osób leczonych z powodu problemów powiązanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych – 54%. Osoby objęte leczeniem odwykowym były również bardziej narażone na śmierć z przyczyn związanych z paleniem tytoniu w młodszym wieku niż reszta populacji.¹³

Te różnice mają złożone przyczyny i wynikają z wzajemnych powiązań. Długotrwałe zażywanie narkotyków obarczonych wysokim ryzykiem może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia, w zależności od rodzaju zażywanych substancji i metod ich podawania. Jak wspominaliśmy wcześniej, przyjmowanie narkotyków w formie iniekcji znacznie zwiększa ryzyko zakażenia wirusami przenoszonymi przez krew. Palenie dodatkowo komplikuje sytuację. Wygląda na to, że HIV stanowi niezależny czynnik ryzyka rozwoju nowotworów związanych z paleniem tytoniu; jedno z ostatnich badań wykazało, że co czwarty zgon osoby żyjącej z HIV w Stanach Zjednoczonych można przypisać paleniu papierosów.^{14,15} Palenie tytoniu wiąże się z gorszym stanem wątroby u osób z HCV i HCB oraz z cięższym przebiegiem gruźlicy.^{16,17}

Osoby przyjmujące substancje odurzające w formie palnej, np. crack, metamfetaminę lub opiaty, a także palące wyroby tytoniowe, często borykają się z problemami ze zdrowiem układu oddechowego, przy czym częstsze i długotrwałe palenie narkotyków wiąże się z rozpoznaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).¹⁸ Szacuje się, że aż połowa osób palących heroinę spełnia kryteria rozpoznania POChP (w porównaniu do jednej piątej w przypadku przyjmujących ją w formie iniekcji); POChP prawdopodobnie zwiększa ryzyko przedawkowania opiatów z powodu depresji oddechowej, co wynika z ograniczonej zdolności oddychania u tych osób.^{19,20}

Dlaczego odsetek palaczy wśród osób zażywających narkotyki jest tak wysoki?

Niezależnie od tego, czy osoby palące zażywają inne substancje, sięgają po tytoń z wielu różnych powodów. Należy pamiętać, że może to obejmować również przyjemność lub radość płynącą z palenia. Może to również wynikać z przekonania, że nikotyna pomaga radzić sobie ze smutkiem, nudą lub stresem. Częste zażywanie nikotyny może prowadzić do uzależnienia.

z najnowszej analizy danych dotyczących śmiertelności wśród 106 789 osób zażywających heroinę w Anglii wynika, że za odsetek przedwczesnych zgonów odpowiadało niemal w równym stopniu palenie tytoniu (24%), jak stosowanie nielegalnych środków odurzających (28%)

badania wskazują, że połączenie nikotyny z innymi środkami psychoaktywnymi zwiększa wchłanianie jednej lub obu substancji przez organizm

Jak już wspomnieliśmy, odsetek osób palących wśród osób zażywających narkotyki jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej. Poniżej przedstawiliśmy konkretne czynniki, które mogą mieć na to wpływ:

» **Przyjmowanie nikotyny w celu łagodzenia objawów odstawienia substancji psychoaktywnych lub nieprzyjemnych skutków ubocznych związanych z ich stosowaniem**

Nikotyna przynosi chwilową ulgę w przypadku stresu, niepokoju i objawów odstawiennych – np. przy gwałtownym spadku energii po zażyciu środków pobudzających. Badania wskazują, że stosowanie nikotyny pomaga w łagodzeniu objawów odstawienia opioidów, co zresztą również potwierdzają osoby zażywające te substancje.²¹

» **Stosowanie nikotyny w celu wzmocnienia efektów wywołanych zażywaniem narkotyków**

Badania wykazały, że łączenie nikotyny z innymi substancjami psychoaktywnymi, takimi jak środki pobudzające (kokaina, amfetamina), opioidy (heroina), tetrahydrokannabinol (THC, przyjmowany w produktach pozyskiwanych z konopi indyjskiej i nie tylko) oraz alkohol, zwiększa wchłanianie jednej lub obu tych substancji przez organizm, co może powodować intensyfikację doznań odczuwanych przez użytkownika.²² Prawdopodobnie dotyczy to również nowych związków psychoaktywnych – takich jak syntetyczne kannabinoidy czy katyny.

» **Stosowanie nikotyny jako składnika rytuału zażywania narkotyków**

Ludzie często palą papierosy przed zażyciem narkotyków albo bezpośrednio po zażyciu, traktując to jako element rytuału. W ten sposób palenie tytoniu staje się nieodłącznie związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych, co tylko pogłębia oba rodzaje nałogu.²³

» **Stosowanie nikotyny w celu samodzielnego leczenia chorób psychicznych lub skutków ubocznych przyjmowania narkotyków**

Jak już wspomniano, odsetek palaczy wśród osób cierpiących na zaburzenia psychiczne też jest podwyższony.²⁴ Badania sugerują, że stosowanie nikotyny może wiązać się ze złagodzeniem określonych objawów, na przykład zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). U niektórych osób cierpiących na schizofrenię stosowanie nikotyny może stanowić formę samoleczenia, która w ich opinii ogranicza zaburzenia poznawcze, a także efekty uboczne stosowania leków psychiatrycznych.²⁵

» **Stosowanie nikotyny w odpowiedzi na uwarunkowania społeczne i środowiskowe**

Jak już wspomniano, osoby uzależnione od narkotyków często borykają się z wieloma złożonymi i wzajemnie powiązanymi problemami. Mogą przebywać w środowiskach i kręgach towarzyskich, w których palenie jest zjawiskiem powszechnym, naturalnym lub wpisanym w obyczajowość. Może to obejmować czas spędzony na ulicy, w schronisku



lub ośrodka dla osób bezdomnych, a także w zakładzie karnym, szpitalu psychiatrycznym lub w placówkach zajmujących się leczeniem uzależnień. Wspólne palenie papierosów może ułatwiać nawiązywanie więzi osobom, które są oddalone od przyjaciół oraz rodziny i mogłyby w przeciwnym razie czuć się społecznie odizolowane.

Ile osób na całym świecie ma dostęp do wsparcia w zakresie leczenia uzależnień od narkotyków i rzucania palenia?

W wielu państwach dostęp do kompleksowego i przystępnego leczenia odwykowego może być utrudniony. Jak już wspomnieliśmy, w 2023 r. leczenie otrzymywała tylko jedna na 12 osób z zaburzeniami związanymi z zażywaniem narkotyków.²⁶ Niedawno opublikowany przegląd naukowy ujawnił, że chociaż 90 krajów wdrażało terapię OAMT, a 94 kraje programy wymiany igieł i strzykawek, tylko w pięciu z nich zasięg obu tych usług był odpowiednio duży, co odpowiadało zaledwie dwóm procentom światowej populacji osób zażywających narkotyki.²⁷

W niektórych państwach o wysokich dochodach, takich jak Kanada, Niemcy, Holandia i Wielka Brytania, osoby uzależnione od narkotyków mają dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez rząd. Jest to jednak rzadkością nawet w zamożnych krajach. Niemniej jednak, niezależnie od poziomu dochodów, w krajach, w których leczenie uzależnień od narkotyków nie jest oficjalnie finansowane przez rząd, istnieją organizacje społeczne, czasem o charakterze wyznaniowym i/lub charytatywnym, które oferują wsparcie osobom potrzebującym.

„Oferowanie pomocy przy rzucaniu palenia tytoniu” jest jednym z sześciu środków ograniczania konsumpcji tytoniu określanych zbiorczo akronimem „MPOWER” i przedstawionych przez Światową Organizację Zdrowia w 2008 roku. Celem tego działania było wdrożenie w poszczególnych państwach krajowych systemów wspomagających w rezygnacji z palenia tytoniu oraz zapewnienie szerokiego dostępu do środków ułatwiających rzucanie nałogu tytoniowego.

W 2024 r. WHO opublikowała swoje pierwsze wytyczne kliniczne dotyczące rzucania palenia u dorosłych, de facto formalnie określając to, co tego rodzaju usługi powinny oferować. Wytyczne zalecają połączenie „wsparcia behawioralnego zapewnianego przez pracowników służby zdrowia, cyfrowych interwencji w zakresie rzucania palenia oraz leczenia farmakologicznego”. Środki farmakologiczne rekomendowane w wytycznych to wareniklina, nikotynowa terapia zastępcza (NTZ), bupropion i cytyzyna. W wytycznych WHO przytoczono łącznie 11 systematycznych przeglądów Cochrane dotyczących badań nad interwencjami w zakresie wspomagania rezygnacji z palenia tytoniu.²⁸ Przeglądy Cochrane uznawane są za złoty standard medycyny opartej na dowodach naukowych.

Z tego względu tym bardziej niefortunny jest fakt, że w zaleceniach WHO nie zacytowano przeglądu systematycznego Cochrane dotyczącego zastosowania „Papierosów elektronicznych w rzucaniu palenia”. Wspomniany przegląd systematyczny, który jest stale aktualizowany już od 2012 roku, konsekwentnie potwierdza, że stosowanie e-papierosów ułatwia rezygnację z palenia. W dokumencie zaktualizowanym w listopadzie 2025 r. pojawiło się następujące stwierdzenie: „e-papierosy zawierające nikotynę mogą ułatwić rezygnację z palenia na okres

przeglądy Cochrane
uznawane są za złoty
standard medycyny opartej na
dowodach naukowych; raport
„Papierosy elektroniczne w
rzucaniu palenia”, regularnie
aktualizowany od 2012 roku,
konsekwentnie wykazuje, że
stosowanie e-papierosów
ułatwia rezygnację z palenia

co najmniej sześciu miesięcy. Dowody naukowe wskazują, że sprawdzają się one lepiej niż nikotynowa terapia zastępcza i prawdopodobnie lepiej niż e-papierosy niezawierające nikotyny”.^{29,30}

Choć „Oferowanie pomocy przy rzucaniu palenia tytoniu” jest być może jednym z głównych celów globalnie zakrojonej inicjatywy w zakresie ograniczania konsumpcji tytoniu od 2008 roku, wdrożenie tego środka pozostaje na niskim poziomie. Nie ma w tym nic dziwnego. Ustanowienie i świadczenie kompleksowych usług związanych ze wspieraniem w rzucaniu palenia, a także pomoc w rozpowszechnianiu ogólnodostępnych form NTZ to w gruncie rzeczy kosztowne inicjatywy. Wpisywanie nowych przepisów dotyczących ograniczania konsumpcji tytoniu do ustawy – bez konieczności ich egzekwowania – w mniejszym stopniu obciąża krajowe budżety. Ocena przeprowadzona przez WHO w 2021 r. wykazała, że usługi związane z rzucaniem palenia są „oferowane w niewystarczającym zakresie, a nawet niedostępne w dużej części świata”, a w 2025 r. Światowa Organizacja Zdrowia poinformowała, że dwie trzecie światowej populacji nie ma dostępu do wsparcia w zakresie rzucania palenia.^{31,32}

W wielu krajach specjaliści pracujący z osobami uzależnionymi od narkotyków najprawdopodobniej nie będą w stanie skierować pacjentów do wyspecjalizowanych lokalnych placówek wspomagających w rzucaniu palenia. To właśnie w takich sytuacjach redukcja szkód mogłaby się okazać nieocenionym wsparciem dla części specjalistów.

Czym jest redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu i w jaki sposób może ona pomóc osobom zażywającym narkotyki, które jednocześnie sięgają po wyroby tytoniowe?

Zasada redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu jest taka sama, jak w przypadku wielu interwencji mających na celu redukcję szkód wśród osób zażywających narkotyki na całym świecie – począwszy od OAMT i pomieszczeń do zażywania narkotyków (DCR – z ang. Drug Consumption Rooms), przez zapobieganie przedawkowaniom i odwracanie ich skutków, po programy wymiany igieł i strzykawek, a także udzielanie informacji na temat bezpieczniejszego zażywania narkotyków i sprawdzanie tabletek. Głównym celem jest utrzymanie osób przy życiu, ograniczenie szkód związanych z zażywaniem narkotyków oraz, w miarę możliwości, oferowanie bezpieczniejszych alternatyw.³³

Najniebezpieczniejszym sposobem przyjmowania nikotyny jest palenie papierosa i wdychanie dymu. To dlatego, że papieros stanowi brudną formę dostarczania nikotyny. W trakcie spalania dochodzi do uwolnienia substancji smolistych i gazów zawierających tysiące toksyn, spośród których wiele naraża konsumentów na ryzyko rozwoju poważnych schorzeń. Niektóre wyroby tytoniowe przyjmowane doustnie także uwalniają niebezpieczne toksyny w trakcie konsumpcji.

Dla porównania, bezpieczniejsze wyroby nikotynowe nie ulegają zapłonowi: ich stosowanie nie wiąże się ze spalaniem tytoniu, a niektóre z nich w ogóle go nie zawierają. W rezultacie przyjmowanie nikotyny w tej formie wiąże się ze znacznie mniejszym zagrożeniem dla zdrowia niż dalsze palenie. W oddzieleniu od dymu tytoniowego nikotyna stanowi stosunkowo małe zagrożenie.³⁴ Do bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych zaliczamy inhalatory nikotyny



w 2025 r. Światowa Organizacja Zdrowia poinformowała, że dwie trzecie światowej populacji nie ma dostępu do wsparcia w zakresie rzucania palenia

(e-papierosy), beztytoniowe saszetki nikotynowe, snus szwedzki (tytoń przyjmowany doustnie), niektóre rodzaje bezdymnego tytoniu z USA (do żucia) oraz podgrzewane wyroby tytoniowe. Wiele z tych produktów wymyślono w ciągu ostatnich 10–15 lat.

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu oferuje osobom, które zażywają narkotyki i jednocześnie sięgają po wyroby tytoniowe obarczone wysokim ryzykiem, takie jak papierosy i niektóre rodzaje tytoniu przyjmowanego doustnie, szansę na przerzucenie się na produkty, które stanowią znacznie mniejsze zagrożenie dla zdrowia. Zebrane dowody potwierdzają, że u osób palących, które przechodzą na bezpieczniejsze wyroby nikotynowe, ryzyko powrotu do nałogu jest mniejsze. Jak już wspomnieliśmy, stale aktualizowany przegląd systematyczny Cochrane donosi, że e-papierosy zawierające nikotynę skuteczniej pomagają rzucić palenie niż NTZ.³⁵

**zebrane dowody
potwierdzają, że u osób
palących, które przechodzą
na bezpieczniejsze wyroby
nikotynowe, ryzyko powrotu
do nałogu jest mniejsze**

Podsumowanie

Zajęcie się problemem palenia i stosowania niebezpiecznych wyrobów tytoniowych powinno być priorytetem dla służb wspierających osoby uzależnione od narkotyków. Palenie odpowiada za śmierć połowy osób palących przez dłuższy czas, a papierosy stanowią często równoważną lub nawet ważniejszą przyczynę przedwczesnej śmierci w tej populacji niż nielegalne narkotyki. Niestety ten problem jest często ignorowany.

Osoby, które zrezygnują z papierosów lub wyrobów tytoniowych obarczonych wysokim ryzykiem, mogą kontynuować używanie bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych lub je ograniczać, by w końcu całkowicie zrezygnować z nałogu. Powszechnie wiadomo, że palenie nasila negatywne skutki wielu przewlekłych schorzeń dotyczących tę populację – dotyczy to m.in. złego stanu układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, a także rozwoju niektórych chorób wirusowych przenoszonych przez krew, jak wspomnieliśmy wcześniej. Przystawienie się na bezpieczniejsze wyroby nikotynowe daje szansę na radykalne ograniczenie szkodliwości konsumpcji tytoniu, a tym samym stanowi skuteczny i osiągalny sposób na poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Należy zauważyć, że 50–80% osób kontaktujących się z placówkami zajmujących się leczeniem narkomanii zgłasza motywację do rzucenia palenia.^{36,37} Co więcej, przekonanie, że rzucenie palenia w trakcie leczenia uzależnienia od narkotyków negatywnie wpływa na terapię odwykową jest błędne. Wykazano, że zapewnienie wsparcia w rzucaniu palenia przekłada się na mniejszy odsetek palaczy i ma neutralny lub nawet pozytywny wpływ na wyniki leczenia uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych.^{38,39}



W 129 krajach można legalnie kupić co najmniej jeden rodzaj bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, co dotyczy 71% populacji globalnej.⁴⁰ Tam, gdzie bezpieczniejsze wyroby nikotynowe są dostępne, specjaliści pracujący z tą grupą osób powinni udzielać informacji i porad na ich temat pacjentom lub, jeśli to możliwe, zapewnić im dostęp do tych środków. Koszt tego rodzaju interwencji jest znikomy lub nawet zerowy, a może przyczynić się do znacznej poprawy zarówno krótko-, jak i długoterminowego stanu zdrowia osób korzystających z usług placówek zajmujących się leczeniem narkomanii. Utrzymywanie fałszywego rozróżnienia między redukcją szkód wywołanych paleniem tytoniu a redukcją szkód wywołanych innymi substancjami grozi zaprzepaszczeniem ogromnej szansy na uratowanie istnień ludzkich.

Informacje na temat sytuacji regulacyjnej wszystkich kategorii bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych i produktów NTZ można znaleźć, wyszukując informacje na szczęblu krajowym w bazie danych GSTHR pod adresem <https://gsthr.org/countries/>. Publikacja towarzysząca pt. **Włączanie strategii redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu do usług w zakresie leczenia narkomanii i redukcji szkód** zawiera pewne sugestie dotyczące podejścia do redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu w tych środowiskach.

utrzymywanie rozróżnienia
między redukcją szkód
wywołanych paleniem tytoniu
a redukcją szkód wywołanych
innymi substancjami grozi
zaprzepaszczeniem ogromnej
szansy na uratowanie istnień
ludzkich

Źródła

- ¹ UN. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. [/www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html).
- ² McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, maja). *Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b]* [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
- ³ Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
- ⁴ Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
- ⁵ People who inject drugs. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
- ⁶ Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
- ⁷ Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, s. 2000–2024.
- ⁸ Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461–e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
- ⁹ Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
- ¹⁰ Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220–230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
- ¹¹ Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
- ¹² Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573–2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
- ¹³ Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PloS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
- ¹⁴ Hessol, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101–114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
- ¹⁵ Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308–1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
- ¹⁶ Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617–625.
- ¹⁷ Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
- ¹⁸ Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279–287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
- ¹⁹ Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832–849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.
- ²⁰ Darke, S., Farrell, M., Duflou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users: An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153–1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
- ²¹ Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence: Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
- ²² Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
- ²³ Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. W D. J. K. Balfour & M. R. Munafò (Red.), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (T. 24, s. 19–53). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
- ²⁴ Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
- ²⁵ Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ²⁶ UN, 2025.

- ²⁷ Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673–e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
- ²⁸ WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, lipca 2). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
- ²⁹ Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
- ³⁰ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³¹ WHO. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition* (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
- ³² World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco* (Nr 978-92-4-011206–3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
- ³³ GSTHR. (2022). *What is Tobacco Harm Reduction?* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
- ³⁴ GSTHR, 2022.
- ³⁵ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³⁶ Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients: Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813–1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
- ³⁷ Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services: Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
- ³⁸ Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. W The Cochrane Collaboration (Red.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (s. CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
- ³⁹ Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
- ⁴⁰ Shapiro, H., Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). *The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024: A Situation Report* (Nr 4; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

Dalsze informacje na temat projektu globalnego stanu redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu Global State of Tobacco Harm Reduction oraz punktów ujętych w **dokumencie informacyjnym GSTHR** można uzyskać pod adresem info@gsthr.org

O nas: **Knowledge•Action•Change (K•A•C)** promuje redukcję szkód jako kluczową strategię zdrowia publicznego ugruntowaną w prawach człowieka. Zespół ma ponad czterdzieści lat doświadczenia w pracy nad redukcją szkód związanych z narkotykami, HIV, paleniem, zdrowiem seksualnym i więziennictwem. K•A•C prowadzi projekt **Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)**, który zajmuje się mapowaniem rozwoju i zastosowania redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu, dostępności i działań regulacyjnych dotyczących bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych, a także powszechności palenia i powiązanej z nim śmiertelności, w ponad 200 krajach i rejonach na całym świecie. Wszelkie informacje i bieżące dane można znaleźć na <https://gsthr.org>

Nasi sponsorzy: Projekt GSTHR powstał dzięki dotacji **Global Action to End Smoking** (wcześniej znanej jako Foundation for a Smoke-Free World), niezależnej amerykańskiej organizacji non-profit 501(c)(3), której celem jest intensyfikacja wysiłków na rzecz zakończenia epidemii palenia tytoniu na całym świecie z wykorzystaniem metod bazujących na badaniach naukowych. Organizacja Global Action nie odegrała żadnej roli w opracowywaniu ani publikacji niniejszego dokumentu informacyjnego, a także w analizie i interpretacji danych, które zostały w nim wykorzystane. Wyłącznie odpowiedzialność za treść, wybór i prezentację faktów, a także wszelkie opinie wyrażone w niniejszym dokumencie, ponoszą jego autorzy. Nie należy ich traktować jako odzwierciedlenia stanowiska Global Action to End Smoking.