

# Palenie tytoniu w szczególnie zagrożonych społecznościach: wspieranie rzucania palenia i redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu w pracy socjalnej

## Wprowadzenie

Palenie tytoniu i zażywanie innych wyrobów tytoniowych obarczonych wysokim ryzykiem jest zjawiskiem nieproporcjonalnie częstym wśród społeczności zmarginalizowanych lub szczególnie zagrożonych. W ramach pełnionych obowiązków pracownicy socjalni budują relacje z przedstawicielami różnych środowisk, w tym m.in. najbardziej zagrożonych grup społecznych. Odpowiednio przeszkoleni i wyposażeni pracownicy socjalni mogą zatem odegrać ważną rolę we wspomaganiu osób, które najbardziej tego potrzebują, w rzucaniu palenia i redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu.

Redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu to **rodzaj interwencji, która może uratować życie milionom ludzi na całym świecie**. Oferuje osobom zażywającym wyroby tytoniowe obciążone wysokim ryzykiem, takie jak papierosy i niektóre rodzaje tytoniu przyjmowanego doustnie, szansę na przerzucenie się na **bezpieczniejsze wyroby nikotynowe**, które stanowią mniejsze zagrożenie dla zdrowia. Należą do nich e-papierosy, **snus**, podgrzewane wyroby tytoniowe i **woreczki nikotynowe**.

## Czym zajmują się pracownicy socjalni?

Obowiązki pracowników socjalnych różnią się w zależności od kraju, jednak ich głównym celem jest służenie jednostkom, grupom i społecznościom poprzez udzielanie wsparcia w rozwiązywaniu codziennych problemów. Pracownicy socjalni mają kontakt z ludźmi z różnych środowisk i w różnych sytuacjach życiowych, w tym między innymi: osobami i rodzinami doświadczającymi ubóstwa i bezdomności; osobami z problemami psychicznymi; młodocianymi przestępcami; dorosłymi z trudnościami w uczeniu się lub niepełnosprawnymi fizycznie; osobami z problemami związanymi z alkoholem, narkotykami lub innymi substancjami odurzającymi; rodzinami zagrożonymi rozpadem; a także dziećmi, które są narażone na wykorzystywanie lub zaniedbanie. W części z wymienionych grup palenie jest znacznie powszechniejsze niż w populacji ogólnej, w związku z czym pracownicy socjalni często mają kontakt z osobami dotkniętymi tym nałogiem.

Wyposażenie pracowników socjalnych w wiedzę i narzędzia, dzięki którym będą w stanie pomóc swoim podopiecznym rzucić palenie lub je ograniczyć, daje szansę na poprawę stanu zdrowia populacji i uratowanie wielu istnień ludzkich. Jednak według danych dostępnych w momencie sporządzania niniejszego dokumentu niewielu pracowników socjalnych ma odpowiednie przeszkolenie lub wsparcie, by zająć się nałogiem tytoniowym podopiecznych. Kwestii, którymi trzeba się zająć, jest wiele, przez co zażywanie tytoniu niejednokrotnie nie jest uznawane za priorytet. Niemniej jednak rzucenie palenia i/lub przerzucenie się na bezpieczniejsze wyroby nikotynowe może przynieść wiele korzyści szczególnie zagrożonym grupom.

## Szczególnie zagrożone populacje i palenie: na co wskazują dane?

Liczne badania potwierdzają, że palenie tytoniu ma nieproporcjonalnie duży wpływ na szczególnie narażone i zmarginalizowane grupy społeczne, a to właśnie one najczęściej potrzebują wsparcia

pracowników socjalnych. Jedną z tych grup są osoby, które doświadczyły w dzieciństwie przeciwności losu lub traumatycznych przeżyć, np. znęcania się lub zaniedbania, które można opisać terminem „Negatywne Doświadczenia z Dzieciństwa” (NDD, lub ACE, z ang. Adverse Childhood Experiences). Takie osoby w dorosłym życiu częściej borykają się ze złym stanem zdrowia psychicznego, nadużywają alkoholu lub narkotyków, padają ofiarą przemocy lub się jej dopuszczają, a także cierpią na chroniczne schorzenia, np. otyłość, cukrzycę, choroby serca lub układu oddechowego. Ponadto chętniej sięgają po papierosy. Badanie populacji przeprowadzone w 2020 r. w Szkocji wykazało, że osoby z co najmniej czterema NDD palą prawie trzykrotnie częściej niż osoby, które nie doświadczyły żadnego z nich (27% w porównaniu do 10%).<sup>i</sup>

Dorośli borykający się z problemami zdrowia psychicznego to kolejna kluczowa grupa, w której odsetek palaczy jest wyższy niż w ogólnej populacji. Kiedy w latach 2016–2017 w Anglii paliło 15,1% osób pełnoletnich, w przypadku osób dorosłych borykających się ze stanami lękowymi i depresją było to aż 25,88%.<sup>ii</sup> W przypadku osób cierpiących na długotrwałe problemy ze zdrowiem psychicznym odsetek ten wyniósł 34%, a w przypadku osób z poważną chorobą psychiczną – 40,5%. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2021 r. dwie trzecie osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi było palaczami.<sup>iii</sup> Jest to nałóg, który ma poważny wpływ na zdrowie. Osoby zmagające się z poważnymi zaburzeniami psychicznymi umierają przedwcześnie średnio o 15–20 lat,<sup>iv</sup> a palenie tytoniu wymienia się jako jedną z głównych przyczyn tych zgonów. Powszechność palenia jest szczególnie wysoka u osób cierpiących na schizofrenię i sięga nawet 70–80%.<sup>v</sup>

Badania wykazały, że osoby zażywające nielegalne narkotyki są trzykrotnie bardziej skłonne palić papierosy niż te, które ich nie przyjmują.<sup>vi</sup> Osoby sięgające po środki odurzające często umierają nie z powodu dolegliwości wywołanych zażywaniem narkotyków, a raczej z powodu chorób układu krążenia i płuc spowodowanych paleniem tytoniu. Jedno z badań przeprowadzonych w Kalifornii wykazało, że schorzenia związane z paleniem tytoniu były przyczyną ok. 40% zgonów wśród osób hospitalizowanych z powodu uzależnienia od kokainy, opioidów i metamfetaminy.<sup>vii</sup> O ile jednak pracownicy socjalni regularnie przeprowadzają badania przesiewowe, ocenę i podejmują działania ukierunkowane na leczenie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, palenie tytoniu nie było do tej pory traktowane priorytetowo w tego rodzaju inicjatywach.

Wiele badań wykazało również, że wskaźnik palaczy jest wyższy w grupach w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej niż w populacji ogólnej.<sup>viii ix x</sup> Występuje korelacja między niższym statusem społeczno-ekonomicznym a wyższym poziomem konsumpcji papierosów i wyrobów tytoniowych oraz niższym prawdopodobieństwem rzucenia palenia. Mniej uprzywilejowane grupy społeczne wykazują również wyższy wskaźnik rozpoczynania konsumpcji tytoniu, a także niższą częstotliwość i mniejszą skuteczność prób rzucenia palenia w porównaniu z grupami o wyższych dochodach.<sup>xi</sup>

Negatywne skutki nałogu papierosowego dotyczą nie tylko osoby palące, ale także ich otoczenie, w szczególności dzieci i młodzież. Badanie przeprowadzone w Quebecu w Kanadzie wykazało, że narażenie na bierne palenie w domu było prawie pięciokrotnie częstsze wśród młodzieży z rodzin kwalifikujących się do najniższego kwintylu dochodu niż tych zaklasyfikowanych do najwyższego.<sup>xii</sup> Z badań wynika również, że nastolatki, których główni opiekunowie palili, ponad dwukrotnie częściej sami sięgali po papierosy (26% w porównaniu do 11%) i czterokrotnie częściej stawali się regularnymi palaczami (4,9% w porównaniu do 1,2%).<sup>xiii</sup>

Palenie ma również istotny wpływ na dochody gospodarstw domowych. W Wielkiej Brytanii w 2012 roku około 1,1 miliona dzieci, czyli prawie połowa wszystkich osób niepełnoletnich żyjących we względnym ubóstwie, miała co najmniej jednego palącego rodzica.<sup>xiv</sup> Ponad 1,5 miliona osób w Anglii

potrzebuje wsparcia opieki społecznej w następstwie choroby lub niepełnosprawności spowodowanej paleniem tytoniu, a wydatki na opiekę społeczną związaną z paleniem tytoniu znacznie obciążają i tak już nadwyrężone budżety.<sup>xv</sup>

## Dlaczego ludzie sięgają po papierosy?

Ludzie palą z wielu różnych powodów. Choć powszechnie wiadomo, że palenie szkodzi, często ciężko jest przedłożyć długofalową troskę o zdrowie nad doraźną chęć zapalenia. Nikotyna może wywoływać uzależnienie – skłaniające do jej dalszego zażywania – ale warto pamiętać, że, w odróżnieniu od dymu papierosowego, ta substancja sama w sobie stanowi małe zagrożenie dla zdrowia.<sup>xvi</sup> Wiele osób po prostu odczuwa przyjemność z zażywania nikotyny, tak samo jak inni lubią kofeinę czy alkohol. Dla licznej grupy ludzi przyjmowanie nikotyny przynosi pozytywne efekty – przykładowo pozwala się zrelaksować lub skupić, a także radzić sobie ze smutkiem, nudą lub stresem w codziennym życiu.

U innych 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.<sup>xvii</sup> Do czasu pojawienia się bezpieczniejszych wyrobów nikotynowych niewiele osób było w stanie przyjmować nikotynę w sposób inny niż poprzez palenie papierosów, co prowadziło do znacznego uszczerbku na zdrowiu.

Biorąc pod uwagę szczególnie narażone i zmarginalizowane społeczności, z którymi pracownicy socjalni mają częstą styczność, warto również przyjrzeć się przyczynom palenia z szerszej perspektywy i np. zadać sobie pytanie, dlaczego niektóre grupy osób chętniej sięgają po papierosy, palą częściej i mają większe trudności z rzuceniem tego nałogu. Badania prowadzone przez Sir Michaela Marmota opublikowane w ramach przeglądu polityki Wielkiej Brytanii wykazały, że „nierówności w zakresie stanu zdrowia wynikają z nierówności społecznych [i że] działania w zakresie nierówności zdrowotnych wymagają podjęcia interwencji obejmujących wszystkie uwarunkowania społeczne mające wpływ na zdrowie”.<sup>xviii</sup> „Społeczne uwarunkowania mające wpływ na zdrowie” to czynniki ekonomiczne i społeczne, które oddziałują na stan zdrowia jednostek i grup.

Przykładowo, prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia przez dziecko lub młodego dorosłego jest wyższe u osób, które dorastają w rodzinie, w której rodzice są palaczami, w okolicy, w której znajduje się wiele sklepów sprzedających wyroby tytoniowe oraz jeśli koledzy i rówieśnicy w ich otoczeniu sięgają po papierosy. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do normalizacji zjawiska palenia papierosów. Okoliczności te są również bardziej powszechne na obszarach dotkniętych deprivacją społeczną. A kiedy ludzie zaczynają palić już w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania, zazwyczaj robią to często i trudniej jest im rzucić nałóg. Wiele takich osób nie przestaje palić po osiągnięciu dorosłości, a nawet wtedy, kiedy stają się rodzicami – i historia się powtarza.

Zupełne zerwanie z nałogiem papierosowym jest rozwiązaniem najkorzystniejszym dla zdrowia. Jednak tym, którzy nie mogą lub nie chcą rzucić palenia, redukcja szkód wywołanych paleniem tytoniu oferuje bezpieczniejsze alternatywy dla nikotyny bez narażenia na tysiące toksycznych związków chemicznych obecnych w dymie papierosowym. Jest to więc kluczowa forma interwencji w zakresie zdrowia publicznego.

## W jaki sposób pracownicy socjalni mogą pomóc podopiecznym w redukcji szkód związanych z paleniem tytoniu?

Na ten moment tylko nieliczne kraje szkolą pracowników socjalnych w zakresie udzielania wsparcia osobom, które chcą rzucić palenie. Z perspektywy zdrowia publicznego jest to niewykorzystana szansa. Podobnie jak lekarze, pielęgniarki i pielęgniarze środowiskowi, położne, psychologowie i psychoterapeuci, pracownicy socjalni mogą wywrzeć istotny wpływ zarówno na decyzje podejmowane przez ludzi, jak i na ich ogólne samopoczucie. Stanowią pierwszy – a czasami nawet jedyny – punkt kontaktu dla społeczności zmarginalizowanych, a zatem mogliby odegrać kluczową rolę w ograniczaniu powszechności nałogu palenia tytoniu.

Pracownicy socjalni powinni być odpowiednio przeszkoleni, by kierować swoich podopiecznych do lokalnych lub krajowych ośrodków wspierających rzucanie palenia. Niestety w wielu częściach świata tego rodzaju usługi są świadczone rzadko albo nie są dostępne w ogóle, a poza tym mogą być dla osób z takich grup społecznych po prostu za drogie. Raport WHO z 2021 r. wykazał, że 70% palaczy na całym świecie nie miało dostępu do usług związanych z pomocą w rzucaniu palenia.<sup>xix</sup> Tam, gdzie bezpieczniejsze wyroby nikotynowe są powszechnie dostępne i niedrogie, pracownicy socjalni powinni otrzymywać wsparcie w podnoszeniu świadomości na temat redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu jako kolejnego narzędzia pomagającego ludziom ograniczyć skutki palenia i zażywania wyrobów tytoniowych obarczonych wysokim ryzykiem.

Pracownicy socjalni mogliby zostać przeszkoleni w zakresie udzielania tzw. bardzo krótkich porad (VBA – z ang. „Very Brief Advice”) na temat rzucania palenia. Tego rodzaju interwencja wykorzystuje dostępne dane, zajmuje ok. 30 sekund i robi się ją przy okazji. VBA polega na identyfikacji osób palących („Pytaj”), doradzaniu im w zakresie najlepszej metody rzucenia palenia („Doradzaj”) oraz wspierania kolejnych prób rezygnacji z nałogu („Działaj”) i nie ma na celu osądzania nawyków osoby, która przyszła po pomoc.<sup>xx</sup>

Wielu pracowników socjalnych posiada już umiejętności w zakresie stosowania różnych metod psychologicznych do wspierania swoich podopiecznych, co obejmuje m.in. rozmowy motywacyjne i skróconą terapię poznawczo-behawioralną. Wykazano, że tego rodzaju narzędzia pomagają skutecznie rzucić palenie. Przy odpowiednim wsparciu i zasobach pracownicy socjalni mogliby być zachęceni do opracowywania i promowania zindywidualizowanych programów rzucania lub ograniczania palenia w określonych grupach społecznych. Badanie opublikowane w 2013 roku wykazało, że krótkie konsultacje trwające nie dłużej niż 20 minut, udzielane przez lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, zwiększyły odsetek osób rzucających palenie w porównaniu do osób, które nie otrzymały żadnej porady.<sup>xxi</sup>

Włączenie redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu do pracy socjalnej współgra z celami i pobudkami wielu osób, które decydują się na pracę w tym zawodzie. Poprzez redukcję szkód osoby palące zyskują możliwość wprowadzania pozytywnych zmian w swoim życiu, które przekładają się na poprawę stanu zdrowia. Dlatego też w krajach, w których bezpieczniejsze wyroby nikotynowe są łatwo dostępne i niedrogie, pracownicy socjalni powinni być przygotowani do udzielania rzetelnych informacji i porad na temat dostępnych opcji redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu w ramach kompleksowego wsparcia w rzucaniu palenia.

---

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](mailto:info@gsthr.org)

O nas: **Knowledge•Action•Change** (K•A•C) romuje 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://gsth.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. Wyłączną 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*.

- 
- <sup>i</sup> *Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma*. (2023, December 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- <sup>ii</sup> *Smoking Profile—Data—OHID*. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. [https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gjd/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1\\_ine-ct-36\\_ine-pt-0\\_tre-do-1](https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gjd/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1).
- <sup>iii</sup> *The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health*. (2021, November 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- <sup>iv</sup> *RightCare physical health and severe mental illness scenario*. (2023, October 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>
- <sup>v</sup> Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- <sup>vi</sup> Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- <sup>vii</sup> Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- <sup>viii</sup> Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- <sup>ix</sup> Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- <sup>x</sup> Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- <sup>xi</sup> Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- <sup>xii</sup> Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., OLoughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- <sup>xiii</sup> *Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves*. (2021, December 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- <sup>xiv</sup> Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- <sup>xv</sup> *The cost of smoking to the social care system*. (2021). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.

- <sup>xvi</sup> Royal Society of Public Health. (2015, August 13). *Nicotine “no more harmful to health than caffeine”*. <https://www.rsph.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- <sup>xvii</sup> Winterer, 2010.
- <sup>xviii</sup> Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- <sup>xix</sup> *Quit tobacco to be a winner*. (2021, May 19). [Commentaries]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- <sup>xx</sup> *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life*. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training. [https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA\\_2021](https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021).
- <sup>xxi</sup> Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.