

# Zastosowanie FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*), czyli Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Używania Tytoniu w zakładach pracy, na przykładzie podmiotów leczniczych

Magdalena Kozłowska

Słuchacz Niestacjonarnego Studium Metodologii Badań Naukowych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Kozłowska M. Zastosowanie FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*), czyli *Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Używania Tytoniu* w zakładach pracy, na przykładzie podmiotów leczniczych. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 351–355.

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy:** Obecnie 9 milionów osób tj. ok. 29% dorosłych Polaków pali tytoń. Statystyki wskazują, że konieczne jest skoncentrowanie się na problemie używania tytoniu w Polsce. Na tzw. biernie palenie w miejscu pracy jest narażonych blisko 20% Polaków. W gospodarstwach domowych znajdują się aż 4 miliony dzieci, które są codziennie ofiarami biernego palenia. Celem pracy jest ocena regulacji prawnych związanych z wdrażaniem FCTC w Polsce.

**Opis stanu wiedzy:** FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*), czyli *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Używania Tytoniu*, jest pierwszym międzynarodowym aktem powstałym pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. Dokument ten powstał w odpowiedzi na rosnącą epidemię palenia tytoniu. Polska, godząc się na przystąpienie do FCTC, przyjęła znaczną część zobowiązań. Znajduje to odzwierciedlenie w polskiej polityce zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej, która zakłada zmniejszenie i wyeliminowanie używania wyrobów tytoniowych. Polska, ratyfikując *Konwencję*, zgodziła się tym samym na podjęcie działań w kierunku eliminacji palenia ze strefy publicznej.

**Podsumowanie:** Pełne wdrożenie FCTC oraz egzekwowanie prawa krajowego, lokalnego w zakresie ograniczania spożycia tytoniu zapewne miałyby wpływ na ochronę milionów ludzi przed szkodliwymi właściwościami palenia czy też narażenia na nikotynowy dym środowiskowy, co z kolei uchroniłoby ich przed chorobą lub nawet śmiercią z powodu chorób odtytoniowych. Można przypuszczać, że całkowity zakaz palenia tytoniu w miejscach pracy jest doskonałym narzędziem także w eliminowaniu palenia w gospodarstwach domowych, a w konsekwencji może prowadzić do całkowitego zerwania z nałogiem.

## Słowa kluczowe

FCTC, zakaz palenia z zakładach pracy, uzależnienie od tytoniu

## WSTĘP

W poniższym opracowaniu przeprowadzono analizę literatury oraz przegląd prawa krajowego i międzynarodowego w celu zaprezentowania ujęcia uzależnienia od tytoniu w kontekście prawnym, psychologicznym i społecznym w zakładach pracy.

Psychoaktywne działanie tytoniu odkryli w Ameryce Północnej Indianie, natomiast do Europy tytoń trafił w 1496 za sprawą Romano Pane, kompana Krzysztofa Kolumba. Początkowo był uprawiany w ogrodach jako roślina ozdobna i lecznicza. W 1650 roku tytoń został przywieziony do Polski przez Pawła Uchańskiego, polskiego posła w Turcji. Jednak, jeżeli chodzi o nazwę *nikotyna*, to pojawiła się ona za sprawą francuskiego lekarza i ambasadora w Portugalii Jeana Nicota. Zalecał on bowiem stosowanie tytoniu w dolegliwościach zdrowotnych, np. w migrenie. Intensywny rozwój badań nad używaniem tytoniu rozpoczął się dopiero po II wojnie światowej, jednak dopiero w roku 1988 *Raport Lekarza Generalnego USA* uznaje nadmierne palenie jako jedną z form

uzależnienia. Obecnie, większość palaczy uważa używanie tytoniu za szkodliwe i deklaruje chęć rzucenia palenia, jednak niecałe 7% palaczy utrzymuje stan abstynencji przez około roku.

W Polsce po papierosy sięga coraz młodsza grupa osób. Badania wykazały, że ponad połowa chłopców i dziewcząt w wieku 13–15 lat podjęła próbę używania tytoniu. Niepokojący jest fakt, że ponad 20% dzieci przed ukończeniem 10 r.ż. próbowało palić tytoń. Zjawisko używania tytoniu wśród dzieci i młodzieży przybiera coraz większe rozmiary [1, 2, 3, 4, 5]. Co roku ponad 5 milionów ludzi umiera z powodu rosnącej epidemii tytoniowej. Obecnie ok. 29% dorosłych Polaków używa tytoniu, zatem blisko 9 milionów osób. Statystyki nieubłagalnie wskazują, że konieczne jest skoncentrowanie się na problemie używania tytoniu w Polsce. Nie sposób nie zwrócić uwagi także na zjawisko tzw. biernego palenia, czyli wdychania środowiskowego dymu tytoniowego [6]. Na tzw. biernie palenie w miejscu pracy jest narażonych blisko 20% Polaków. Niestety w gospodarstwach domowych znajduje się aż 4 miliony dzieci, które są codziennie ofiarami tzw. biernego palenia [5]. O ile w miejscach pracy kwestia zakazu palenia może i powinna być regulowana prawnie, tj. poprzez regulaminy czy rozporządzenia, o tyle w domach nie ma możliwości zastosowania. Nie zmienia to jednak faktu, że nie jesteśmy odpowiedzialni za decyzje.

Adres do korespondencji: Magdalena Kozłowska, NZOZ MAK-MED, ul. Armii Krajowej 64, 05-200 Wołomin  
e-mail: magdalena\_kozlowska@onet.pl

Nadesłano: 18 listopada 2012; zaakceptowano do druku: 7 maja 2013

Każdy może i powinien odpowiadać za tzw. kulturę pracy, a także brać odpowiedzialność za bliskich w gospodarstwach domowych, chroniąc tym samym innych przez narażeniem na środowiskowy dym tytoniowy.

Palenie tytoniu jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, mimo to nadal wyroby tytoniowe są wyrobami legalnymi. Aktualnie szacuje się, że ponad połowa osób, używających wyrobów tytoniowych, umiera. Pomimo, jak się wydaje, powszechnej wiedzy na temat szkodliwości stosowania wyrobów tytoniowych, używanie tytoniu na świecie niestety nie traci na swojej atrakcyjności (także wśród dzieci). Rozpowszechnianie się epidemii tytoniowej sprowadza się w ostateczności do wzrostu liczby pacjentów z tzw. chorobami odtytoniowymi, a także wzrostu wydatków na leczenie i opiekę. Warto zaznaczyć, że umieralność na nowotwory płuc (przypadłość, która przeważnie występuje u osób palących) w Polsce osiąga jeden wyższych poziomów na całym świecie. Pomimo takiej sytuacji, WHO przekonuje, że epidemia tytoniowa jest jedną z łatwiejszych do wyeliminowania przyczyn śmierci na świecie [7].

FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*), czyli *Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Używania Tytoniu*, jest pierwszym międzynarodowym aktem powstałym pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. Dokument ten powstał w odpowiedzi na rosnącą epidemię palenia tytoniu. Został on uchwalony przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w dniu 21 maja 2003 roku, a w życie wszedł w dniu 27 lutego 2005 r.; od tego czasu jest chyba jednym z najbardziej dynamicznie i szeroko rozpowszechnionych dokumentów z zakresu ochrony zdrowia w kontekście używania tytoniu [8].

Pomysł stworzenia takiego dokumentu, który obejmowałby kwestie kontroli użycia wyrobów tytoniowych powstał w maju w 1995 roku podczas trwającego 48. Światowego Zgromadzenia Zdrowia (48th World Health Assembly), już rok później rozpoczęto aktywne prace nad FCTC. Ostateczna wersja dokumentu została przyjęta podczas 65. Światowego Zgromadzenia Zdrowia [8].

*Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu* jest wielostronnym aktem prawnym, podpisanym przez ponad 170 krajów i stanowi pierwszy krok w światowej walce przeciwko epidemii palenia tytoniu.

Idea stworzenia międzynarodowego dokumentu zwiększa efektywność regulacji prawnych dotyczących rynku wyrobów tytoniowych. Wydaje się, że dzięki funkcjonowaniu *Konwencji* istnieje ogromna szansa znaczącego zmniejszenia lub całkowitego wyeliminowania przemytu czy nielegalnego produkowania wyrobów tytoniowych. Warto także zaznaczyć, że jednym z kluczowych postanowień *Konwencji* jest zobowiązanie stron do stworzenia programu nadzoru nad rozmiarami, modelami, determinantami, a także następstwami używania tytoniu, w tym narażeniem na dym tytoniowy, po to, aby zapewnić możliwość porównywania i analizy danych w tym zakresie [8].

Należy zwrócić szczególną uwagę na to, że Polska należała do inicjatorów *Konwencji*, a polscy eksperci i politycy aktywnie uczestniczyli w procesie przygotowania dokumentu. Polska przystąpiła do FCTC 15 września 2006 roku. Założenia, cele, zasięg, a także metody polskiej polityki zdrowotnej zawarte zostały w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych i są zgodne z zapisami zawartymi w *Konwencji*.

Polska, godząc się na przystąpienie do FCTC, przyjęła znaczną część zobowiązań. Znajduje to odzwierciedlenie w polskiej polityce zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej, która zakłada zmniejszenie i wyeliminowanie używania wyrobów tytoniowych.

## ZASTOSOWANIE KONWENCJI POPRZEZ WPROWADZENIE PRAWA LOKALNEGO (KRAJOWEGO)

Na potrzeby niniejszego artykułu, analiza zastosowania FCTC zostanie ograniczona jedynie do kontekstu wdrażania przepisów w zakładach pracy, a dokładnie w podmiotach leczniczych. Jak wiadomo, Polska, ratyfikując *Konwencję*, zgodziła się tym samym na podjęcie działań w kierunku eliminacji palenia ze strefy publicznej. Jednym z takich wyzwań stały się miejsca pracy, w których od niedawna obowiązuje zakaz palenia, np. zakłady opieki zdrowotnej, placówki oświaty czy nawet restauracje, kawiarnie, puby itp.

*Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz.U. 1996, Nr 10, poz. 55 z późn. zm.; zmiany uchwalone przez Sejm w dniu 8 kwietnia 2010 r.) zgodnie z art. 5, zabrania palenia tytoniu:

- na terenie placówek edukacyjnych (nie tylko w pomieszczeniach);
- na terenie zakładów opieki zdrowotnej (nie tylko w pomieszczeniach);
- w pomieszczeniach zakładów pracy;
- w pomieszczeniach publicznych obiektów kultury i wypoczynku;
- w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych;
- w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach obsługi podróżnych;
- na przystankach komunikacji publicznej;
- w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dla dzieci.

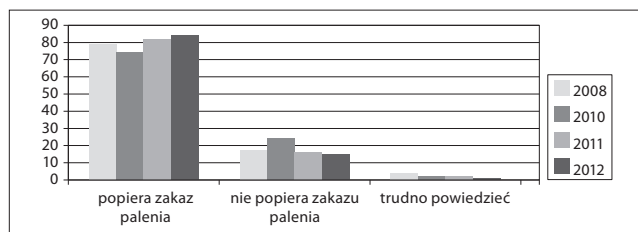
Aktualnie, naruszenie zakazu palenia w tych miejscach jest zagrożone karą grzywny do 500 zł. Ponadto ustawa nakazuje właścicielowi obiektu (lub jego dysponentowi), w którym palenie tytoniu jest zabronione, umieszczenie odpowiedniego oznaczenia słownego i graficznego informującego w tym zakazie [9].

Cel ustawy wydaje się jasny i można wnioskować, że ustawodawca, decydując się na taki zapis (art. 5 ww. ustawy), kierował się postanowieniami FCTC (tym samym spełniał obowiązek ratyfikowania konwencji) oraz chęcią przeciwdziałania uzależnieniu od używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, a także ochrony zdrowia przed jego następstwami.

Jednak nastroje społeczne i liczne kontrowersje towarzyszące wejściu w życie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wydają się odzwierciedlać brak świadomości społecznej w zakresie konsekwencji szerzącej się epidemii tytoniowej. Być może owe nastroje mają swoje źródło w kulturze i obyczajowości czy nawet mentalności Polaków.

Po wejściu w życie nowelizacji ww. ustawy, jak wynika z raportu opublikowanego przez CBOS, zakaz palenia w miejscach publicznych poparło aż 84% badanych [2]. W tym miejscu warto zauważyć, że w 2008 r. zakaz palenia

w miejscach publicznych popierało 79% badanych, w 2010 r. 74%, a w 2011 r. 82% badanych. Liczba osób niepopierających wprowadzenia zakazu palenia spadła i obecnie 15% nie popiera zakazu palenia w miejscach publicznych (Ryc. 1).



**Rycina 1.** Opinie na temat wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych  
Źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS *Postawy wobec palenia papierosów*.

Zakaz palenia spotkał się w Polsce z akceptacją zarówno osób palących, jak i niepalących. Odsetek osób, które zadeklarowały, że nigdy nie paliły, a wyraziły aprobatę dla wprowadzenia zakazu palenia w miejscach publicznych, wynosił 91%. Blisko 87% byłych palaczy popiera wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych. Wśród badanych 75% palących okazjonalnie oraz 59% palących regularnie popiera zakaz palenia w miejscach publicznych [2].

Można zatem przypuszczać, że regulacje zaproponowane w ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych wpłynęły na decyzję palących w Polsce w sprawie stosowania zakazu palenia w miejscach publicznych.

Zastosowanie zakazu palenia w miejscach pracy okazało się niemalym problemem dla niektórych zakładów. Doskonałym, choć niechlubnym przykładem, są podmioty lecznicze, tj. szpitale psychiatryczne. Niestety większość dyrektorów szpitali psychiatrycznych, a także ordynatorów oddziałów do dzisiaj, pomimo 6-miesięcznego okresu dostosowawczego, łamie ustawę, tłumacząc to faktem specyficznych warunków pracy, a tym samym pozwala pacjentom na łamanie zakazu palenia tytoniu.

Takie zachowanie (tj. łamanie art. 5 ww. ustawy) natychmiast pociąga za sobą inne konsekwencje i pokazuje liczne luki w systemie państwa np.:

- konieczność edukowania lekarzy (szczególnie lekarzy psychiatrów) o możliwości zastosowania nikotynowej terapii zastępczej;
- konieczność pomocy ze strony państwa w leczeniu nikotynizmu (nikotynowa terapia zastępcza nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia);
- brak właściwego systemu monitorowania bezpieczeństwa w szpitalach psychiatrycznych; skoro jest łamany zakaz palenia przez pacjentów, wskazuje to na fakt posiadania przez nich zapalniczek czy zapalek w oddziale;
- wydaje się, że nadal w Polsce głęboko zakorzeniona jest tendencja do stygmatyzacji osób chorych psychicznie, nadal nie są traktowani jak pacjenci z innymi zaburzeniami, np. nowotworami czy zaburzeniami kardiologicznymi; argumentacja ze strony lekarzy psychiatrów, że pacjenci psychiatryczni są szczególną grupą, może wskazywać na to, że nadal nie są traktowani jak reszta pacjentów.

Pozostając przy tego typu zakładach pracy jakim są podmioty lecznicze, pragnę zauważyć, że Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej (ROPS), pomimo faktu, że przebywają tam pacjenci tzw. detencyjni – kierowani przez sąd, którzy

są szczególnie niebezpiecznymi sprawcami czynów zabronionych, skutecznie egzekwują zakaz palenia na terenie tych podmiotów. Pozwala to sądzić, że dostępność środków terapeutycznych umożliwia udzielenie pomocy pacjentowi uzależnionemu od nikotyny, a szpital psychiatryczny dysponuje wystarczająco wysokim poziomem kompetencji, by leczyć pacjentów z tego uzależnienia, jak i z innych zaburzeń zachowania.

Uzależnienie od nikotyny jest dodatkowym utrudnieniem dla osób zaburzonych czy chorych psychicznie. Opiswane są przypadki, w których odstawienie palenia powodowało objawy depresyjne (przy czym odnosiło się to do osób, które już miały za sobą epizod zaburzenia nastroju) [10]. Warto też pamiętać, że osoby z objawami depresyjnymi wykazują większą skłonność do używania tytoniu [10]. Ponadto pragnę zwrócić uwagę na fakt, że istnieje możliwość występowania tzw. podwójnego uzależnienia. Oznacza to, że osoby uzależnione od używania tytoniu są też uzależnione np. od alkoholu czy narkotyków. Na poparcie istnienia takiego związku warto wskazać, że u osób palących 10 razy częściej występuje uzależnienie od alkoholu niż u osób niepalących [11]. Alkoholicy, którzy są w stanie abstynencji, używają też nikotyny w celu kompensacji deficytów psychicznych oraz jako strategii radzenia sobie ze stresem [12].

Odrębną kwestią pozostaje postawa personelu medycznego wobec używania tytoniu. Należy zauważyć, że personel medyczny i jego postawa zdrowotna jest dla większości pacjentów źródłem informacji o profilaktyce zdrowotnej czy promocji zdrowia, ponadto są też postrzegani jako symbole tzw. dobrych zachowań zdrowotnych. W 1976 r. wykazano, że personel medyczny wpływa i jest w stanie przekonać pacjentów o szkodliwości stosowania tytoniu. Zatem używanie tytoniu przez personel, jego postawa wobec palenia mogą wpływać na decyzję pacjentów o zaprzestaniu lub rozpoczęciu używania tytoniu. Dlatego też w Europie (np. Irlandia, Włochy, Norwegia, Szkocja) można obserwować coraz szersze zainteresowanie i aktywność związaną z propagowaniem trendu, jakim jest wyeliminowanie używania tytoniu, poprzez m.in. zakazy palenia w miejscach pracy. Jednak rola personelu jest znacząca w walce z epidemią tytoniową. Choć w kontekście walki z epidemią tytoniową kluczowe jest także to, aby personel medyczny nie palił, to z badań wynika, że co szósty lekarz, a także co trzecia pielęgniarka zatrudniona w zabiegowych oddziałach używa tytoniu. Niestety, taki trend jest obserwowany także w Portugalii (blisko 13% lekarzy i 23% pielęgniarek pali tytoń) czy w Hiszpanii (ponad 15% palących lekarzy i 31% palących pielęgniarek).

Wiele badań zostało poświęconych tematyce związanej z paleniem przez personel związany z ochroną zdrowia. Odsetek palących pracowników waha się w granicach od 2% wśród personelu w USA czy w Wielkiej Brytanii (lekarze), do 51% w Bośni i Hercegowinie (pielęgniarki).

Z badań wynika, że większość Polaków popiera zakaz palenia w podmiotach leczniczych, tj. szpitalach, przychodniach. Blisko 84% palących mężczyzn i 81% palących kobiet oraz 88% niepalących mężczyzn i 87% niepalących kobiet popiera zakaz palenia tytoniu w podmiotach leczniczych [5].

Niezależnie od powyższego warto zauważyć, że np. Irlandia jest krajem, w którym w 2004 roku został wprowadzony zakaz używania tytoniu w miejscach publicznych; dzięki tym zastrzeżeniom narażenie pracowników pubów na wdychanie środowiskowego dymu tytoniowego spadło praktycznie do zera. Jak się szacuje, stężenie nikotyny w obszarach objętych

zakazem palenia tytoniu spadło o ponad 80% [3]. W tym samym roku, tj. 2004, Nowa Zelandia, podobnie jak Irlandia, wprowadziła ustawę w sprawie walki z epidemią tytoniową. W tym przypadku blisko 69% obywateli poparło możliwość pracy w środowisku wolnym od dymu tytoniowego [4]. Pozytywnym przykładem kreowania polityki antynikotynowej jest także Kalifornia, gdzie aż 75% mieszkańców popiera zakaz palenia w zakładach pracy [1].

Odnosząc się do kwestii przestrzegania zakazu palenia tytoniu w Polsce, należy zauważyć, że zdaniem 13% palących mężczyzn i 9% niepalących mężczyzn oraz 8% palących kobiet i 11% niepalących kobiet przestrzeganie ograniczeń związanych z zakazem palenia zdecydowanie się poprawiło. Jednak nadal blisko połowa Polaków uważa, że jeżeli chodzi o przestrzeganie ograniczeń związanych z używaniem tytoniu w miejscach publicznych, to nic się nie zmieniło po wprowadzeniu przepisów ograniczających palenie [5].

## PODSUMOWANIE

Zapewne, jak przy każdej ustawie, odnajdziemy zwolenników i przeciwników wprowadzanych regulacji i zmian. Zastanawiające pozostaje wciąż, że pomimo ogromnej wiedzy na temat szkodliwości palenia zastosowanie zakazu w miejscach publicznych wywołuje wiele kontrowersji. W dalszym ciągu kluczowa jest edukacja i profilaktyka społeczna z zakresu szkodliwości palenia tytoniu. Coraz więcej państw angażuje się, podejmując działania w walce z epidemią tytoniową [1]. W części krajów zakazy palenia odnoszą się do konkretnych pomieszczeń budynku, poza tym, niestety, podobnie jak w Polsce, zakaz palenia jest także słabo egzekwowany. Jednak w tych miejscach, gdzie zakaz jest respektowany, cieszy się on poparciem społecznym i zrozumieniem nawet przez osoby palące [2].

Oczywiste są zobowiązania państwa wobec konwencji FCTC, jednak samo wprowadzanie zakazów bez możliwości wsparcia walki z epidemią tytoniową buduje tylko napięcia społeczne i niezrozumienie. Odnosząc się do wprowadzenia zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych, należy go uznać za duży postęp w rozumieniu prawdziwej ochrony zdrowia. Zapis w ustawie o zakazie palenia w szpitalach psychiatrycznych nie jest elastyczny i, niestety, nie niesie też za sobą wizji pomocy dla głęboko uzależnionych pacjentów.

Inne czynniki, które mają szczególnie istotny wpływ na skutecznie wdrożenie FCTC przez Polskę, to m.in. likwidacja lub znaczne ograniczenie wpływu przemysłu tytoniowego na kształtowanie polityki zdrowotnej kraju. Aktualnie przedstawiciele przemysłu tytoniowego często uczestniczą w posiedzeniach parlamentarnej Komisji Zdrowia i w wielu innych gremiach.

Bezsporne i oczywiste jest to, że rozwiązania prawne w formie wprowadzenia zakazów są zasadne, jednak idealne wydaje się dążenie do zmiany w zachowaniu, mentalności czy obyczajowości społecznej. Pomimo obszernej wiedzy na temat szkodliwości używania tytoniu, problem związany ze szkodliwością czy wręcz śmiertelnością stosowania tytoniu wydaje się niedostatecznie obecny w społecznej percepcji. Szkodliwe skutki używania tytoniu są przez część członków społeczeństwa postrzegane jako dotykające innych, a nie ich samych.

Pełne wdrożenie *Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczaniu Używania Tytoniu* oraz egzekwowanie prawa krajowego, lokalnego w zakresie ograniczania spożywania tytoniu zapewne miałyby wpływ na ochronę milionów ludzi przed szkodliwymi właściwościami palenia czy też narażenia na nikotynowy dym środowiskowy, co z kolei uchroniłoby ich przed chorobą czy nawet śmiercią z powodu chorób odtytoniowych. Można przypuszczać, że całkowity zakaz w miejscach pracy jest doskonałym narzędziem umożliwiającym także eliminowanie palenia w gospodarstwach domowych, a w konsekwencji całkowite zerwanie z nałogiem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.).
2. Centrum Badań Opinii Społecznej, Komunikat z badań Postawy wobec palenia papierosów 2012.
3. Habrat B. Farmakologiczne leczenie uzależnienia od nikotyny. *Alkoholizm i Narkomania* 1999; 3, 36, 99: 349–358.
4. DiFranza JR, Guarrera MP. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol*. 1990; 51(2): 130–135.
5. Feselmayer S, Beiglböck W. Odzwyczajanie od palenia a uzależnienie od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2000; 13(13): 399–406.
6. Kaleta D, Kozieł A, Miśkiewicz P. MPOWER – Strategia na rzecz walki ze światową epidemią używania tytoniu. *Med Pr*. 2009; 60(2): 145–149
7. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob. Control*. 2005; 14(6): 384–388.
8. Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa new Zealand smoke free workplaces: a 12-month report. Foundation, Wellington 2005. [http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf) (dostęp: 10.10.2012).
9. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. WHO, Geneva 2007.
10. Raport pn. Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce (2009) [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
11. Strona internetowa Światowej Organizacji Zdrowia ([www.who.int](http://www.who.int)) (dostęp: 10.10.2012).
12. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe w latach 2009–2010 – GATS ([www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)) (dostęp: 10.10.2012).

# Use of the FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) or Framework Convention on World Health Organization's Tobacco Control on the use in workshops on the example of medical facilities

## Abstract

**Introduction and purpose:** Currently, 9 mln people – about 29% of adults – use tobacco. Statistics show that it is necessary to focus on the problem of tobacco use in Poland. Nearly 20% of Poles are exposed to so-called passive smoking in the workplace. In households, up to 4 million children daily are victims of passive smoking. The objective of the study is to assess the legal regulations in Poland related to the implementation of the FCTC.

**Description of the state of the art:** FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) or Framework Convention on World Health Organization's Tobacco Use Limitation is the first international treaty created under the auspices of the World Health Organization. This document was created in response to the growing epidemic of tobacco use. Poland, while joining the FCTC, adopted a substantial part of the obligations, and in Polish law can be found implications in health and socio-economic policy, aimed at the reduction and elimination of the use of tobacco products. Poland ratified the Convention and therefore agreed to the elimination of smoking from public areas.

**Summary:** Full implementation of the FCTC and enforcement of national as well as local law concerning reduction of tobacco consumption, would probably protect millions of people from the hazardous effects of smoking or exposure to nicotine smoke in the environment, which would protect them from tobacco related diseases, or even death. It may be presumed that a total ban on smoking in the workplace would also be a perfect tool for the elimination of smoking in the household and, consequently, the total discontinuation of the habit.

## Key words

FCTC, ban on smoking in workplaces, tobacco addiction