

## **A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve**

*Az irányelv multidiszciplináris szakmai irányelv, elkészítésében az alábbi szakmai szervezetek vettek részt:*

Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium  
Kardiológiai Szakmai Kollégium  
Pszichiátriai Szakmai Kollégium  
Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium  
Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Szakmai Kollégium  
Simmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke  
Országos Alapellátási Intézet

**A kiadás dátuma:**

2009

**Érvényességi ideje:**

a vonatkozó jogszabálynak megfelelően 3 év

**Bizonyítékok értékelése és meghatározása:**

Az alább következő megállapítások és ajánlások különböző erejű bizonyítékokon alapulnak, amelyeket – a megállapítás, illetve ajánlás végén zárójelben – A, B, C betűkkel jelölünk.

A bizonyítékok meghatározásai (UK NHS alapján)

A – magas esetszámú randomizált és ellenőrzött vizsgálatok

B – az előbbinél kisebb esetszámon alapuló randomizált és ellenőrzött vizsgálatok (az adatok alcsoport elemzésen, vagy metaanalíziseken alapuló) eredményei

C – Szakértői testület egyeztetett véleménye

**Célkitűzés:**

A dohányzás leszokás támogatás szakmai irányelvének a célja, hogy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett klinikai döntési ajánlások sorozatával segítse a szakembereket a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító-megelőző munka minőségét, hatékonyságát és költség-hatékonyságát.

**A szakmai irányelv érvényességi területe:**

A dohányzás leszokás támogatás szakmai irányelve *mindazokhoz a szakemberekhez szól, akik ezt a tevékenységet kívánják folytatni.* Ugyanakkor támpontot jelent az akkreditáló hatóság részére a megfelelő szakmai munka megítélésében.

Ajánlott, hogy a leszokás támogatást végezze minden háziorvos, szakorvos, a tevékenységére jellemző keretek között. Amennyiben a nikotin függőség fennállása esetén általában szükséges időigényesebb programszerű leszokás támogatást nem képes vállalni, akkor irányítsa páciensét megfelelő szakrendelésre.

## **Tartalom:**

1. Bevezetés
2. Háttér, epidemiológia, morbiditás és mortalitás. Dohányzás okozta egészség károsodások. A leszokás kedvező hatásai.
3. A nikotinfüggőség. Pszichiátriai betegségek és a dohányzás összefüggései.
4. A leszokás
  - 4.1. minimál intervenció
  - 4.2. programszerű leszokás támogatás: gyógyszermentes módszerek
  - 4.3. programszerű leszokás támogatás: farmakoterápiás módszerek
  - 4.4. programszerű leszokás: magatartás orvoslási terápiával
5. A leszokás mellékhatásai, a megvonási tünetek kezelése
6. Leszokás speciális esetekben (fiatalok, terhes nők, kórházban fekvő betegek)

## **1. Bevezetés:**

Az egészségügyi Világszervezet (WHO) felmérése szerint Földünkön napjainkban mintegy másfél milliárd ember dohányzik rendszeresen. Évente legalább öt millióan veszítik életüket dohányzás következtében, ötven százalékuk 40-69 éves koruk között hal meg, átlagosan tíz évvel megrövidítve az életüket. 2025-ben prognosztizálhatóan tíz millióan halnak meg majd a dohányzásukkal összefüggő betegségek miatt [1], éppen ezért a dohányzás elleni küzdelem a WHO egyik legfontosabb feladata lett az utóbbi évtizedben. Célul tűzte ki a dohányzás visszaszorítását világszerte: a felnőtt lakosság körében 20 százalék alá kívánja szorítani a dohányzók arányát. Ennek elérése érdekében megalkotta a „Dohányzás-ellenőrzési Keret Egyezményt (FWTC)”, amelyet az országok döntő többsége elfogadott és jogrendjébe illesztett. Az Európai Unió tagállamai az európai egészségügyi biztos ajánlására a leghatározottabb intézkedéseket hozzák a dohányzás visszaszorítása érdekében.

Magyarországon a felnőtt lakosság harmada dohányzik rendszeresen. Ez mintegy két és fél millió embert jelent. Évente közel harmincezer honfitársunkat veszítjük el a dohányzással összefüggő megbetegedés miatt. A dohányosok magas aránya és a hiányos jogszabályi védelem következtében sokan szenvednek a hasonlóan ártalmas passzív dohányzás következtében is.

Az elmúlt évtized valamennyi Népegészségügyi Programja kiemelt célként kezelte a dohányzás visszaszorításának a feladatát. Ennek érdekében be kell építeni az alaptantervbe minden korosztályban a dohányzás ártalmasságáról szóló ismeretek oktatását, hogy kevesebben szokjanak rá. A dohányosoknál pedig el kell érni azt, hogy minél nagyobb arányban akarjanak leszokni. Ennek érdekében szigorú ár és adópolitika szükséges, a média segítségével fokozni kell a leszokás előnyeinek a népszerűsítését és az európai ajánlásnak megfelelően meg kell tiltani a zárt köztéri dohányzás minden formáját. A leszokni vágyó dohányosok számára megfelelő, evidenciákra alapuló leszokási programmal és szakemberekkel rendelkező akkreditált intézményi háttérrel és a leszokást támogató készítményekhez megfelelő hozzáférést kell biztosítani. Biztosítani kell a leszokás támogatás minőség ellenőrzését oly módon, hogy a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő módszerrel, szervezeten, akkreditált leszokás támogató rendeléseken történjen a tevékenység.

A dohányzás társadalmi méretekben történő visszaszorításához számos intervenció módszer egyidejű (komprehenzív) alkalmazására van szükség (adópolitika, reklám szabályozás, a nemdohányzók védelme, képes figyelmeztetések és a nikotin, illetve kátránytartalom feltüntetése a cigarettás dobozokon, tájékoztatás, prevenció és leszokást segítő programok, intenzív magatartásorvoslási tanácsadás). A cigaretta elhagyásához nyújtott segítség, a leszokás támogatása egy jól meghatározható célcsoport felé – a leszokni akaró dohányosok felé – irányul.

A leszokás támogatás orvosi, tágabb értelemben véve egészségügyi kompetenciába tartozik, mivel: a dohányzás-nemdohányzás kérdését az emberek az egészség-betegség problémakörébe sorolják; a dohányzás okozta panaszok, betegségek miatt a dohányosok többsége orvosi ellátást igényel; a dohányzás következtében kialakult idült egészség károsodások az egészségügyi ellátó hálózatot terhelik; a dohányosok többsége nikotin függőségben, vagyis egyfajta szenvedélybetegségben szenved. A bizonyítékokon alapuló orvoslás kritériumait kielégítő és a tartósan leszokottak arányát jelentősen (25-30%) növelni képes terápiás programok alapján megállapítható, hogy:

- a közvéleményt tájékoztatni kell a dohányzás következményeiről és arról, hogy a cigaretta elhagyásához hatásos segítséget kaphatnak
- az orvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók graduális és posztgraduális képzése keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészség károsodásokat és oktatni kell a dohányzásról leszokást segítő módszereket.
- minden orvosnak a rutin betegellátás keretében foglalkoznia kell a páciensek dohányzásával. A dohányzás leszokás támogatás minimál intervenciójának módszerével támogatnia kell a leszokást.
- létre kell hozni és fenn kell tartani olyan, a dohányzásról leszokást segítő szakellátást, amely mindenki által hozzáférhető.
- biztosítani kell a leszokás támogatási tevékenység finanszírozottságát, az ehhez szükséges készítmények részleges támogatását a hatékonyság növelése érdekében.

A WHO Európai Regionális Irodája által kiadott állásfoglalás szerint a dohányzásról leszokást segítő rendelés működésének alapkövetelménye, hogy a tevékenységet végző szakember a feladatnak megfelelő kiképzésben részesüljön, ezért a tevékenységért díjazást kapjon és ez a tevékenység az intézmény egyéb tevékenységeitől időben elkülönítve történjen.

A dohányzásról való leszokást segítő módszerek és az ezt biztosító intézmény rendszer kétszintű. Az első szint az ún. „*minimál intervenció*”, vagyis a dohányosok motiválása és a tanácsadás a leszokás elhatározására. A második szint a szakellátás szintje, vagyis a „*programszerű leszokás támogatás*”, amikor speciálisan képzett szakember segítségével hosszabb időn keresztül magatartásorvoslási terápiával kombináltan történik a leszokás.

## **2. Háttér, epidemiológia, morbiditás, mortalitás. Dohányzás okozta egészség károsodások.**

### ***A leszokás kedvező hatásai.***

Magyarországon a 14 évesnél idősebb lakosság 34 százaléka dohányzik rendszeresen. (a nők 28 és a férfiak 40 százaléka). Ez az EU országai közül az ötödik legrosszabb arány. Különösen sok a dohányos a fiatalabb korosztályban, hiszen a húsz évesnél fiatalabbak több, mint 40 százaléka dohányzik rendszeresen. A dohányosok aránya összességében nem csökken, sőt a nők és a fiatalok körében folyamatosan növekszik. A mai 16 éves korosztály 72 százaléka már kipróbálta a cigarettát, 16 százalékuk már függőnek mondható. A dolgozó felnőttek 53 százaléka és a fiatalok nyolcvan százaléka passzív dohányosként kénytelen elviselni a környezeti dohányfüstöt.

A dohányzással összefüggő betegségek következtében évente mintegy ötmillió ember hal meg világszerte, s ebből harmincezer Magyarországon, ami minden ötödik hazai halálestet jelenti. A dohányzás egészségkárosító hatásai szerteágazóak. A dohányzás hatására jelentősen fokozódik a kardiovaszkuláris megbetegedések (hipertónia, érelmeszesedés, trombózis, angina, szívinfartus, agyvérzés, agyi érelzáródás), egyes daganatok (tüdőrák, szájüregi daganatok, gégerák, nyelőcsőrak és hólyagrak) és az idült hörgőhurut-tüdőtágulás (COPD) kockázata. Szerepet játszik a dohányzás a csontritkulás, a szürkehályog, a macula degeneráció megjelenésében is. Jelentős szövődménye a dohányzásnak a fertilitás csökkenése

és az impotencia. A terhes anyák dohányzása nem csak az anya, de a magzat egészségét, életkilátásait is rontja.

A dohányzás okozta betegségek megoszlása: kardiovaszkuláris megbetegedések (41%); tüdőrák (21%); COPD (13%); egyéb daganatok (13%); egyéb légzőszervi betegségek (6%); egyéb betegségek (7%).

A tüdőrák halálózását tekintve Magyarország világelső, s ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzás számlájára írható. Az idült hörghurut és a tüdőtagulás (COPD) előfordulásának 80 százaléka függ össze a dohányzással. A szív és érrendszeri betegségek miatti halálesetek egynegyede is a dohányzás következményének tekinthető. A dohányzás nem csak számos betegség gyakoriságát növeli meg, de a lefolyásukat is súlyosbítja. Annak a valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusból meghaljon két-háromszorosa a nemdohányzóknak képest. A rendszeresen napi 20 szál cigarettát elszívók körében 15-ször gyakoribb a tüdőrák és 12-szer gyakoribb a COPD, mint a nemdohányzóknál. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával.

**A leszokást követően** változó mértékben és idő elteltével, de egyértelműen **csökken az egyes egészségkárosodások kockázata**. A dohányzás abbahagyását követően már 24 óra elteltével megkezdődik a hörgők regenerációja, 72 óra elteltével érezhetően könnyebbé válik a légzés, félév elteltével mérséklődik a köhögés és a nehézlégzés. A szívinfarktusból meghalók kockázata már egy év elteltével feleződik és öt év elteltével közelíti a nemdohányzóknak kockázatát. A tüdőrák esetében a feleződés ideje öt év és tíz-tizenöt év alatt közelíti meg a soha nem dohányzóknak kockázatát.

### **3. A nikotinfüggőség. Pszichiátriai betegségek és a dohányzás.**

#### **3.1. A nikotinfüggőség**

A dohányzás komoly függőséget (addikciót) alakít ki. Amíg a dohányosoknak csak 5-7 %-a számít könnyű, azaz nem függő dohányosnak (pl. maximum 5 szál cigarettát szív el egy nap), addig a dohányosok túlnyomó többségére komoly függőség jellemző [2]. Az egyszeri használatból a függő státuszba való átmenet a dohányzás esetében a legmagasabb arányú a heroin, kokain és alkohol használatához viszonyítva [3].

A nikotinfüggőség kialakulásának hátterében elsősorban a nikotin megerősítő hatása áll, amelynek alapja a nikotin stimuláló hatására a mezolimbikus jutalmazó agyi területeken (különösen a nucleus accumbensben) kiáramló dopamin [4]. Az addikció kialakulásában fontos szerepet tölt be az, hogy a dohányos a nikotinszint csökkenésével (a nikotin átlagos felezési ideje 2 óra) fellépő megvonási tüneteket az újabb nikotin bevitellel gyorsan megszünteti.

A nikotinfüggést érdemes krónikus betegségként kezelni, mivel jellegzetesek a relapszust és a remissziót tartalmazó ciklusok. A nikotinfüggőség kezelése éppen ezért folyamatos gondozást igényel [5]. A nikotin függőség kialakulására utalhat a Fagerström féle Nikotin Dependencia Teszt is [33].

A nikotinfüggés nagyon hasonlatos más pszichoaktív szerekkel kapcsolatos függésekhez, ezek kritériumait a DSM-IV-R alapján [6] az 1. táblázatban foglaltuk össze.

## 1. táblázat: A nikotinfüggés jellemzői

### A nikotinfüggés DSM IV-R kritériumai

A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, ami legalább három tünetben manifesztálódik az alábbiakból ugyanabban a 12 hónapos periódusban.

1. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyike jellemez:

(a) A szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye az intoxikáció vagy kívánt effektus elérése érdekében.

(b) A szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken a hatás.

2. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:

(a) a szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonási szindróma (ld. megvonás A. és B. kritériumait→3.táblázat)

b) ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére.

3. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig használják, mint eredetileg szándékozták.

4. Állandó szer-kíváncsi vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására.

5. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, használatára (pl. lánc-dohányzás) vagy a hatásaitól való megszabadulásra.

6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt.

7. A szerhasználat folytatása olyan állandóan meglévő vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amiről tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja.

### A dohányzással kapcsolatos specifikumok

- A nikotinbevitel okozta kellemetlen toxikus tünetekkel szemben gyorsan kialakul a tolerancia a rendszeres dohányzás során.

- A nikotinnal kapcsolatos intoxikáció – a szokásos használat esetében – enyhe és rövid időtartamú, rendszerint a dohányzással kapcsolatos kísérletezés időszakára korlátozódik.

- A legtöbb dohányos eléri a maximális adagját pár hónap vagy év alatt.

- A rendszeres dohányos napi adagja kellemetlen tüneteket okozna a kezdő használónak.

- A reggeli első cigaretták a legjobb megerősítők. A délelőtti cigaretták nagyobb megerősítő erővel bírnak, mint a nap második felében elszívottak.

- A nikotin bevitelének megszakításakor, vagy a bevitt mennyiségének csökkentésekor fellépnek a megvonási tünetek.

- A dohányzás abbahagyása vagy csökkentése nagyon hamar, akár 2 órán belül kiválthat megvonási tüneteket.

- A rágyújtást követően mintegy 10 másodperc alatt csökkennek a megvonási tünetek.

- Hazánkban a dohányosoknak kb. 45-50 % le akar szokni, akiknek 80 %-a már meg is próbált leszokni.

- Jellemző a dohányosok életében a leszokás többszöri sikertelen kísérlete.

- Mindössze a dohányosok 4 %-a éri el az egyéves absztinenciát saját maga kezdeményezésére segítség nélkül.

- Egészségi állapot rosszabbodása vagy súlyos következmények ellenére is sokszor megtartott a dohányzás.

### 3.2. Pszichiátriai betegségek és a dohányzás összefüggései

Régóta ismert tény, hogy a pszichiátriai betegek körében szignifikánsan magasabb – különböző vizsgálatok szerint átlagosan kétszeres – a dohányzók aránya az egészséges populációhoz képest [7]. A krónikus skizofrén betegek legalább 60 %-a [8], a bipoláris affektív betegek közül a mániások 71%-a, a major depressziósok 49%-a dohányzott egy nagy amerikai epidemiológiai vizsgálat adatai szerint [7]. Az egyéb kémiai szerfüggőségben szenvedők (drog és alkoholbetegek), valamint a nem-kémiai szerhez kötődő, ún. viselkedés-addikcióban szenvedő (pl. kóros játékszenvedély) betegek több, mint 80%-a dohányzik. A különböző addikciók egymással gyakran kombinálódnak és ez a függőségre vonatkozó közös genetikai hajlammal magyarázható.

A skizofréniában szenvedő betegek jelentős hányada dohányzik, amelynek aránya a tartósan hospitalizált betegeknél tovább emelkedik (88%-ig). Ennek hátterében biológiai és pszichológiai/környezeti (pl. szorongás csökkentés, unaloműzés) tényezők állhatnak.

A hangulatzavarok (affektív kórképek) esetében az eddigi vizsgálatok szerint oki összefüggést nem lehet kimutatni a dohányzás és a mániás és/ vagy depressziós állapot között (azaz nem a dohányzás okozza az affektív zavart, és nem az affektív zavar hatására kezdenek el a betegek dohányozni), inkább közös – részben genetikai, részben környezeti – rizikófaktorok vezethetnek a magasabb koincidenziához [9].

A legújabb epidemiológiai vizsgálatok a dohányzás és az öngyilkossággal kapcsolatos fantáziák, tervek, kísérletek között is szignifikáns összefüggést találtak [10]. Ennek elemzése és magyarázata további vizsgálatokat tesz szükségessé (pl. az öngyilkosságot megkísérlők, elkövetők jelentős része pszichiátriai beteg (depressziós, alkoholfüggő, skizofrén).

Annak ellenére, hogy a nikotin függőség jelentős probléma a pszichiátriai betegek körében, a dohányzásról történő leszokásnál óvatosság, szoros pszichiátriai kontroll szükséges, mivel:

1. Önmagában a nikotin elvonás is jelentős pszichés tünetekkel járhat (szorongás, inszomnia, stb..).
2. A dohányzás abbahagyása bármilyen módszerrel, a pszichiátriai betegeknél a betegség kiújulását, rosszabbodását idézheti elő.
3. A leszokást támogató szakembernek körültekintőnek kell lennie a leszokni kívánó páciens anamnézis felvételekor és leszokási vizitjein a látens pszichiátriai kórképek kiszűrése érdekében.

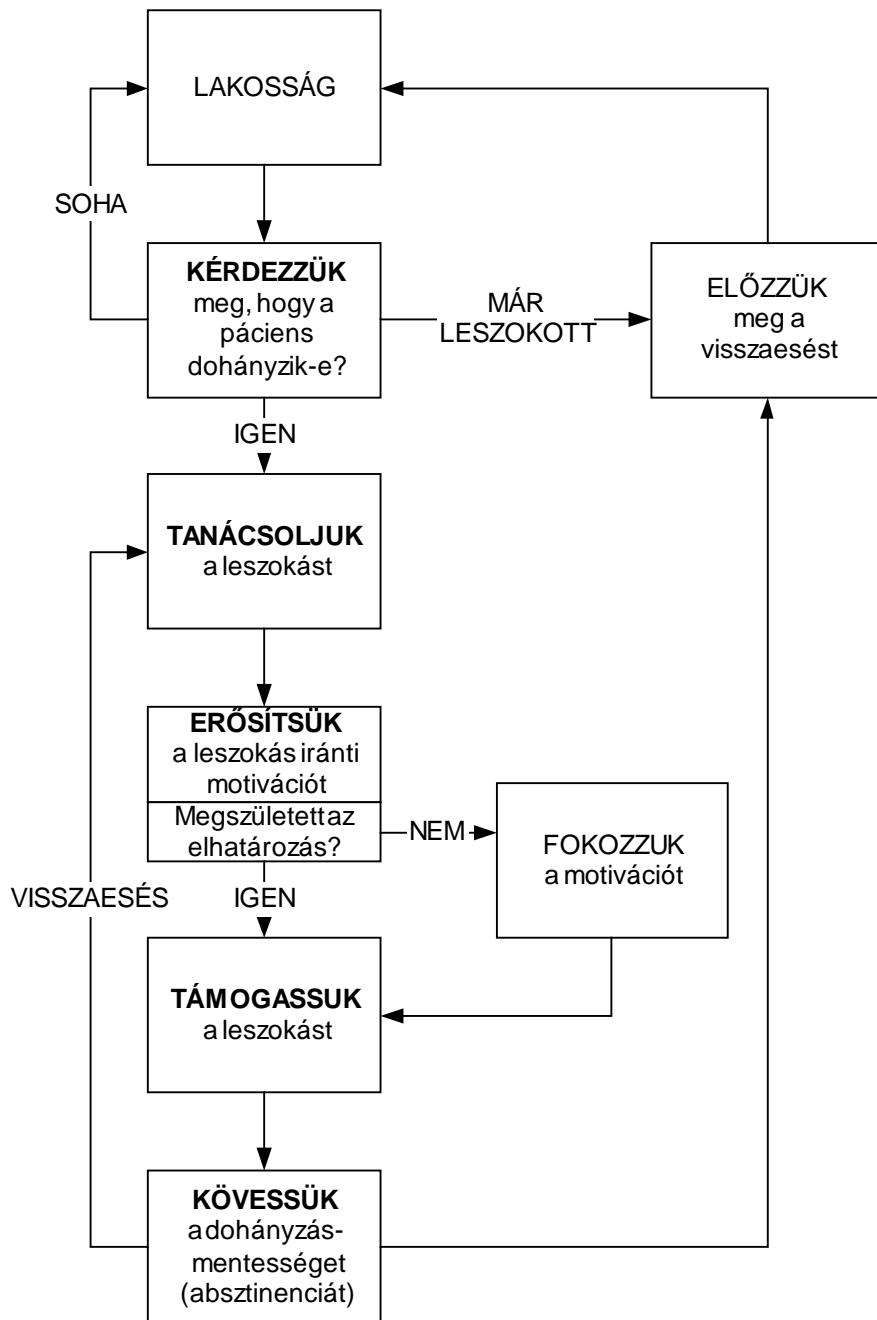
*Összefoglalva a pszichiátriai betegek dohányzásról történő leszokása csak stabil pszichés állapotban kezdhető meg pszichiáter szakorvos bevonásával. Az egészségesekhez képest a mentális betegeknél a leszokás folyamata hosszadalmasabb és nehezebben kivitelezhető [11].*

### 4. A leszokás

A dohányzás súlyos egészségkárosító hatásainak az ismeretében a dohányzó pácienseknek ajánlani kell a leszokást. Ennek módját a leszokni kívánó dohányos közeli és távoli anamnézise alapján a pácienssel közösen szakembernek tanácsos meghatározni. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert, vagy feltételezett társbetegségek, különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre, a páciens kora, állapota, esetleges terhessége mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő leszokási módszer megválasztását, ajánlását.

A leszokás támogatás folyamatát nemzetközileg az „5A” módszerrel határozhatjuk meg. Ezt illusztrálja a folyamatábra (1.ábra). Ask=kérdezzük; Advise=tanácsoljuk; Assess=Erősítsük; Assist=támogassuk; Arrange follow up=kövessük magyarul. Az ábrán a leszokás támogatás folyamata látható, magyarítva az egyes lépéseket [12]

# A LESZOKÁS TÁMOGATÁS FOLYAMATA



A fent meghatározott körülmények figyelembe vételével, különös tekintettel a nikotin függőség fokára a leszokás támogatásnak különböző módszerek lehetségesek. Ezek a minimál intervenció, illetve a programszerű leszokás támogatáson belül a gyógyszermentes és a farmakoterápiás módszerek.

## 4.1. Minimál intervenció

### 4.1.1. A minimál intervenció meghatározása

Valemmenyi orvosnak kötelessége, hogy a páciensekkel történő találkozáskor rákérdezzen azok dohányzási szokásaira, ha dohányoznak, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását (**A típusú bizonyíték**) [13]. Erősítse meg a leszokási szándékot, a motivációt. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a „minimál intervenciót”. Ez jelenti a leszokás támogatás első szintjét,

kevésbé időigényes, mint a programszerű leszokás támogatás, az esetek egy részénél azonban megfelelő lehet, illetve bevezetheti a későbbi második szintű programszerű leszokás támogatást.

Az alapellátásban dolgozó orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek találkoznak leggyakrabban a betegekkel, egészséges páciensekkel. Nekik van leginkább lehetőségük arra, hogy felderítsék dohányzási szokásaikat, kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását. Bizonyíték van rá, hogy a minimál intervenció alkalmával rákérdezve a dohányzási szokásokra, ajánlva a leszokást, az erősíti a leszokás motivációját és ezen keresztül a leszokás sikerességét (**A típusú bizonyíték**) [14,15].

### 4.1.2. A minimál intervenció struktúrája

Ez a minimális vagy rövid intervenció meghatározott elemekből áll, amelyek alkalmazása időkímélő és maximalizálja az intervenció hatásosságát. A „rövid tanácsadás” magában foglalja az eseti tanácsadást, a dohányzásról történő beszélgetést, a leszokással kapcsolatos motiváció erősítését. A páciens-orvos találkozó, az intervenció időtartama (minimálisan 3 perc) hossza egyenesen arányos annak hatásosságával (**A típusú bizonyíték**) [13]. A minimál intervenció egyénre szabott kell, hogy legyen, így az adott helyzetben az adott dohányos részére nyújtott tanácsadást számtalan tényező befolyásolhatja: az egyén leszokás melletti elkötelezettsége, milyen mértékben fogadja el a tanácsadást, korábbi leszokási kísérletek során szerzett tapasztalatok. A „rövid tanácsadás” tartalmazza:

- a dohányzás abbahagyására történő tanácsot
- a dohányos leszokás melletti elkötelezettségének felmérését
- nyomtatott anyagok átadását
- a gyógyszeres terápia és/vagy pszichés támogatás felajánlását
- szükség esetén leszokási centrumba történő irányítást

Minden dohányosnak javasolni kell a leszokást (speciális élethelyzetekben lehetnek kivételek), dohányzási szokásait rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációban. Azon dohányosokat, akik még nem készek a dohányzás abbahagyására, biztatni kell a leszokás megfontolására. A dohányzással összefüggésbe hozható betegségben szenvedő, jelenleg is dohányzó betegek esetében a tanácsadás térjen ki a betegség és a dohányzás kapcsolatára [16].

A minimál intervenció célja az, hogy felderítsék a rendelésen megjelenő valamennyi páciens dohányzási helyzetét, azonosítsák a dohányzókat és közülük azokat, akik hajlandók a közeljövőben (pl. egy hónapon belül) abbahagyni a dohányzást. Az első lépésben ezekre a páciensekre érdemes figyelni. A nemdohányzók között célszerű azonosítani azokat, akik korábban dohányoztak, de már leszoktak (relapszus-prevenció). Az aktuálisan dohányzó, de jelenleg leszokni nem szándékozó pácienseknek is javasolni kell a dohányzás abbahagyását – jelezzék számukra, hogy az orvosnak szándékában van később visszatérni a kérdésre. Ennek a „visszatérésnek” – azaz a páciens dohányzási helyzetével történő foglalkozásnak – a lehető leggyakrabban, de évente legalább egy alkalommal meg kell történnie.



A fenti kategóriákat a dokumentációban jól felismerhető módon jelölni kell és a páciensek dohányzását a későbbiekben figyelemmel kell kísérni.

#### *4.1.3. A minimál intervenció lépései*

1. A dohányzási helyzet és a nikotinfüggőség mértékének meghatározása
2. Ha aktuálisan dohányzik a beteg, javaslat a dohányzás abbahagyására
3. A leszokási motiváltság felmérése - mennyire akarja abbahagyni a cigarettázást?

Társbetegségek, különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre, feltérképezése és a páciens követése valamennyi leszokási tevékenység szerves része, így minimál intervenció esetében is indokoltak. Ennek során sor kerülhet a tartós absztinencia esetén a siker méltatására, kudarc esetén bátorításra, újabb leszokási kísérlet kezdeményezésére, az esetleges felmerülő kérdések megbeszélésére

#### *4.1.4. A különböző szakemberek szerepe*

##### *4.1.4.1. Az orvos szerepe*

Minden orvosnak, aki részt vesz a klinikai betegellátásban (alap-ellátás, járó- és fekvőbeteg szakellátás) alapfeladata, hogy foglalkozzon minden beteg dohányzási helyzetével és nyújtson segítséget számára a dohányzás abbahagyásához.. A járóbeteg szakellátás orvosa és a kórházi orvos rendszerint csak egy rövid időszakban van kapcsolatban a beteggel. Az általuk végzett intervenció sikeressége szempontjából előnyös egy esetleges súlyos akut történés (pl. koronária betegség), mert a legtöbb beteg ilyenkor fogékonyabb az életmód változtatásra és ezt a helyzetet ki kell használni a dohányzás abbahagyásának elérésére. A szakellátás orvosainak azonban kevésbé van lehetőségük a beteg tartós követésére. Ez alól kivétel krónikus betegség esetén (COPD, diabetes...) a beteg tényleges gondozását végző szakorvos. A dohányzásról leszokást segítő intervenció szempontjából kitüntetett helyzetben vannak az alapellátás szereplői (házi orvos, fogorvos, védőnő, iskola egészségügyi szolgálat). Ők vannak folyamatos kapcsolatban a pácienssel, ismerik életkörülményeit, kórelőzményét, családi anamnéziséjét. Egy 25 országra kiterjedő EU tanulmány (PESCE)[47] megállapítása szerint a házi orvos által a dohányzó beteg számára nyújtott segítség a cigaretta elhagyásához a legjobb költség-hatékonyságú prevenció tevékenység, jelentős egészségbeli és gazdasági előnyt eredményez társadalmi szinten.

##### *4.1.4.2. A védőnő szerepe*

Bizonyos élethelyzetekben (várandósság, kisgyermekes anyák) a védőnő kerül legközelebb a családokhoz és a gyermek érdekére hivatkozás nagyon hatásos motivációs tényező lehet a dohányzás abbahagyásában – elsősorban az anya, de a többi családtag esetében is. Célszerű ezért ha ő is képes a leszokást segítő rövid intervenció végrehajtására.

##### *4.1.4.3. A szakdolgozó szerepe a rövid intervenció végrehajtásában*

A mindennapos betegellátás körülményei között az orvosnak kevés ideje és lehetősége van arra, hogy a beteg dohányzásával, annak részleteivel hosszasan foglalkozzon. Bár bizonyítékok vannak arra, hogy az intervenció sikeressége egyenesen arányos annak időtartamával, de strukturált program alkalmazásával és munkamegosztással már rövid idő (3-5 perc) alatt is eredményes intervenció végezhető. Az orvos és a nővér közötti munkamegosztással jelentős mértékben növelhető a tevékenység és hatékonysága [17]. A nővér feladata lehet

- A dohányosok kiszűrése
- a dohányzási helyzet meghatározása,
- a páciensek csoportosítása,
- a páciens esetleges kérdéseinek megválaszolása,
- leszokást segítő készítmények alkalmazásának részletes ismertetése,
- a dokumentáció kezelése.

Rendkívül fontos, hogy az intervenciót végző maga ne dohányozzon. Felmérések szerint a dohányzó orvos, vagy nővér nem fektet elég hangsúlyt a dohányzás okozta egészségkárosodás hangsúlyozására és a beteg dohányzás leszokását segítő intervencióra.

## 4.2. Programszerű leszokás támogatás: gyógyszermentes módszerek

*A páciens motivációja:* A leszokás támogatásának gyógyszermentes módszerei alkalmazása során alapvető fontosságú a páciens motivációjának ismerete, mivel eltérő stratégiák alkalmazandók a leszokásra motivált és nem motivált dohányosoknál. Ugyanakkor az orvosi tanácsa és a minimál intervenció minden dohányosnál alkalmazandó.

### 4.2.1. A nem gyógyszeres támogatási formák a **leszokásra motiváltak** esetében

Az egészségügyben is alkalmazható nem gyógyszeres támogatás számos formája ismeretes, ezek csoportosíthatók a hatékonyságuk tekintetében rendelkezésünkre álló bizonyítékok mentén:

A bizonyíték mértéke	Módszer[18]
Bizonyítottan hatékony módszerek – A szintű evidencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orvosi tanács és minimál intervenció OR=1,3 [1,0-1,6]<sup>(19)</sup></li> <li>• Önségítő anyagok (OR=1,24 [1,07-1,45]<sup>(19,20)</sup>, 'testre szabott' önségítő anyagok esetében OR=1,42 [1,26-1,61]<sup>(20)</sup>)</li> <li>• Intenzív egyéni tanácsadás (OR=1,7 [1,4-2,0]<sup>(19)</sup> illetve OR=1,62 [1,35 – 1,94]<sup>(21)</sup>)</li> <li>• Intenzív csoportos tanácsadás (OR=1,3 [1,1 – 1,6]<sup>(19)</sup> illetve OR=2,17 [1,37 – 3,45]<sup>(22)</sup>)</li> <li>• Proaktív telefonos tanácsadás (OR= 1,2 [1,1-1,4]<sup>(19)</sup> illetve OR=1,41 [1,27-1,57]<sup>(23)</sup>)</li> </ul>
Nincs elégséges bizonyíték a hatékonyságukról, további vizsgálatok szükségesek. Mindaddig azonban, amíg nem állnak rendelkezésre bizonyítékok úgy kell állást foglalni, hogy hatástalanok.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipnoterápia<sup>(24)</sup></li> <li>• Akupunktúra és hozzá kapcsolódó újabb eljárások<sup>(25)</sup></li> <li>• Averzív kondicionálás<sup>(26)</sup></li> <li>• Biofeedback (a dohányzás negatív következményeinek műszeres visszajelzése, pl. CO mérés, spirometria)<sup>(27)</sup></li> <li>• Kiegészítő testedzésprogramok<sup>(28)</sup></li> <li>• Nicobrevin<sup>(29)</sup></li> </ul>

A bizonyítottan hatékony gyógyszermentes intenzív módszerek egyaránt hatékonyak az addikció enyhébb és súlyosabb formáiban szenvedőknél, éppen ezért alkalmazásukat nem

szabad kizárólag a súlyos esetekre korlátozni. A nem gyógyszeres módszerek kombinációjával a leszokás sikeressége növelhető, bár a kutatások erre vonatkozóan csak elvétve találhatók. Éppen ezért ajánlott az intenzív kezeléseket kombinációban alkalmazni. Az egyes kombinációk relatív hatásosságának vizsgálataira nincs külön-külön adat.

#### *A nem gyógyszeres támogatás jellemzői a leszokásra motiváltak esetében*

Egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés hatékonysága szorosan összefügg a kezelés tartalmával és intenzitásával. A kezelés intenzitásának indikátorai a találkozások száma, időtartama és tartalma:

- A találkozások száma: A kezelés során történő találkozások száma minimálisan 4 alkalom, optimálisan 8 alkalom, amit hosszú távú követés egészíthet ki. A 8 alkalomnál több találkozó nem növeli meg szignifikánsan a leszokás esélyét a 4-8 alkalomhoz képest.
- A találkozások időtartamának növelésével a leszokás esélye is növekszik. Az intenzív kezelések minimálisan 10 perc tanácsadási időt tételeznek fel.
- A tanácsadás során hatékonynak tartott komponensek a praktikus problémamegoldási készségek fejlesztése és a társas támogatás nyújtása a kezelés során. Ugyanakkor a viselkedésterápia/magatartásorvoslás más elemei (relaxáció, ingerkontroll) részét képezhetik a problémamegoldás fejlesztésének. A problémamegoldás fejlesztése során ki kell térni a következőkre:
  - A kihívást jelentő helyzetek felismerése
  - A dohányzásra való késztetéssel való megküzdés készségeinek fejlesztése
  - A stressz kezelésének fejlesztése
  - A visszaesés megelőzése

**4.2.2. Tanácsadás módja a leszokásra nem motivált dohányosoknál:** A leszokásra motivált és a leszokásra nem motivált dohányosok eltérő kezelési megközelítést igényelnek. A minimál intervenció mellett a tanácsadás során a leszokásra nem motivált pácienseknél a páciensre orientált motivációs interjú módszereivel a leszokás motivációjának erősítésére van szükség. A motivációs interjú alapelemei [30,31]

- Az empátia kifejezése
- Az ellentmondásosság (diszkrepancia) felismertetése
- A vita kerülése
- Az ellenállás feldolgozása
- Az önbizalom támogatása és erősítése

A motivációs interjú ugyanakkor csak előkészíti, motiválja a páciens a leszokásra, nem helyettesíti a leszokás intenzív támogatását. A leszokásra nem motivált dohányosok esetében tehát első lépés a motiváció kialakítása, majd a motivált dohányosok esetében használt kezelési/támogatási eljárások alkalmazása.

Amennyiben a tanácsadó nem képzett a motivációs interjú alkalmazásában, a leszokásra nem motivált dohányosokkal való foglalkozás során segíteni kell azonosítani és felismerni a következőket:

- a leszokás személyes fontossága a páciens számára.
- a dohányzás potenciális akut és hosszú távú veszélyei, valamint a dohányzás veszélyei a környezetében élőkre.
- a dohányzásról való leszokás potenciális nyereségei a páciens számára
- a leszokást akadályozó tényezők azonosítása és megoldási lehetősége.

#### **4.2.3. A nem gyógyszeres és a gyógyszeres támogatás kombinációja**

Az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás hatékonyságát növeli a gyógyszeres kezeléssel való kombinációja (**A-típusú evidencia** OR=1,7 [1,3-2,1]<sup>(19)</sup> a csak tanácsadási helyzethez viszonyítva) és viszont a gyógyszeres kezelés hatékonyságát növeli a tanácsadás (**A-típusú evidencia**<sup>(19)</sup> OR=1,4 [1,2-1,6]<sup>(19)</sup> a csak gyógyszeres kezeléshez viszonyítva). Éppen ezért a tanácsadásban résztvevőknek minden esetben – ha azt kizáró orvosi indokok nincsenek – fel kell ajánlani a gyógyszeres támogatást is. Amennyiben a tanácsadást nem orvos végzi, akkor – a kliens beleegyezésével – a tanácsadónak konzultálnia kell a kliens kezelőorvosával. Ezzel párhuzamosan a gyógyszeres kezelés során, fel kell ajánlani az intenzív egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás lehetőségét ott, ahol erre megfelelően képzett szakember valamint szakrendelés rendelkezésre áll. Gyógyszeres kezelés és az intenzív tanácsadás hatékonysága egyenes arányban nő a tanácsadási alkalmak számával<sup>(19)</sup>, éppen ezért – amikor csak lehet – a gyógyszeres kezelést több intenzív tanácsadási alkalommal is ki kell egészíteni.

#### 4.2.4. Kik végezzenek leszokást támogató tanácsadást

A dohányzásról való leszokás nem gyógyszeres támogatását egyaránt hatékonyan végezhetik orvosok, pszichológusok, nővérek [19,32]. A hatékonyságot növeli, ha több szakma képviselője vesz részt a leszokás támogatásában egymást kiegészítő kezeléseket nyújtva [19].

- Az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadást végző szakembereknek (orvosok, nővérek, pszichológusok, más magatartásorvoslási szakembereknek) rendszeres képzésében ajánlott kitérni a következőkre:
  - dohányzásról leszokást támogató bizonyítékon alapuló módszerek
  - az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás alapelvei
  - a nikotinfüggés, a leszokásra való motiváltság és a leszokás szempontjából lényeges kofaktorok (pl. depresszió) szűrésére használható eszközök, módszerek
  - a dohányzásról való sikeres leszokásban szerepet játszó tényezők
  - a dohányzással és leszokással esetenként együttjáró állapotok (pl. depresszió, negatív érzelmek) pszichológiai és gyógyszeres kezelésének módszerei

### 4.3. Programszerű leszokás támogatás: farmakoterápiás módszerek

A dohányzás abbahagyását a nikotin függőség, a dohányzás abbahagyását követően bekövetkező nikotin megvonási tünetek nehezítik meg. Azoknál a dohányosoknál, akiknél közepes, vagy erős nikotin függőség állapítható meg nagy valószínűséggel ki is alakulnak ezek a tünetek. Emiatt ezekben az esetekben nem elég pusztán „akaraterajükre”, vagy a gyógyszermentes módszerekre támaszkodni a leszokás során. Ilyenkor indokoltak a különböző farmakoterápiás módszerek.

A farmakoterápiás módszereknek két típusa ismert: a *nikotinpótló terápia* és a *nikotin mentes készítmények* használata. A szakembernek és a páciensnek közösen kell meghatározni, több körülmény figyelembe vételével a megfelelő módszert.

#### 4.3.1. Nikotinpótló terápia

Nikotin függőség esetén alkalmazandó készítmények. Általában 8-12 héten keresztül fokozatosan csökkenő dózisban juttathatunk többféle módon nikotint a szervezetbe. Ennek hatására csökkennek a nikotin megvonási tünetek (**A típusú bizonyíték**)[13,33,34]. Nikotinpótlásra használt készítmények a transzdermális tapasz (**A típusú bizonyíték**), a rágógumi (**A típusú bizonyíték**), a szopogató tableta, az orrspray, az inhaláló (**A típusú bizonyíték**) és a nyelv alá helyezhető tableta. Magyarországon jelenleg a tapasz, a rágógumi és a szopogató tableta van forgalomban, amely vény nélkül megvásárolható (OTC

készítmény). Vannak 16 és 24 órás tapaszok, de ezek effektusa között nincs szignifikáns különbség.

A nikotinpótló terápiák hatásossága placebo kontrollal szemben:

Nikotinpótló terápiák összességében: OR: 1,73 (1,60-1,82).

Nikotinos ráógumi OR: 1,63 (1,49-1,79)

Nikotin tapasz OR: 1,73 (1,56-1,93)

Nikotinos orrspray OR: 2,27 (1,61-3,20)

Nikotinos inhaláló OR: 2,08 (1,43-3,04)

Nyelv alá helyezhető tableta OR: 1,73 (1,07-2,80)

Nikotinos szopogató tableta OR: 2,10 (1,59-2,79)

A nikotin pótló terápia kombinálható bupropionnal (**A típusú bizonyíték**) [35]

Nikotin pótló tapasz+bupropion OR: 2,65 (1,58-4,40)

#### 4.3.2. Nikotinmentes készítmények

##### 4.3.2.1. Bupropion

A bupropiont eredetileg anti-depresszáns szerként alkalmazták, később figyelték meg azokat a hatásait, amelyek alapján effektívnek bizonyult a dohányzás leszokás támogatás terén (**A típusú bizonyíték**) [13]. A bupropion SR kettős hatásmechanizmusával emeli a dopamin és a noradrenalin szintjét, valamint lassítja ezek visszavételét a szinaptikus résekből. Így enyhíti a rágyújtásra késztetést, a sóvárgást. Csökkenti a megvonási tüneteket.

Bupropion hatásfoka placebo kontrollhoz képest:

Bupropion OR: 1,94 (1,72-2,19)

A bupropion jelenleg Magyarországon nincs törzskönyvezve dohányzás leszokás támogatásra.

##### 4.3.2.2. Vareniklin

A vareniklin parciális agonista és antagonistá hatása révén csökkenti a nikotin éhséget, csökkenti a megvonási tüneteket. Jelenleg ez a leghatékonyabbnak tekinthető leszokás támogató készítmény (**A típusú bizonyíték**)[36]. Hatásfoka meghaladja a placebot és a bupropiont egyaránt. Parciális agonista hatása részleges dopamin felszaporodást eredményez, ami csökkenti a megvonási tüneteket, antagonistá hatásával pedig kompetitíve gátolja a nikotin receptorokat. A dohányos hiába szívja el a cigarettát, a nikotin nem képes kötődni a receptorhoz. Ez azt eredményezi, hogy a „jutalmazási” érzés kevésbé lesz intenzív, vagy el is maradhat.

12 hetes terápia javasolt, de ez meghosszabbítható, ami javítja az effektivitást. Biztonságos és effektív módszer.

Vareniklin hatásfoka a placebo kontrollhoz képest:

Vareniklin OR: 3,22 (2,43-4,27)

A 2.táblázatban [37] az egyes farmakoterápiás készítmények jellemzői láthatók.

Farmakoterápiás készítmény	Kontraindikáció	Mellékhatás	Dózis	Kezelés időtartama	Elérhetőség	Monoterápia hatékonysága (becsült abstinencia az elhagyást követően)		Kombinációs lehetőség
						6 hónap	12 hónap	
Nikotin tapasz	14 év alatt	lokális bőr irritáció insomnia	21 mg/24 óra 14 mg/24 óra 7 mg/24 óra 15 mg/16 óra 10 mg/16 óra 5 mg/16 óra	4 hét 2-4 hét 2-4 hét (dózisok szerint) teljes kezelés: 8-12 hét	OTC (recept nélkül)	23.4- 26.5	20.3	nikotin rágógumi  bupropion
Nikotin rágógumi	14 év alatt	dyspepsia szájnyálkahártya irritáció	1-24 cigaretta/nap esetén: 2 mg (max 24 db/die) ≥25 cigaretta/nap esetén: 4 mg (max 24 db/die)	8-12 hét	OTC (recept nélkül)	19.0- 26.1	8.2-11.2	nikotin tapasz
Bupropion SR (Magyarországon jelenleg nem törzskönyvezett dohányzás leszokás indikációjában)	epilepszia táplálkozási rendellenesség	insomnia szájszárazság görcs	3 napig 150 mg reggel, majd 2x150 mg (kezelést 1-2 héttel a cigaretta letétel előtt érdemes kezdeni)	8-12 hét mely 6 hónapig kiterjeszhető	vényköteles	24.2	16.1	nikotin tapasz
Vareniklin	veseelégtelenség dialízis	nausea alvási rendellenesség (vivid/furcsa álmok)	0.5 mg 3 napig, 2x0.5 mg 4 napig, majd 2x1 mg (kezelést a 1 héttel a cigaretta letétel előtt érdemes kezdeni)	12 hét mely 6 hónapig kiterjeszhető	vényköteles	33.2	26.1	-



#### **4.4. Programszerű leszokás támogatás, magatartásorvoslási terápiával**

A leghatékonyabb az, ha a hatékony készítményeket programszerű leszokás támogatás keretében magatartásorvoslási terápiával kombináltan alkalmazzuk. A program általában három hónapig tart. Ennek keretében több alkalommal találkozik a páciens a leszokást vezető szakemberrel. Leszokási vizitekre és követési vizitekre kerül sor. A kilélegzett levegő szénmonoxid szintjének a mérése kontrollálja a nikotin absztinenciát.

##### *4.4.1. Dohányzási anamnézis felvétele*

Az első találkozáskor kerül sor a dohányzási anamnézis felvételére, a nikotin függőség meghatározására, a társbetegségek feltérképezésére. Különös gondossággal kell eljárni az esetleges neurológiai és pszichiátriai betegségek megállapításának a terén. A pszichiátriai megbetegedések fennállásának még a gyanúja esetén is pszichiáter szakvéleményét kell kérni a cigaretta letevése, a nikotin megvonása előtt. Elvégzendők a fizikális vizsgálatok, testsúlymérés, amihez majd viszonyítani lehet a jövőben a tényleges testsúlygyarapodást. EKG-t kell készíteni, vérnyomást kell mérni. Ezen a megbeszélésen a pácienssel közösen kell meghatározni a számára vélhetően leghatékonyabb leszokási módszert és az un. „stop napot”, vagyis azt a napot, amikor leteszi a cigarettát.

##### *4.4.2. Leszokási vizitek*

A rendelések egységes módszereket (nikotin dependencia teszt, egyéni foglalkozás, csoportos foglalkozás, gyakorlati tanácsadás, nikotin függőség és megvonási tünetek kezelése) és dokumentációt alkalmaznak. A program időtartama általában három hónap, de erős függőség esetében – különösen a vareniklin esetében – ez hat hónapra meghosszabbítható. Ez idő alatt rendszeresen kerül sor követési vizitekre (szakember-páciens találkozások 1-3 hetente). Ezek időtartama minimálisan öt-tíz perc. A teendő a dohányzás/nem dohányzás tényének megállapítása, testsúlymérés, kilélegzett levegő szénmonoxid mérése, az időközben felmerült nehézségek megbeszélése, a meghatározott készítmény felírása. A program szoros követéssel történik. Ha nem jelenik meg a páciens, akkor az orvos, vagy az asszisztense telefonon kapcsolatba lép vele.

##### *4.4.3. Követés*

A program megkezdésétől számított 4, 6 és 12 hónap elteltével interjúra hívják a páciens. A követési viziteken a dohányzás/nem dohányzás tisztázása mellett a kilélegzett levegő szénmonoxid mérésére, testsúlymérésre kerül sor. A program kiértékelésére 12 hónap elteltével kerül sor. Leszokott dohányosnak azt tekinthetjük, aki 12 hónap elteltével sem gyújt rá. Ha visszaesett időközben a páciens ismét felajánljuk neki a segítségünket, a programba történő bekapcsolódást [49].

### **5. A leszokás mellékhatásai, a megvonási tünetek menedzselése**

#### **5.1. A nikotin megvonási tünetek**

A dohányzásról való leszokást kísérő megvonási tünetek komoly akadályai lehetnek a sikeres leszokásnak és fő okozói a relapsusznak, a visszaesésnek. Kiemelt figyelmet érdemelnek, mivel sokszor az ezektől való aggodalom tartja vissza a dohányost a leszokástól. A dohányzás abbahagyását követően 24-48 óra között a legerősebbek és néhány naptól akár több hetes időtartamig is eltarthatnak. A megvonási tünetek diagnosztikus kritériumait a DSM-IV-R alapján a 2. táblázat mutatja be [6]. További megvonási tünetek lehetnek még az erős sóvárgás a cigaretta után, gasztrointesztinális diszkomfort érzés, obstipáció. A tünetek előfordulási gyakoriságát és fennállásának várható időtartamát a 3. táblázat mutatja be.



*3. táblázat: Pszichoaktív szer (nikotin) megvonás DSM-IV kritériumai*

A. A szer-specifikus szindróma kialakulása valamely szer prolongált vagy nagyfokú használatának a megszakadása vagy redukálása következtében jött létre.

B. A szer-specifikus szindróma klinikailag jelentős zavart vagy károsodást okoz a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működésekben.

C. A tünetek nem felelnek meg valamely általános betegségi állapot kritériumainak és nem magyarázhatók meg jobban más mentális zavarral.

*A nikotinmegvonásos tünetei, tünetegyüttese a DSM-IV rendszerben*

1. diszfóriás vagy depressziós hangulat
2. inszomnia
3. irritabilitás, frusztráció, düh
4. szorongás
5. koncentrációs nehézségek
6. nyugtalanság
7. szívritmus csökkenése
8. fokozott étvágy vagy súlygyarapodás

### 5.1.1. A nikotinmegvonás tünetei, és előfordulási gyakorisága [46]

Tünet	Időtartam	Gyakoriság
Irritabilitás, ingerlékenység	< 4 hét	50 %
Deprimált hangulat, lehangoltság	< 4 hét	60 %
Pszichomotoros nyugtalanság	< 4 hét	60 %
A koncentráció zavara	< 2 hét	60 %
Az étvágy fokozódása	> 10 hét	70 %
Alvászavar	< 1 hét	25 %
Sóvárgás	> 2hét	70 %
Bradikardia	> 10 hét	> 80 %
Obstipáció	> 4 hét	17 %

### 5.1.2. A nikotin megvonás tüneteinek kezelése

A megvonási tünetek kezelése során elsősorban a támogató jellegű pszichoterápiás instrukciók mellett készségfejlesztést alkalmazhatók. A nikotinmegvonás tüneteinek átértelmezését érdemes javasolni a pácienseknek, miszerint a megvonási tünetek viszonylag rövid ideig tartanak, átmenetiek és elsősorban azt tükrözik, hogy a szervezet és az idegrendszer „gyógyulási” folyamatát képezik.

Amennyiben a tünetek intenzitása szükségessé teszi, akkor szorongás, irritabilitás, deprimált hangulat és/vagy alvászavar esetén nagypotenciálú benzodiazepin (alprazolam, clonazepam) beállítás indokolt, de orvosi kontroll mellett és limitált időtartamban (max. 6 hétig, és utána pszichiáter szakorvossal történő konzultáció alapján folytatható - szükség esetén). Az alvászavar (éjszakai felébredések) kezelésére korszerű elaltató és/vagy átaltató hipnotikumok alkalmazhatók szintén limitált időhatáron belül.

## 5.2. A testsúly növekedése

A megvonási tünetek között a testsúlygyarapodásra kiemelt figyelmet kell fordítani, mivel a páciensek többségében a testsúly növekedése vagy az attól való félelem a leszokással szemben lényeges visszatartó erő és a relapsushoz vezető egyik legfontosabb tényező a férfiaknál és nőknél egyaránt [38].

Egyéves folyamatos absztinencia esetén a dohányzásról való leszokással magyarázható súlygyarapodás 4,8-5,9 kg [39] között van. A testsúlygyarapodás a leszokást követő 2 éven belül éri el a maximumát, majd ezt követően visszatér az alapszintre, azaz nem különbözik a nemdohányozók súlygyarapodásától [40], továbbá hosszú távon a testtömeg index növekedése elhanyagolható [41]. A testsúlygyarapodás egészségi veszélyei messze elhanyagolhatók a leszokással nyerhető egészségi előnyökhöz viszonyítva. A testsúlygyarapodás hátterében számos mechanizmus tételezhető fel, különösen az alapanyagcsere szint csökkenésének és az étvágy növekedésének lehet központi szerepe. Bár általános az egyetértés abban, hogy a testsúlygyarapodás mérsékelhető, nincs A-típusú bizonyíték a testsúlygyarapodás megelőzésére. **B típusú bizonyítékok** vannak arra, hogy nikotinpótló terápia és a bupropion csupán késlelteti a testsúlygyarapodást [5]. Általánosan az energia egyensúllyal kapcsolatos tanácsadás a táplálkozás megváltoztatására, az alkoholfogyasztás mérséklésére és a fizikai aktivitás növelésére kell irányulnia.

## 6. Leszokás speciális esetekben

*(Speciális, magas rizikójú paciens csoportok dohányzása és leszokása)*

A dohányzás abbahagyása minden dohányos érdeke. Vannak azonban olyan csoportok, akiknél egyrészt koruknál (pl. a serdülők, vagy fiatal felnőttek), vagy állapotuknál (pl. a terhes nők) a dohányzás leszokás támogatás, a megfelelő módszer kiválasztása a szokásosnál is fokozottabb körültekintést kíván. Külön szakaszban (3.2.) foglalkozunk a pszichiátriai betegek, illetve a fel nem ismert un. látens pszichiátriai betegek leszokásának a kérdésével.

### 6.1. Nők

Ugyanaz a dohányzás leszokás támogatási stratégia hatékony nők és férfiak esetében egyaránt. Ezért, a terhes nők kivételével nőkben ugyanazon eljárás követendő, mint férfiakban (**B szintű evidencia**).

Fiatal korban több nő dohányzik, mint férfi, felnőttkorban pedig gyakran az elhízástól való félelem miatt a nők sokszor kevésbé hajlandóak leszokni mint a férfiak. Így a serdülő korokban már cigarettázó lányokból dohányos nők válnak. A dohányzás megváltoztatja az ösztrogén metabolizmusát praemenopauzában és menopauzában is. A csökkent ösztrogén szint következtében megnövekszik a szív és érrendszeri megbetegedés kockázata. A középkorú dohányos asszonyoknál atherogen lipid profilt és gyakoribb koszorúér megbetegedést és annak klinikai megjelenési formáit lehet kimutatni. Az erős dohányos nők kardiovaszkuláris veszélyeztetettsége többszöröse a nemdohányzókéknak (**A típusú evidencia**)[42]. A menopauza korú nők szívpanaszai különböznek a férfiakétól és sokszor kevésbé jellegzetesek, emiatt mind a konzervatív mind az invazív kezelési módokban kevésbé részesülnek mint a hasonló korú férfiak. Mikor a betegség felfedezésre kerül az állapot már gyakran előrehaladott, a szövődmények súlyosabbak.

Az egyébként egészséges nőkben az aorta meszesedése korrelál az elszívott cigaretták számával. A dohányzás abbahagyásával az aorta kalcifikáció csökken.

Az adatok szerint a nők gyakrabban kérnek és fogadnak el segítséget a leszokásban kinyilvánított küzdelemhez mint a férfiak. Mivel a nők hajlamosabbak az elhízásra, a depresszióra és a hormonális ciklus is jobban meghatározza a kedélyállapotukat fontos figyelembe venni ezeket a tulajdonságokat is a leszokási metodika kiválasztásánál.

A nők számára természetesen ugyanolyan fontos a dohányzás abbahagyása, mint a férfiaknak és életkilátásaik ugyanúgy javulni fognak. (**A típusú evidencia**)

### 6.2. Terhes és szoptató nők

A dohányzásnak a terhes nőkre és magzatra gyakorolt káros hatása miatt, a terhes nőknek a leszokás támogatással kapcsolatos minimális intervenciót meghaladó mértékben kell pszichoszociális leszokás támogatást nyújtani (**A szintű evidencia**).

Bár a dohányzás abbahagyásának legnagyobb haszna akkor van, ha ez még a terhesség előtt, de legalább is a legelején történik meg, a cigaretta letétele bármely időpontban fontos és hasznos mind az anya, mind a magzat szempontjából, így a terhesség előtt és alatta végig a leszokási segítséget folyamatosan biztosítani kell személyes tanácsadás és konzultáció formájában (**B szintű evidencia**).

Ha a terhes, vagy szoptató nő képtelen farmakoterápia nélkül leszokni, azt lehet kezdeményezni, ha a dohányzás abbahagyásának valószínűsége és az így elérhető egészségnyereség nagyobb a farmakoterápia és az anélkül valószínűleg továbbra is fennálló dohányzás káros hatásainál (**C szintű evidencia**).

A terhesség alatti dohányzás károsítja a magzatot. A lepényi keringés károsodása következtében gyakrabban kell spontán vetéléssel, magzati halálózással számolni. A dohányzó terhesek újszülöttei kis súlyúak, gyakran 2500 gramm alattiak és ehhez gyakrabban társulnak a legkülönbözőbb kórállapotok. A fejlődésbeli lemaradást nehezen hozzák be ezek az újszülöttek. A terhességük alatt dohányzó anyák gyermekein még tízéves korukban is mutatkozhat értelmi, érzelmi fejlettségbeli lemaradás és ezekből eredő viselkedésbeli probléma (**A típusú evidencia**). A terhesség alatti dohányzás némely rosszindulatú daganat előfordulásának a kockázatát is megnöveli.

Sok nő visszaszokik a szülés után. Érdemes ennek megelőzésére ismételni a leszokás támogatást szülés után. Az újszülöttbe az anyatejjel nikotin jut, ha a szoptató anya dohányzik. A tájékoztató füzetek, az ismételt leszokási próbálkozás hasznosnak bizonyultak ebben a csoportban.

### **6.3. Dohányzó gyermekek, serdülők**

Az orvosoknak meg kell kérdezniük gyermekkorú (14 év alatti) és serdülő korú (14-16 éves) pácienseiket és a szülőket a dohányzással kapcsolatban és határozottan állást kell foglalni a teljes dohányfüst mentesség mellett (**C szintű evidencia**). A felnőtteknél használt tanácsadás és magatartás alapú kezelés ajánlott ebben a csoportban. A beavatkozás tartalmát, az esetleges leszokási módszert azonban az életkori sajátosságok figyelembevételével módosítani kell (**C szintű evidencia**). Serdülők kezelésekor, nikotinfüggőség esetén farmakoterápia is alkalmazható (**C szintű evidencia**). Gyermekorvosoknak tanácsolniuk kell a dohányzás abbahagyását, hogy a gyermekek dohányfüst expozícióját csökkenteni/megszüntetni lehessen (**B szintű evidencia**) [44,45].

A dohányosok kb. 90%-a 21 éves kora előtt kezd dohányozni. A dohányzó tinédzserek száma Magyarországon is gyorsan növekszik. A szülői, testvéri és kortárs minta, valamint a saját tapasztalatszerzés képezi a legfontosabb rizikótényezőket. A legfontosabb népegészségügyi törekvésnek a dohányzás primer prevenciójának kell lenni, az iskolai tantervbe történő beépítéssel. Eddigi néhány tapasztalat szerint az iskolákban működő multimodális megközelítésű programok mellett csökkenthető a dohányzó fiatalok aránya. Fiatalok esetében a dohány dependencia kezelése nehéz, általában a felnőtteknél hatékonyabbnak talált pszichoszociális intervenciót alkalmaztak, melynek eredményessége nem bizonyított ebben a korcsoportban és a tartalmát az életkornak megfelelően adaptálni szükséges. Mindössze két vizsgálatban alkalmaztak farmakoterápiát (nikotinpótló kezelés és bupropion), így ennek eredményessége nem ítéhető meg. Mindezek miatt a prevenciónak kulcsszerepe van (ideértve az ismételt pozitív megerősítést az absztinenciával kapcsolatban).

A dohányzás káros egészségügyi hatásait ismerő gyermekek fontos szerepet játszanak a dohányzó szülők leszokásának motiválásában. Tájékoztatni kell ezt a csoportot a dohányfüst expozíció (passzív dohányzás) káros hatásairól is [48].

### **6.4. Kórházi betegek**

Kórházba kerülő betegek esetében a megbetegedés, a dohányzás korlátozása jó lehetőséget teremt a dohányzás elhagyására. Fekvőbeteg intézmény betegek esetében is fel kell mérni a beteg dohányzási szokásait, motiváltságát a leszokásra, tájékoztatni a dohányzás okozta kockázatokról, valamint a dohányzás elhagyásával járó előnyökről. A kezelőorvosnak fel kell készülnie az esetleg jelentkező megvonási tünetek ellátására. Kórházi körülmények között szervezett tájékoztató program, melybe a szakdolgozók és a klinikai pszichológus is bekapcsolódik, adhat alapot a kezelőorvosok a nikotin dependencia kezelés elindításához. Legalább négy alkalommal 10-10 perces ülések javasoltak, lehetőleg erre speciálisan kiképzett szakemberrel. Individuális és csoportterápia is alkalmas forma, melynek fő részét gyakorlati tanácsok, és ezek alkalmazása alkotja. Csak azon programok esetében igazoltak

magasabb absztinencia rátát, ahol a betegek legalább 1 hónapos utánkövetésben részesültek. Megfontolandó a kezelés farmakoterápiával történő kombinálása, bár ennek hatékonysága még nem kellőképpen bizonyított [43].

### ***Irodalomjegyzék***

[1] Mackay J., Eriksen M. et Shafey O.: The Tobacco Atlas (2nd ed.) Ed: American Cancer Society by Myriad Ed. Ltd. 2006

[2] Jarvik, M.E. (1995). The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*, 117, 18-20.

[3]. Perkins, K.A. (1999). Nicotine self-administration. *Nicotine and Tobacco Research*, 1 (Suppl. 2), S133-S138.

[4] Watkins, S. S., Koob, G. F.; Markou, A. (2000). Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine and Tobacco Research*, 2 (1), 1, 19-37.

[5] Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

[6] American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., text revision). Washington DC: American Psychiatric Association.

[7] Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE et al.: Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986;143:993-7 [Abstract/Free Full Text]

[8] De Leon J, Abraham G, Nair C. et al.: Nicotine addiction in chronic schizophrenic inpatients. *Biol Psychiatry* 1995;37:593-683 [Medline]

[9] Rihmer Z.: Dohányzás és depresszió. In: Addikciók (szerk.: Németh A., Gerevich J.) *Medicina*, Budapest, 2000.158-166.

[10] Kessler RC, Borges G, Sampson N. et al.: The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Mol Psychiatry*. 2008 Jul 22. [Epub ahead of print]

[11] William JM, Foulds J.: Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:222-227

[12] Kovács G, Manchin R. (szerk): *Dohányzás, vagy egészség?* *Medicina*, Budapest. 2006.

[13] *Treating Tobacco Use and Dependence*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, June 2000

[14] West R, et al. Smoking cessation guidelines. *Thorax* 2000; 53: 140-4. (4/3)

[15] A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, JAMA, 283:2000, No.24.3244-54. (4/4)

[16] Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings, Quick reference guide, 2006. National Institute for Health and Clinical Excellence (4/7)

[17] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art.No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.) (4/6)

[18] Stead LF. Bergson G. Lancaster T. Physician advice for smoking cessation.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2004;(4):CD000165; PMID: 15494989]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2):CD000165, 2008.

[19] Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

[20] Lancaster T. Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation.[see comment][update of Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD001118; PMID: 12137618]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (3):CD001118, 2005.

[21] Lancaster T. Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation.[update in Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001292; PMID: 15846616][update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001292; PMID: 10796638]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (3):CD001292, 2002.

[22] Stead LF. Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD001007; PMID: 12137615]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2):CD001007, 2005.

[23] Stead LF. Perera R. Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD002850; PMID: 12535442 Cochrane Database of Systematic Reviews. 3:CD002850, 2006.

[24] Abbot NC. Stead LF. White AR. Barnes J. Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. (2):CD001008, 2000.

[25] White AR. Rampes H. Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000009; PMID: 12076375]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (1):CD000009, 2006.

[26] Hajek P. Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000546; PMID: 10796558]. Cochrane Database of Systematic Reviews. (3):CD000546, 2004.

- [27] Bize R. Burnand B. Mueller Y. Cornuz J. Effectiveness of biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation: a systematic review. *Tobacco Control*. 16(3):151-6, 2007 Jun.
- [28] Ussher MH. West R. Taylor AH. McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation.[update in *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD002295; PMID: 15674895]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3):CD002295, 2000.
- [29] Stead LF. Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2):CD005990, 2006.
- [30] Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- [31] Rollnick, S., Miller, WR. And Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care, Helping patients change behavior*. London: The Guilford Press.
- [32] Mojica, W. A., Suttrop, M. J., Sherman, S. E., Morton, S. C., Roth, E. A., Maglione, M. A., Rhodes, S. L., & Shekelle, P. G. (2004): Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 391–401.0
- [33] Fagerström, K.O.: Clinical Treatment of Tobacco Dependence: The Endurance of Pharmacologic Efficacy. *J Clin Psychiatry Monograph* 2003;18(1):35-40
- [34] Hausteine K.O.: Tobacco or Health. Springer (ed) 2001
- [35] Lancaster T, Stead L et al for the Tobacco Addiction review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library; *BMJ*,5 August 2000, Vol 321,355-8.
- [36] Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. 2006. Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA*, 296:47-55
- [37] A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med* 2008;35(2):158-176
- [38] Borrelli B. Spring B. Niaura R. Hitsman B. Papandonatos G. (2001). Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 69(3):511-5.
- [39] Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. (1997). How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:286-91.
- [40] Fromm P, Melamed S, Benbassat J (1998). Smoking cessation and weight gain. *Journal of Family Practice* 46: 460–464.

[41] John U. Meyer C. Rumpf HJ. Schumann A. Dilling H. Hapke U. (2005). No considerable long-term weight gain after smoking cessation: evidence from a prospective study. *European Journal of Cancer Prevention*. 14(3):289-95.

[42] Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. 2007 /AHA guidelines/ *Circulation* 2007 :115

[43] Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 8;(3):CD001837.

[44] Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD001293.

[45] Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD003289.

[46] McRobbie, H (2005). Current insights and new opportunities for smoking cessation, *British Journal of Cardiology*, 12, 37-44.

[47] [www.tabac-liberte.com](http://www.tabac-liberte.com) (PESCE)

[48] Müller V, Tamási L. A dohányzás megelőzése és a dependencia kezelése. *Magyar családorvosok lapja* 2008;2:2-6.

[49] Vadász I, Beke M, Huzián I és mtsai. Dohányzásról leszokást segítő országos program – öt év tapasztalatai. *Medicina Thoracalis* 2000;53:140-144.