

Dohányzás visszaszorítása Magyarországon

Háttéranyag az Egészségfejlesztési Irodák számára

Készítette:

Demjén Tibor

Kimmel Zsófia

Kiss Judit

Dohányzás Fókuszpont

2018. 03. 06.

A „Dohányzás visszaszorítása Magyarországon, Háttéranyag az Egészségfejlesztési Irodák számára” kiadvány a WHO BCA 2017 „Szervezetfejlesztés a dohányzás visszaszorítása érdekében” project keretében készült.

A projekt célja a kormányzati kapacitás növelése a dohányzás visszaszorítása érdekében.

A projekt első részeként a WHO által alkalmazott TAPIC framework alapján ajánlások kerültek megfogalmazásra, melyek a központi irányítás, valamint a horizontális és interszektoriális működésre vonatkoznak, és amelyeken keresztül erősíthető a helyi önkormányzatok aktivitása. Megtörtént továbbá a dohányzás visszaszorítás cselekvési tervének véglegesítése.

Jelenleg 61 Egészségfejlesztési Iroda működik Magyarországon és a következő időszakban EU-s forrásból további 68 létrehozása van tervben. Az EFI-k alapfeladatai közé tartozik a dohányzás visszaszorítása, ezért aktív koordinációs és megvalósító szerepet töltenek be a dohányzás megelőzés és leszokás támogatás területén.

A kiadvány a dohányzás visszaszorítás helyi szinten történő megvalósítását kívánja támogatni, az Egészségfejlesztési Irodák számára készült, egy pilot projekt tapasztalatai alapján, ami a Lenti és a Szendrői Egészségfejlesztési Irodák közreműködésével valósult meg.

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	3
Bevezetés	4
A dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések Magyarországon (2003-2018)	6
Dohányzás prevalencia, attitűd, passzív dohányzásnak való kitettség	7
A hazai felnőtt korú lakosságra vonatkozó statisztikák	7
A 13-15 éves fiatalokra vonatkozó statisztikai adatok.....	10
A dohánytermékek kipróbálása	10
A használat gyakorisága	10
Az egyes dohánytermék kategóriák alapján képzett gyakoriságok.....	11
Elektronikus cigaretta használat	12
Passzív dohányzásnak való kitettség.....	13
Dohányzás miatt bekövetkező megbetegedés, halálozás, gazdasági teher	14
Megbetegedés	14
Halálozás	14
Gazdasági teher.....	14
A dohányzás visszaszorításáról általánosságban.....	16
Nemzetközi ajánlások	16
Hazai tevékenységek és programok a dohányzás visszaszorítására	18
Jogi szabályozás.....	18
Kutatás és monitorozás.....	18
Média és kommunikációs tevékenységek: világnapok szervezésében közreműködés	19
Dohányzásra való rászokás megelőzése	20
Hazai jó gyakorlatok: a Dohányzás Fókuszpont óvodai és iskolai dohányzás megelőzési programjairól	20
Óvodai Dohányzás Megelőzési Program	20
Iskolai "Ciki a cigi" dohányzás megelőzési és leszokást támogató program	21
A dohányzásról való leszokás támogatása	25
A függőség mértékének megállapítása	25
A dohányzásról való leszokást támogató módszerek.....	26
Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központról	28
Összefoglalás	29

Bevezetés

A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, ennek ellenére évente közel 7 millió ember haláláért felelős világszerte és több mint 500 milliárd dollár értékű gazdasági kárt okoz. (1,2) A dohánytermékek fogyasztása európai uniós szinten is a leginkább elterjedt elkerülhető egészségkockázatok közé tartozik: a dohányzás mintegy 700 000 európai uniós állampolgár haláláért felelős évente. A dohányzók 50%-a idő előtt hal meg, ez átlagosan 14 életévnyi veszteséget okoz. Emellett a dohányzók nagyobb valószínűséggel szenvednek a káros egészséghatások következményeitől is, beleértve a szív- és érrendszeri, a légzőszervi és a daganatos megbetegedéseket.

A dohányzás Magyarországon is súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent. Dohányzás következtében 2015-ben 22 496 ember halt meg, és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet (DALY¹) vesztettünk el. Ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg² a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében. A dohányzás okozta halálozást illetően az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs számottevő változás. A dohányzás okozta terhekre többféle becslés is készült, amelyek alapján a dohányzás okozta hazai veszteség 2010-ben 450 -1000 milliárd Ft közé esett³.

Az utóbbi években jelentős előrelépések történtek hazánkban a dohányzás visszaszorításával összefüggő jogszabályalkotás területén. A nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítása, a zárt légterű közforgalmi helyeken a dohányzás teljes korlátozása 2012. január 1-jén lépett hatályba. Ez a WHO és más szakmai szervezetek által is javasolt, az egyik legeredményesebb eszköz, a dohányzás és a passzív dohányzás visszaszorítására, valamint a dohányzást imitáló elektronikus termékek használatának ésszerű korlátozására. Ezt követte a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény, ami a kiskereskedelmi eladási helyek számának drasztikus csökkentésével, a 18 év alattiak hozzáféréseinek ellenőrzését tette hatékonyabbá. Az egységes csomagolás Magyarországon bevezetésre kerül, ami a világon csak néhány országban sikerült. Az új márkájú és új alfajú cigarettát, illetve cigarettadohányt, amit 2016. augusztus 19-e előtt már forgalomba hoztak, 2018. május 20-tól, valamint azon termékeket, amelyeket 2016. augusztus 20. után hoznak forgalomba, már csak olyan csomagolásban lehet forgalmazni, amelyen nincs márka jelzés, illetve védjegy. 2019. május 20-tól már minden cigaretta és cigarettadohány csak egységes csomagolásban kerülhet a polcokra. Ezek az intézkedések Magyarországot példává tették a világ számára.

A dohánytermékek fogyasztása, valamint a nikotint tartalmazó dohányzást imitáló elektronikus termékek használata függőséget alakíthat ki. 2011 óta, a kormányzati intézkedések nyomán nagy lendületet kapott a dohányzásról történő leszokás támogatásának ügye is, ami fontos a dohányzás visszaszorításában és a dohányzással kapcsolatos ártalmak csökkentésében egyaránt.

¹ Disability-Adjusted Life Year (DALY): Egy DALY úgy tekinthető, mint az egészséges életből egy elveszett év. A DALY-k lakossági összege, vagyis a betegségteher a jelenlegi és az ideális egészségi állapot közötti különbség mérőszámaként tekinthető.

² 2010-ben a dohányzás következtében a magyar lakosság közel 600 ezer egészségben eltöltött életévet vesztett el (DALY).

³ A becslést a NEFI Egészségmonitorozási Osztály készítette.

Ezek az intézkedések pozitív hatásának bizonyultak a dohányzás visszaszorításának területén is, amelyet az ELEF 2009. és 2014. évi kutatási eredményei is igazolni látszanak mind a dohányzási gyakoriságokban, mind a passzív dohányzásnak való kitettség mértékében mért csökkenést jelző statisztikai adatok tekintetében. Az elemzés „Háttér” c. alfejezetében ismertetett statisztikai adatok is azt jelzik azonban, hogy további intézkedésekre is szükség van még ezen a területen. Nemzetközi tapasztalatok is alátámasztják, hogy a dohányzás visszaszorítása hosszú évtizedek munkája, amely az egymásra épülő beavatkozások végrehajtását követően válik mérhetően is sikeressé.

A dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések Magyarországon (2003-2018)

Az elmúlt időszakban Magyarországon olyan átfogó, a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések történtek, amelyek megfelelnek az Európai Bizottság és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jogi szabályozásának, valamint a nemzetközi és hazai szakmai szervezetek ajánlásainak.

Dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések Magyarországon⁴
1. <i>Tilos a dohánytermékek közvetlen és közvetett reklámja Magyarországon!</i> (2003/33/EK rendelet, a tagállamok dohánytermékek reklámozására és szponzorálására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseinek közelítését szolgáló; 2008. évi XLVIII. törvény, a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól)
2. <i>2012. január 1-jétől zárt légtérű közterületen/közüintézményben tilos a dohányzás!</i> (1999. évi XLII. törvény, a nemdohányzók védelméről (Nvt.) (Melléklet 1.)
3. <i>2013. január 1-jétől csak kombinált figyelmeztetésekkel ellátott dohánytermék forgalmazható Magyarországon!</i> (291/2011. (XII. 22.) Korm. rendelet a dohánytermékek jelöléséről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól)
4. <i>2013. július 1-jétől dohánytermékek értékesítése kizárólag ellenőrzött keretek között működő szakboltokban engedélyezhető, amelyekben valóban csak 18 éven felüliek vásárolhatnak!</i> (2012. évi. CXXXIV. törvény a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről)
5. <i>Folyamatosan jelentős adóemelés lép érvénybe, amelynek hatására emelkedik a dohánytermékek ára.</i> (2016. évi LXVIII. törvény a jövedéki adóról)
6. <i>2019. május 20-tól a cigaretta és cigaretta dohány már csak egységes csomagolásban kerülhet kiskereskedelmi forgalomba.</i> (39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól)

Az intézkedéseknek és szabályozásoknak köszönhetően Magyarországon több bizonyítottan hatásos beavatkozás valósult meg,⁵ azonban ahhoz, hogy valóban jelentős változásokat tudjunk elérni a dohányzás visszaszorításának területén, a szabályozásokat további beavatkozással célszerű kiegészíteni.

⁴ További információ: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/jogszabalyok-jegyzokonyvek-iranyelvek>

⁵ John P. Pierce, Victoria M. White, Sherry L. Emery; What public health strategies are needed to reduce smoking initiation?; Tobacco Control 2012; 21: 258-264

Dohányzás prevalencia, attitűd, passzív dohányzásnak való kitettség

A hazai felnőtt korú lakosságra vonatkozó statisztikák

A nyolcvanas évek közepétől napjainkig számos kérdőíves kutatásban vizsgálták a hazai lakosság dohányzási jellemzőit. Az elmúlt egy évtized távlatából tekintve, az Országos Dohányfüstmentes Egyesület és a Magyar Gallup Intézet által kivitelezett Magyar Dohányzásmonitor 2006-os eredményei⁶ alapján Magyarországon a hazai felnőtt korú népesség 33%-a, azaz minden 3. felnőtt dohányzott. Ami a nemek közti különbséget illeti, a nők 30%-a, míg a férfiak 44%-a volt dohányzó. Összességében elmondható, hogy 10 évvel ezelőtt 10 felnőttből 3,3 napi rendszerességgel dohányzott Magyarországon.

2012-ben⁷ és 2013-ban⁸ az aktuális dohányzási prevalencia helyzet vizsgálatára az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontjának szakmai irányításával dohányzásfelmérés készült a felnőtt (18 év feletti) hazai lakosság reprezentatív mintáján a CDC GATS⁹ kérdőívének felhasználásával. A felmérés eredményei azt jelezték, hogy a vizsgált időintervallumban a dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében csökkenő tendenciát mutatott¹⁰.

A 2012-es felmérés alapján a nem dohányzók aránya 55%, a dohányzók aránya 29%, míg a leszokottak aránya 16% volt a vizsgálati populációban. A 2013-ban kapott eredmények szerint a nem dohányzók aránya 57%, a dohányzóké 21%, míg a leszokottak aránya 22% volt.

A nemi különbségeket vizsgálva elmondható, hogy a nők 24%-a, a férfiak 32%-a napi rendszerességgel dohányzott a 2012-es felmérés alapján. 2013-ban ugyanez az adat a férfiak esetében 23%-ra, nők esetében 15%-ra csökkent. Ami az életkori megoszlásokat illeti, 2012-ben a naponta dohányzók zöme (32,4%) középkorú, azaz 35-64 év közötti, míg további 30%-uk 18 és 24 év közötti fiatal felnőtt volt.

2012-ben a dohányzók 72%-a fogyasztott gyári cigarettát, 67%-uk csak ezt a dohányterméket használta, míg 4%-uk kézzel sodort cigarettát, 1%-uk pedig elektromos cigarettát is használt. 2013-ban a legtöbb dohányzó (64,5%) gyári cigarettát fogyasztott, a kézzel sodort cigaretta használati aránya 31%, míg elektronikus cigarettát nikotinos utántöltővel 3,7%-uk szívott.

⁶ Forrás:

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzasra_vonatkozo_felmeresek_adatai_2000_2009.pdf

⁷ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_honlapra_2013_1009.pdf

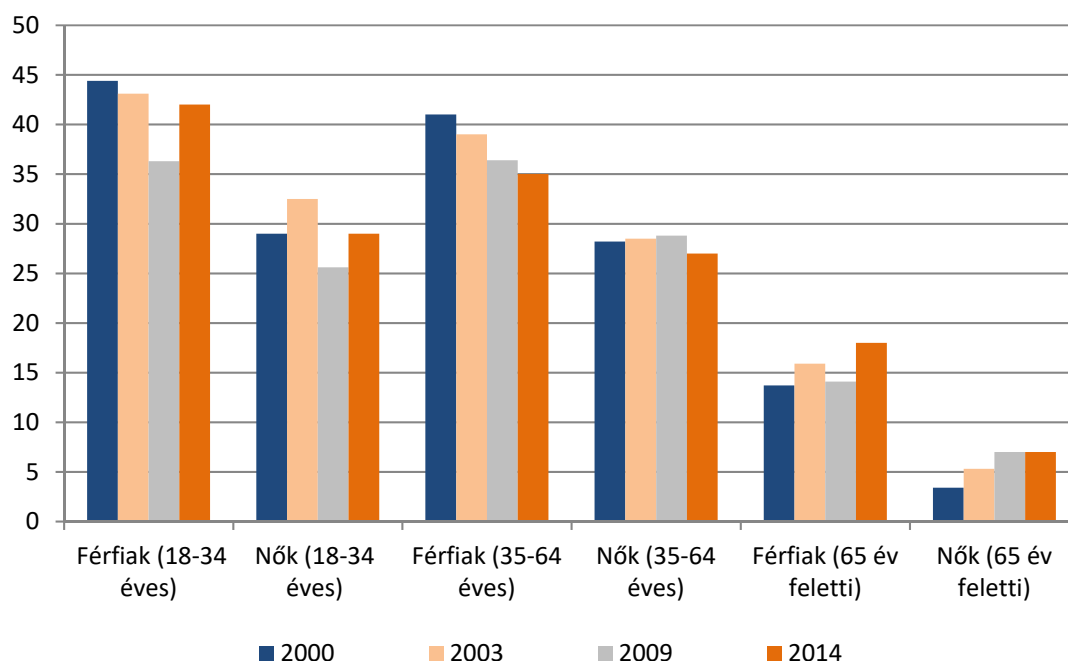
⁸ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2013.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf

⁹ A WHO és az amerikai CDC által kidolgozott módszertan és kérdőív alapján (Global Adult Tobacco Survey).

¹⁰ Fontos itt megjegyezni, hogy mivel a felmérésben résztvevők száma viszonylag alacsony volt, másrészt a minta demográfiai összetételét tekintve jelentősen eltért a 2012-es felmérés mintájától, az eredmények értelmezésekor és a 2012-es adatokkal való összehasonlításakor indokolt az óvatosság.

A 2014-ben végzett Európai lakossági egészségfelmérés eredményei ¹¹alapján a dohányzók aránya 2%-kal csökkent a 2009-es eredményekhez¹² képest. A felmérés eredményei szerint a felnőtt lakosság 27,5%-a dohányzik, szemben a 2009-es 31%-os aránnyal. A két időpont között azonban csak az alkalmi dohányzók aránya esett vissza, a rendszeres (napi) dohányzóké lényegében nem változott (2014-ben 25,8, 2009-ben 26,2%). 2014-ben az alkalmanként rágyújtók aránya elenyésző, mindössze 1,6% volt.



1. ábra

A rendszeresen dohányzók százalékos arányai nemenként és korcsoportonként 2000 és 2014 között a hazai OLEF (2000, 2003.) és ELEF (2009, 2014.) publikált eredményei alapján

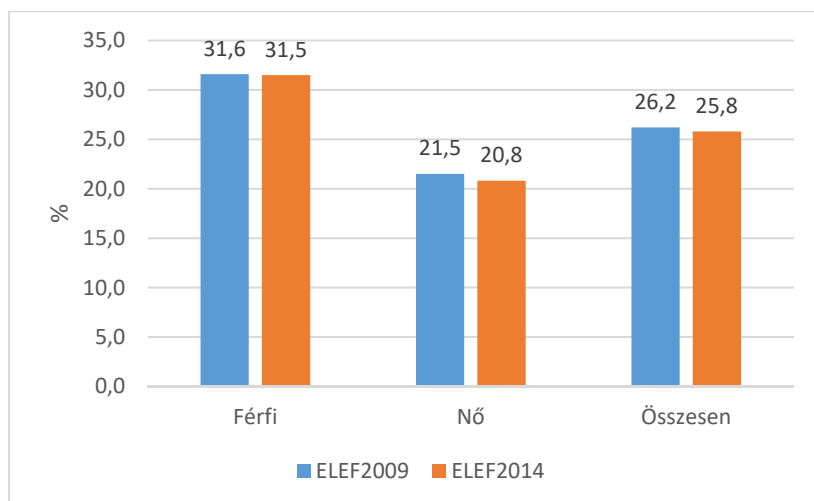
A korcsoportos és nemi bontással kapott adatok (1. ábra) ettől eltérő eredményeket jeleznek: vannak olyan korcsoportok, ahol növekedés, máshol csökkenés tapasztalható a vizsgálati évek vonatkozásában. A középkorúak körében 2000 óta mindkét nem esetében csökkent a dohányzók aránya, a csökkenés üteme ugyanakkor eltér egymástól: a férfiaknál határozott, egyértelmű irányú a változás, míg a nőknél inkább jelzés értékű. Szintén mindkét nemre jellemző, hogy a legidősebb korosztályok esetében növekedés tapasztalható 2000 óta folyamatosan.

A 2009-ben és 2014-ben elvégzett ELEF eredményei alapján **a naponta dohányzók aránya 0,4%-kal csökkent a 2009-es eredményekhez képest (2. ábra). A felmérés eredményei szerint a felnőtt lakosság 25,8%-a naponta dohányzik, szemben a 2009-es 26,2%-os aránnyal. Az ELEF2009 és az ELEF2014**

¹¹ <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

¹² <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>

adatainak összehasonlítása alapján **a naponta dohányzók aránya mindkét nemben** (naponta dohányzó férfiak aránya: 31,6%-ról 31,5%-ra, naponta dohányzó nők aránya: 21,5%-ról 20,8%-ra csökkent 2009 és 2014 között) **csökkent.**



2. ábra

A naponta dohányzók arányának változása nemenként az ELEF 2009. és 2014. évi eredményei alapján (ábra forrása: NEFI Egészségmonitorozási Osztály)

Passzív dohányzásnak való kitettség a hazai felnőtt lakosság körében

A **2009-es hazai ELEF eredmények** alapján a felnőtt lakosság 5%-a naponta több mint 5 órát, 7,7%-a naponta 1-5 órát, 9,5%-a naponta kevesebb, mint egy órát volt kitéve dohányfüstnek otthonában, míg 77,8%-uk sohasem. Otthonán kívül a megkérdezettek 1,7%-a naponta több mint 5 órát, 5,4%-a naponta 1-5 órát, 22,9%-uk naponta kevesebb, mint egy órát töltött dohányfüstös környezetben, míg 69,9%-uk egyáltalán nem volt dohányfüstnek kitéve. A válaszadók 2,5%-a naponta több mint 5 órát, 4%-a naponta 1-5 órát, 10%-a kevesebb, mint 1 órát, 31,1%-uk pedig egyáltalán nem volt kitéve dohányfüstnek a munkahelyén.

A **2014. évi hazai ELEF eredményei** alapján elmondható, hogy jelentős javulás mutatkozik a 2009-es adatokhoz képest a passzív dohányzásnak való kitettség vonatkozásában. 2014-ben a megkérdezettek 6%-a napi több mint egy órát, 2,2 %-uk naponta kevesebb, mint egy órát töltött dohányfüstös környezetben, míg 84,5% egyáltalán nem volt kitéve otthonában dohányfüstnek. Otthonukon kívül a megkérdezettek 2,3%-a napi több, mint egy órát, 1,7 %-uk kevesebb, mint egy órát volt kitéve dohányfüst expozíciónak, míg 80,3%-uk egyáltalán nem töltött időt dohányfüstös környezetben. A válaszadók 14,3%-a (férfiak: 19,2%, nők: 9,9%) nyilatkozott úgy, hogy előfordult vele az elmúlt 30 napban, hogy a munkahelyén ki volt téve a dohányzás káros hatásainak.

Leszokási jellemzők

Ami a leszokási jellemzőket illeti, erről a 2012. és 2013. évi - NEFI DF által koordinált - **Felnőtt Dohányzás Felmérés eredményeiből** tudunk következtéseket levonni. 2012-ben, valamint 2013-ban is a dohányzók több mint fele próbált meg leszokni a dohányzásról (2012: 55,86%, 2013: 62,24%). Azoknak a dohányzóknak az aránya, akik még nem próbáltak meg leszokni a dohányzásról, azonban a kérdőív felvételekor úgy gondolták, hogy le szeretnének szokni, 2012-ben 24,55% volt, míg 2013-ban: 24,84%. Ebből jól látható, hogy **a leszokáshoz való pozitív hozzáállás kis mértékben, de növekedett.**

A 13-15 éves fiatalokra vonatkozó statisztikai adatok

A fiatalok dohányzási szokásairól megbízható képet hazai viszonylatban teljes körűen a GYTS felmérések adatai szolgáltatnak. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontja által koordinált Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés¹³ (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) keretében 2003-ban, 2008-ban, 2012-ben, 2013-ban és 2016-ban történt országosan reprezentatív adatfelvétel a 13-15 év közötti fiatalok dohányzási szokásainak vizsgálatára.

A dohánytermékek kipróbálása

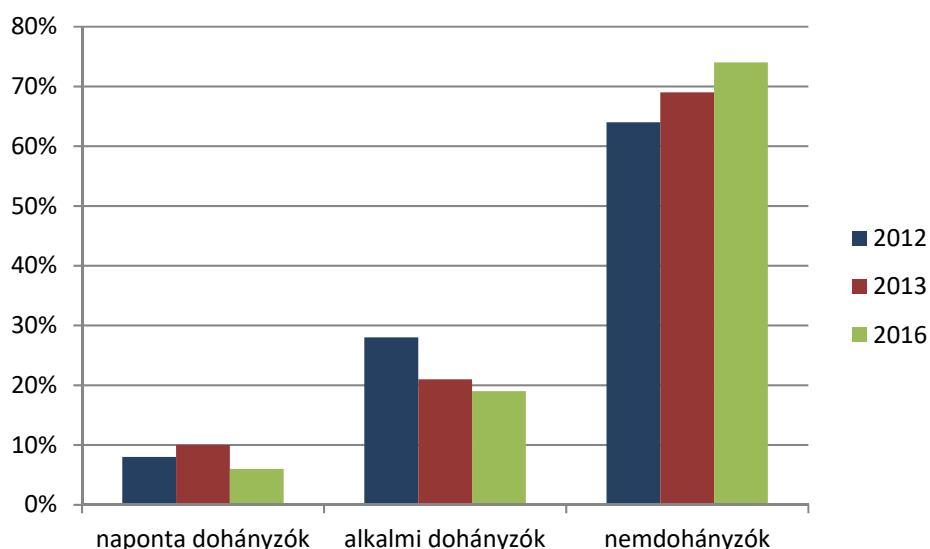
A dohányterméket kipróbálók arányával kapcsolatban elmondható, hogy az elmúlt három adatfelvétel (2012, 2013, 2016) időszakában **folyamatosan csökkent azon fiatalok aránya, akik valamilyen dohányterméket kipróbáltak: 2012-ben a 13-15 évesek 57%-a próbálta ki már valaha élete során a dohányzást.** Ez az arány 2013-ra 45,5%-ra csökkent, míg a **2016-os adatok alapján 32% ez az arány mindkét nem esetében.**

A használat gyakorisága

A kapott eredmények alapján a dohányzási gyakoriság kapcsán megállapítható, hogy míg 2008-ban a **nemdohányzók aránya** 62%, 2012-ben 64,5% (fiúk: 59%, lányok: 70%) volt a megkérdezett fiatalok körében, addig 2013-ra 69,5%-ra **emelkedett ez az arány** (fiúk: 67%, lányok: 72%), míg a legfrissebb 2016-os adatok alapján a nemdohányzók aránya: 74% volt mindkét nemben. Az **alkalmi dohányzók** aránya 2012-ben 28% volt, míg 2013-ra 21%-ra **csökkent** (3. ábra), 2016-ban 19% volt ez az arány. A **naponta dohányzó** 13-15 évesek aránya 2012-ben 7,5% volt, míg 2013-ra ez az arány 9,5%-ra emelkedett, a 2016-os adatok alapján ez az arány 6% volt, azaz tovább **csökkent**, illetve megfordult a nemek aránya: idén a lányok között volt magasabb a naponta dohányzók aránya (fiúk: 6%, lányok: 7%).

Összességében elmondható, hogy a gyakorisági adatok alapján egyértelműen csökkenő tendencia jellemzi a fiatalok dohányzási gyakoriságait 2008 óta, illetve, hogy 2016-ra nőtt a nemdohányzók aránya és csökkent az alkalmi és a naponta dohányzók aránya egyaránt.

¹³Részletes adatok: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_IDF_Tenylap_Mo_VEGLEGES_20130211.pdf



3. ábra

A dohányzás gyakorisága a 13-15 éves fiatalok körében a GYTS 2012-es, 2013-as és 2016-os felmérése alapján

Az egyes dohánytermék kategóriák alapján képzett gyakoriságok

Cigaretta

2012-ben a fiatalok 27%-a fogyasztott **az elmúlt 30 napban cigarettát**, azonban 2013-ra ez az arány 4%-kal csökkent, míg 2016-ban 15% volt (fiúk =13%, lányok= 17%). A **naponta cigarettázók aránya** a 2012-es 7%-hoz (2013: 8%) képest 5%-ra csökkent (fiúk =4%, lányok =6%).

2012-ben azoknak a fiataloknak az aránya, akik **az elmúlt 30 napban kézzel sodort cigarettát** fogyasztottak 13% volt, míg 2013-ban ez az arány 14,5%-ra emelkedett, 2016-ban pedig 8%-uk szívott kézzel sodort cigarettát az elmúlt 30 nap során (fiúk =7%, lányok = 9%).

Szivar/szivarka

Az elmúlt 30 napban fogyasztott egyéb dohánytermékek (szivar/mini szivar, szivarka, rágódohány/tubák, pipa, vízipipa) gyakoriságát is vizsgáltuk 2012-ben, 2013-ban és 2016-ban. 2012-ben a 13-15 éves korosztály 6%-a fogyasztott szivart/mini szivart/szivarkát, ez az arány 2013-ra 8%-ra növekedett. 2016-ban 2% -uk szívott szivart az elmúlt 30 nap során (fiúk =2%, lányok =2%), azaz csökkenés volt jellemző.

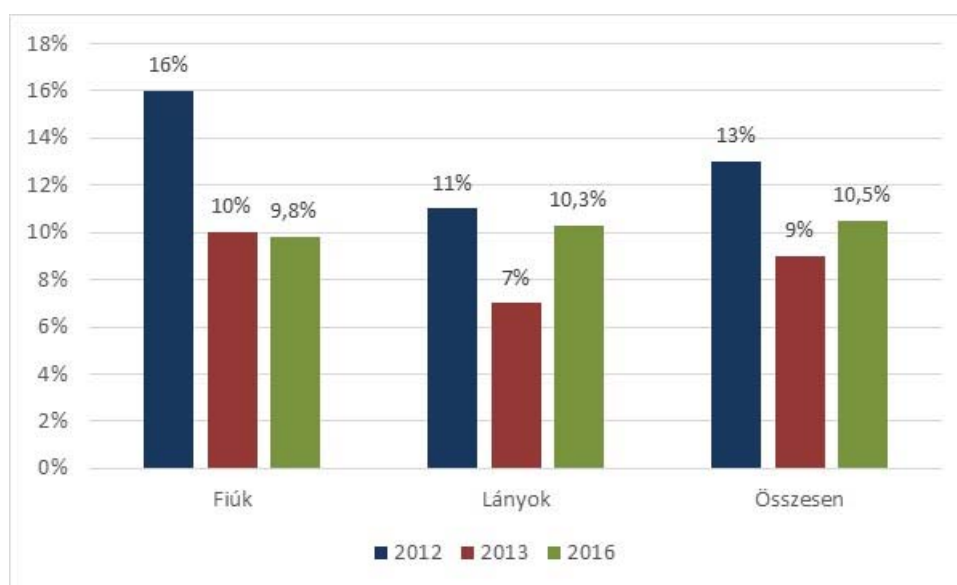
Vízipipa, pipa

A pipa fogyasztása 2012-ben és 2013-ban 4% volt. A vízipipát használók aránya 17% volt 2013-ban (2012: 19%), míg 2016-ban együttesen 9%-uk szívott pipát/vízipipát az elmúlt 30 napban (fiúk = 10%, lányok =8%)

Elektronikus cigaretta használat

A GYTS hazai felméréseiben 2012-ben, 2013-ban és 2016-ban a fiatalok az elektronikus cigaretta használatával kapcsolatban is nyilatkozhattak. 2012-ben a 13-15 éves fiatalok 13%-a használt elektronikus cigarettát az elmúlt 30 napban, míg ez az arány 2013-ra 9%-ra csökkent (4. ábra).

2016-ban némileg más módszertannal történt a kérdéskör vizsgálata. A kapott eredmények alapján a 13-15 évesek 23%-a kipróbálta már az elektronikus cigarettát élete során (fiúk: 25%, lányok: 21%), a kipróbálás átlagos életkora 14 év volt. A megkérdezettek 10,5%-a használt az elmúlt 30 napban e-cigarettát (fiúk: 9,8% lányok: 10,3%), azaz kismértékben (1%-kal) emelkedett az előző adatfelvételhez (2013) képest az e-cigaretta használatának havi prevalencia értéke.



4. ábra

Az elektronikus cigaretta használat az elmúlt 30 napban a 13-15 éves fiatalok körében

(Forrás: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2012-2016)

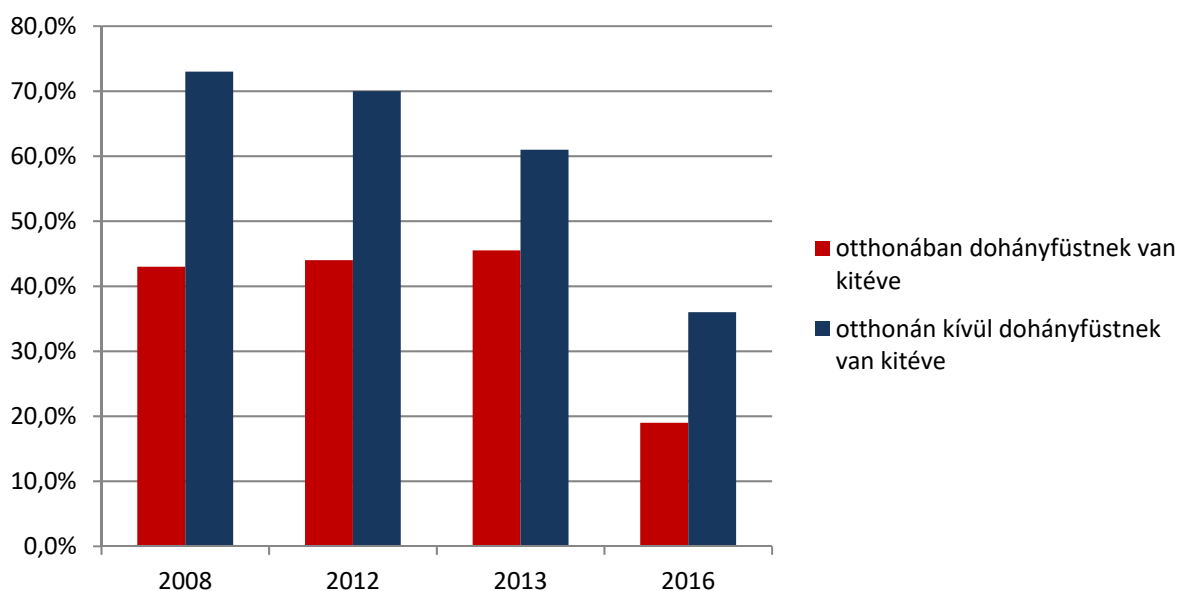
A fiatalok körében az elektronikus cigaretta használat trendjében a következő változások figyelhetők meg:

- A felmérések eredményei alapján, 2012-ben azon fiatalok közül, akik még soha nem próbálták a dohányzást, 2,9% használt e-cigarettát, míg 2013-ra ez az arány 4%-ra emelkedett. A 2013-as GYTS hazai adatai szerint a 13-15 évesek körében e-cigaretta használat csökkent, azonban az e-cigarettát használók körében a dohányterméket nem fogyasztók aránya növekedett.
- A nemdohányzók 1%-a használt e-cigarettát 2012-ben, míg ez az arány 2013-ban 3% volt, 2016-ra pedig 1,7%-ra csökkent.

Passzív dohányzásnak való kitettség

Az ifjúsági kutatások eredményeit tekintve elmondható, hogy a 2008. évi hazai GYTS adataiból kitűnik (5. ábra), hogy a 13-15 éves fiatalok 43%-a olyan háztartásban élt, ahol mások az ő jelenlétükben dohányoztak, míg 73%-uk nyilvános helyeken dohányfüstnek volt kitéve. A 2012. évi GYTS eredményei alapján a fiatalok 44%-a (2013: 45,5%) élt olyan háztartásban, ahol mások az ő jelenlétükben dohányoztak, 70%-uk (2013: 61%) otthonán kívüli helyeken volt dohányfüstnek kitéve. A 2016-os kutatási adatok ehhez képest rendkívül pozitív tendenciát jeleznek: a megkérdezettek 19%-a élt olyan háztartásban, ahol mások az ő jelenlétükben dohányoztak, míg 36%-uk otthonán kívüli helyeken volt dohányfüstnek kitéve.

Összességében elmondható, hogy 2016-ra mind az otthoni passzív dohányzásnak való kitettség, mind az otthonon kívüli passzív dohányzásnak való kitettség jelentős mértékben csökkent.



5. ábra

A passzív dohányzásnak kitett 13-15 éves tanulók arányának változása 2008 és 2016 között a hazai GYTS felmérések adatai alapján

Az eredmények értelmezéséhez hozzátartozik, hogy 2012-ben a megkérdezettek 49%-ának legalább az egyik szülője dohányzott, 2016-ban 45% volt ez az adat. 2012-ben 22%-uknak a legtöbb vagy minden barátja dohányzott, míg 2016-ban 14% volt ez az arány. A szakirodalom megerősíti azt a feltételezést, miszerint a dohányzás és a passzív dohányzás megítélése befolyásolja a fiatalok dohányzási szokásait. A felmérés ismeret és attitűd blokkjának eredményeiből az is kiderült, hogy **2012-ben a fiatalok 60%-a gondolta azt, hogy mások dohányzása káros az ő számára, míg 2013-ban mindössze 43%-uk gondolta ugyanezt, 2016-ban pedig 72%-uk vélte így, azaz jelentősen emelkedett a fiatalok ez irányú tudatossága.**

További pozitív tendencia, hogy a passzív dohányzás egészségkárosító hatásának megítélése javult: a 2012-es felmérés szerint a fiatalok 60%-a gondolta úgy, hogy biztosan árt számukra mások cigarettafüstje, 2013-ban már csak 43% vélekedett így a passzív dohányzásról, míg 2016-ban 72%-uk gondolta ezt így.

A kérdőívben külön kérdéscsoport vonatkozik az **iskolai dohányzás megelőzési programokra**. 2012-ben a fiatalok 64%-a vett részt a dohányzás ártalmairól szóló oktatáson az adott tanévben, míg ez az arány 2013-ban 44%-ra csökkent. 2016-ban 68%-uk vett részt az iskolában olyan egészségfejlesztési programon, amely a dohányzás ártalmairól is szólt.

Dohányzás miatt bekövetkező megbetegedés, halálozás, gazdasági teher

A dohányzás Magyarországon is súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent, a dohányzás következtében 2015-ben 22.496 ember halt meg és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet (DALY) veszítettünk el, ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében. A dohányzás okozta halálozás tekintetében is az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs számottevő változás.

Megbetegedés

Dohányzással összefüggésbe hozható betegséggel fél millió beteget láttak el a magyar kórházakban 2010-ben, a betegek több mint harmada (36%; 180 ezer), a férfi betegek közel fele (46%), a nők több mint negyede a dohányzás következtében került kórházba. A járóbeteg szakrendelésen regisztrált 3,6 millió eset 36%-nak ellátását valamilyen dohányzásnak tulajdonítható megbetegedés tette szükségessé.

Halálozás

2010-ben 20.470 ember halt meg Magyarországon dohányzás következtében, ami az összes halálozás egyhatodát (16%) tette ki. A korai (65 év előtt bekövetkezett) halálozások közel harmadát (29%) a dohányzás okozta. A dohányzás miatt elhunytak közül minden második 65 évnél fiatalabb volt. Átlagosan a dohányzó férfiak legalább 16, a nők legalább 19 évvel rövidítették meg az életüket. A veszteség kétharmada a gazdasági szempontból legaktívabb életszakaszra, a 35 és 65 év közötti időszakra esett.

Gazdasági teher

2010-ben a dohányzással kapcsolatos állami bevételek az általános forgalmi adóból, a jövedéki adóból és egyéb befizetésekből (személyi jövedelemadó, társasági adó, járulékok) meghaladták a 360 milliárd forintot. Ennek közel háromnegyedét a jövedéki adó, negyedét az ÁFA tette ki. A magyar lakosság dohányzása miatt fellépő közvetlen és közvetett kiadások összege 2010-ben több mint 441 milliárd forint volt. A magyarországi dohányzás miatt fellépő, egyéni és állami összes kiadás illetve bevétel szaldója 80 milliárd forint veszteség volt 2010-ben, ami a GDP 0,29%-nak felelt meg.

A dohányzás miatt szükségessé vált közvetlen egyéni és állami kiadások összesen 354 milliárd forintot tettek ki. Ebből az államra háruló kiadások megközelítették a 300 milliárd forintot, aminek háromnegyede, vagyis 225 milliárd az Egészségbiztosítási Alapot (E-Alap) terhelte. A dohányzás egészségügyi költségvetést (E-Alap) terhelő közvetlen kiadásai elérték annak 15%-át, és a 2010 évi hiányának közel két és félszeresét.¹⁴

A dohányzás okozta terhekre többféle becslés is készült, amelyek alapján a dohányzás okozta hazai veszteség 2010-ben 450 -1000 milliárd Ft közé esett.

¹⁴ Vitrai J.; A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon; Országos Egészségfejlesztési Intézet; Budapest; 2012. május;
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf, letöltve: 2014.szeptember 30.

A dohányzás visszaszorításáról általánosságban

Nemzetközi ajánlások

A dohányzás visszaszorítás egyik legfontosabb dokumentuma a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (WHO FCTC). A keretegyezmény magában foglal minden olyan fő beavatkozást, szakpolitikát, amely hatékonyan elősegíti a dohányzás visszaszorítását. A keretegyezmény 12. cikke fogalmaz meg ajánlást az „Oktatás, képzés és lakossági tudatosság” témájában.

Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 12. cikkének ajánlásai¹⁵

- Beavatkozásokkal, szakpolitikákkal támogatja a széles körű hozzáférést a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció egészségi kockázataival, köztük az addiktív jellemzőkkel foglalkozó, hatásos és átfogó, oktatási és lakossági figyelemfelkeltési programokhoz.
- Elősegíti a lakossági tudatosságot a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció egészségi kockázataival kapcsolatban, továbbá tájékoztatja a dohányfogyasztás abbahagyásának és a dohányfüstmentes életmódnak az előnyeiről.
- Segíti a lakossági hozzáférést, a belső jogrenddel összhangban, a dohányiparra vonatkozó, a Keretegyezmény célkitűzése szempontjából lényeges információk széles köréhez.
- Támogat olyan hatásos és célirányos képzési, vagy érzékennyé tevő és tudatosságfokozó programokat a dohányzás visszaszorítása terén, amelyek célcsoportjai az egészségügyi dolgozók, közösségi dolgozók, szociális munkások, a tömegtájékoztatási szakemberek, pedagógusok, döntéshozók, vezetők és egyéb érintett személyek.
- Támogatja a dohányiparral kapcsolatban nem álló állami-, magánintézmények és civil szervezetek tudatosságát és részvételét a dohányzás visszaszorítással kapcsolatos programok és stratégiák kidolgozásában és foganatosításában.
- Elősegíti a lakosságnak a dohánytermék-előállítás és dohányfogyasztás káros egészségi, gazdasági és környezeti következményeire vonatkozó információkkal kapcsolatos tudatosságát és az azokhoz való hozzáférést.

Az amerikai Center of Disease Control (CDC) 2014-es ajánlása¹⁶ szerint a dohányzás visszaszorításának leghatékonyabb módja egy olyan átfogó dohányzás visszaszorításra irányuló program, amelyen keresztül dohányfüstmentes szabályozásokat alkotnak, társadalmi elvárások alakulnak ki, elősegítve a leszokást és megelőzve a rázkóást.

Kutatások bizonyítják az átfogó dohányzás visszaszorítási programok hatékonyságát, amelyek részét képezik olyan szabályzások és törvények, melyek elősegítik a nemdohányzók védelmét, a leszokás

¹⁵ 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről; http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2005_III_torveny_EVSZ_DK_kihirdeteserol.pdf, letöltve: 2015.05.28.

¹⁶ Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs; CDC; 2014 (http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf letöltve: 2015.05.28.)

támogatást vagy a rászokás megelőzését. Az ajánlás 5 pontot határoz meg az átfogó dohányzás visszaszorítás programjaként:

- „társadalmi és közösségi szintű beavatkozás”
- „országos egészségkommunikációs kampányok”
- „leszokás támogatás”
- „felügyelet és értékelés”
- „megvalósításhoz szükséges adminisztrációs és management rendszer”

Az átfogó dohányzás visszaszorítás célja, hogy megelőzze a fiatalok és fiatal felnőttek rászokását, elősegítse a leszokást fiatalok és felnőttek körében egyaránt, felszámolja a passzív dohányzásnak való kitettséget, valamint azonosítsa és eliminálja a társadalom különböző rétegeiben fennálló, dohányzással összefüggő egyenlőtlenségeket. A hatásos programnak tartalmazni kell a dohánytermékek árának növelését, átfogó dohányfüstmentes politikákat, valamint támogatnia kell egészségkommunikációs kampányokat és elérhetővé kell tennie a leszokást elősegítő rendszert minden dohányos számára.

A Task-force on Community Preventive Services megerősítette a koordinált és kombinált dohányzás visszaszorítási programok fontosságát. Az országos és állami szinten történő szabályozások, kapcsolatok és beavatkozások a társadalmi norma és a magatartás megváltoztatásához vezethetnek. A fiatalok rászokásának megelőzésére és a leszokás elősegítésére irányuló programok újraformálhatják a környezetet, ami szintén a norma megváltozásához vezethet. Ezért nagyon fontosak a tinédzsereket és fiatal felnőtteket célzó beavatkozások. Kutatások bizonyítják, hogy a dohánytermékek árának növelése, a dohányfüstmentes szabályozások bevezetése és az állami szinten futó dohányzás visszaszorítási programok visszaverik a fiatal és felnőtt dohányzást.

Továbbá bizonyítékokat találtak amellet, hogy a képekkel kombinált figyelmeztetés a csomagoláson, a dohánytermékek reklámjának tiltása, a tömegkommunikációs eszközökön keresztüli kampányok és a dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása szintén segíthet megelőzni a fiatalok rászokását. Fontos megjegyezni, hogy a beavatkozások együttes hatása nagyobb, mint a beavatkozásoknak külön-külön. A komplex beavatkozás segíti a dohányzás megkezdésének csökkentését!

Ajánlások a fiatalok dohányzásának megelőzésére
• dohánytermékek árának növelése • tömegkommunikációs kampány közösségi programokkal • közösség mobilizálása annak érdekében, hogy visszaszorítsák a fiatalok dohánytermékhez jutását

Hazai tevékenységek és programok a dohányzás visszaszorítására

Magyarország a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény ratifikálásával többek között vállalta **Dohányzás Fókuszpont** létrehozását és működtetését. A Dohányzás Fókuszpont (DF) 2005-ben került létrehozásra, jelenleg az EMMI keretei között működik. Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről szóló 2005. évi III. törvény 5. cikk 2. pont a) alpontja szerinti feladat ellátását a Dohányzás Fókuszpont végzi. A DF felelős a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos tevékenységek koordinálásáért: a hazai dohányzás-megelőzési programok módszertani bázisaként modellprogramokkal, képzésekkel és kutatásokkal segíti elő a magyar lakosság egészségét fenyegető káros szenvedélyek közül az aktív és passzív dohányzás okozta egészségterhek csökkentését. A nemzetközi irányelveknek és ajánlásoknak megfelelő prevenciós programok hazai gyakorlatba való átültetésével és a mindennapi élet színterein való megvalósításukkal, továbbá a nemzeti egészségpolitika szereplőinek szakmai-stratégiai támogatásával közvetlenül is hozzájárul a dohányzás okozta halálozás és a megbetegedések megelőzéséhez.

Jogi szabályozás

Az elmúlt évek során Magyarországon számos jogi intézkedés (pl. a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításai¹⁷, a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló törvény bevezetése, egységes cigaretta és cigarettadohány csomagolás bevezetése) történt a dohányzás visszaszorítása érdekében, amelyek a fiatalok és nemdohányzók védelmét is szolgálják. A végrehajtott intézkedések mindegyike összhangban van a nemzetközi szakmai szervezetek és intézmények (WHO, EU) ajánlásaival, előírásaival. A nemzetközi előírások tekintetében fontos megemlíteni, hogy a DF közreműködésével 2016. május 20-ig Magyarország átültette joganyagaiba az Európai Unió új dohánytermék-irányelvét.

Kutatás és monitorozás

2012-ben és 2013-ban¹⁸ az aktuális dohányzás prevalencia helyzet vizsgálatára a Dohányzás Fókuszpont szakmai irányításával dohányzásfelmérés készült a (18 év feletti) hazai lakosság reprezentatív mintáján a WHO és az amerikai CDC által kidolgozott módszertan és kérdőív alapján (Global Adult Tobacco Survey, GATS). A felmérés elsődleges célja a dohányzás gyakoriságának és a dohányzási jellemzőknek a vizsgálata volt a felnőtt lakosság körében.

¹⁷ A jogi szabályozás eredményeként kialakításra került egy telefonos (zöld szám) szolgáltatás (06 80 200493) is, amely a dohányzásról való leszokást választók segítségére, valamint az Nvt.-vel kapcsolatos lakossági bejelentések rögzítésére szolgál.

¹⁸ Részletes adatok:

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf

dohanyzas_visszaszoritas_hatteranyag_efi_20180506.docx
dohanyzas_visszaszoritas_hatteranyag_efi_20180506.docx

A Dohányzás Fókuszpont által 2003 óta 5 alkalommal (2003, 2008, 2012, 2013, 2016¹⁹) kivitelezett Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) országosan reprezentatív kutatása a 13-15 év közötti fiatalok dohányzási szokásait vizsgálta. A felmérést a WHO és az amerikai CDC 1998-ban indította útjára. A GYTS iskolai alapú felmérés, amelynek mintájába 7-9. évfolyamba járó tanulók kerülnek be. A GYTS a cigaretta és más dohánytermékek használatának gyakoriságáról, illetve a dohányfogyasztás meghatározó tényezőiről (hozzáférés/elérhetőség, passzív dohányzás, leszokás, média és reklám, valamint iskolai tananyag) szolgáltat adatokat.

Média és kommunikációs tevékenységek: világnapok **szervezésében közreműködés**

- Minden év május 31-ét a WHO Dohányzásmentes Világnapnak nyilvánította, amelyre szakmai tájékoztató anyagok és sajtóanyagok készülnek.
 - Minden év november 3. csütörtökén ünnepeljük a „Ne Gyújts Rá!” Világnapot, amelyre szintén szakmai tájékoztató anyagok és sajtóanyagok kerülnek összeállításra.
-

¹⁹ Részletes adatok: www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok

Dohányzásra való rászokás megelőzése

Hazai jó gyakorlatok: a Dohányzás Fókuszpont óvodai és iskolai dohányzás megelőzési programjairól

Az EMMI Dohányzás Fókuszpont (továbbiakban: EMMI DF) két, a dohányzás megelőzését elősegítő óvodai és iskolai program szakmai háttérét adja és megvalósításukat koordinálja.

Ezek a programok segítséget nyújtanak abban, hogy a gyermekek és fiatalok ne szokjanak rá a dohányzásra, aktívan védekezzenek a passzív dohányzás ellen, valamint a programon keresztül a szülők dohányzási szokásai is részben változnak, azaz nem gyújtanak rá a gyermek jelenlétében zárt légtérben.

Óvodai Dohányzás Megelőzési Program

Magyarországon az óvodai megelőzési programok közül első és mindmáig legjelentősebb az EMMI DF, Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja (továbbiakban: ÓDMP)²⁰. A program célja az óvodáskorú gyermekek egészségének védelme.

Feladatai: a dohányzással kapcsolatos egyéni ismeretek feltérképezése, az életkori sajátosságoknak megfelelő szintű információk átadása, az egészséges életmód választását megkönnyítő dohányzással kapcsolatos attitűd formálása, és a passzív dohányzás kényszere elleni aktív fellépés kialakítása.

Az ÓDMP tevékenységeinek megvalósításban az eszközök széles választéka áll rendelkezésre.

A program hatásvizsgálata alátámasztotta, hogy a gyermekekben kialakul, illetve megerősödik a dohányzás elutasításáért felelős attitűdváltozás, bővül a dohányzás káros hatásaival kapcsolatos tudásuk és kialakul, illetve megerősödik bennük a passzív dohányzás elleni aktív fellépés képessége.



Az ÓDMP programhoz bármelyik óvoda térítésmentesen csatlakozhatott. Az óvodai dohányzás megelőzési program napjainkra több mint 1600 óvodába jutott el, ez jelenleg a hazai óvodák közel 50% -a.

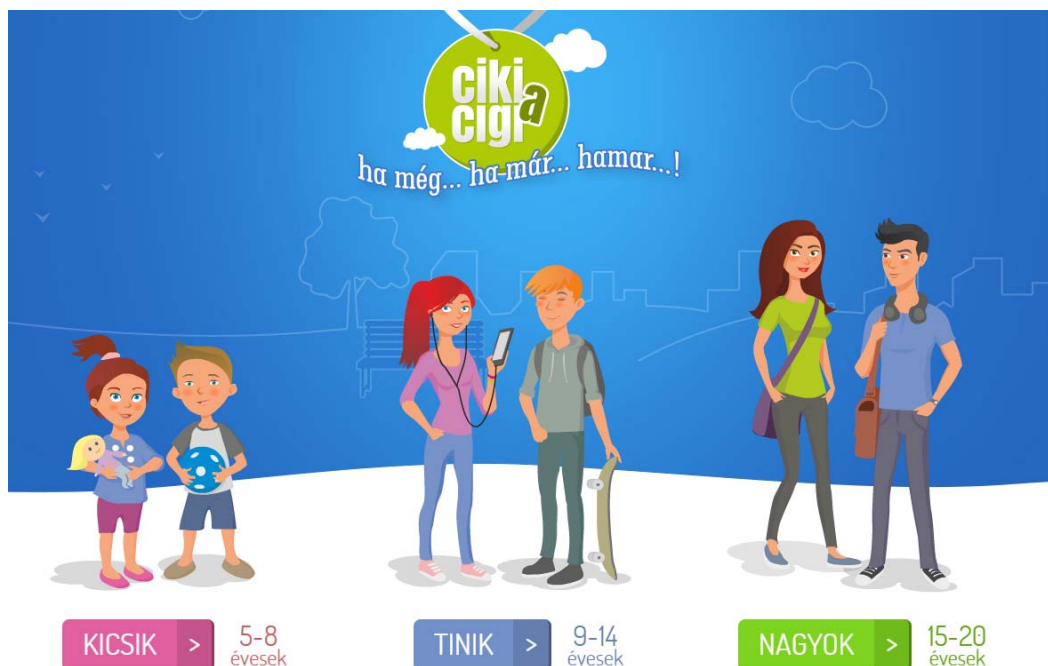
²⁰További információ: http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/ovodai_dohanyzas_megelozesi_program.html, letöltve: 2014.szeptember 30.

[illegible]

További információ:

Iskolai "Ciki a cigi" dohányzás megelőzési és leszokást támogató program

Az óvodai program hosszú távú eredményességének biztosítása érdekében az EMMI DF több lépésben kifejlesztette a „Ciki a cigi” iskolai programot. A program a mai gyermekek érdeklődési körét figyelembe véve játék szoftverrel, hordozható érintőképernyős számítógéppel (HÉSZ) és egy dohányzás megelőzésre szolgáló honlappal (<http://www.cikiacigi.hu/fooldal.html>) próbálja a gyermekek figyelmét az egészséges életmód felé fordítani az attitűdjüket formálni.



Jelenleg több mint 400 iskola valósítja meg a **3-5. osztályba járók, illetve a 6-10. osztályba járó tanulók részére elkészített programot**. A programcsomag tartalmaz tanári kézikönyvet tanmenettel, interaktív animációkkal és videó részletekkel kiegészített flash alapú előadásokat, játékszoftvert, valamint módszertani segédletet, és a monitorozást szolgáló tanár és diák kérdőíveket.

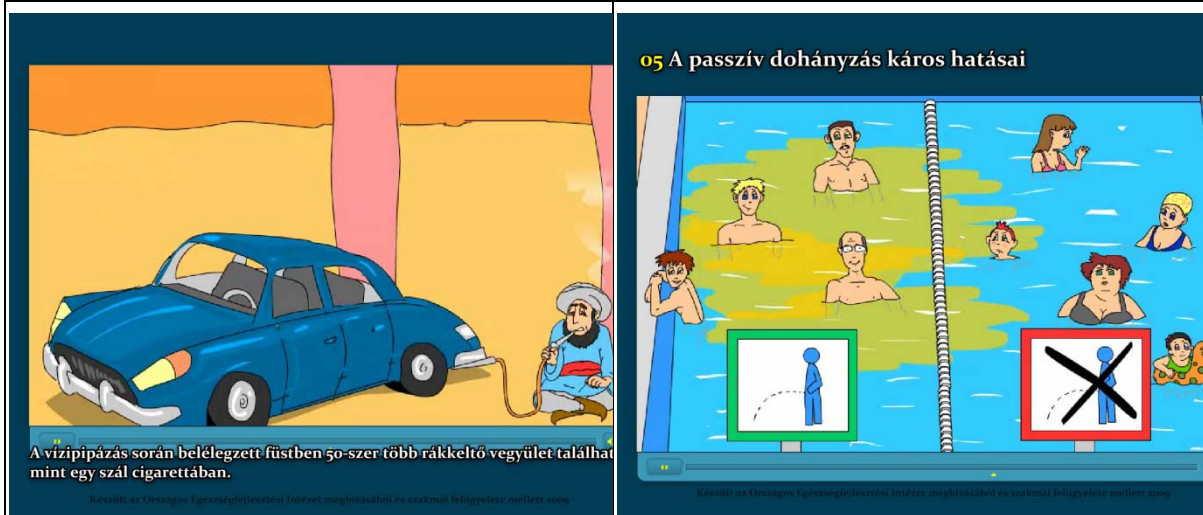
Az iskolai program eszközei lehetővé teszik az egyéni ismeretszerzést és a képességek, készségek kialakítását, de a tanórai, illetve az iskolában töltött délutáni időszakban a pedagógussal közös élményeken keresztül véleményformálást is.

Ezek regisztrációt követően térítésmentesen letölthetők (<http://megelozes.cikiacigi.hu>).

Iskolai dohányzás megelőzési oktatási csomag (szoftver) interaktív előadás 8x45 perc 112 dia PÉLDÁK:

Rajzfilmekből és mozifilmekből részletek	
 Részlet a Sharon naplója című rajzfilmből Forgalmazó: Europa Records Kft. (DVD)	 Robin Williams - Apa csak egy van

Animációk



Tesztek a megoldásokkal

Teszt – Passzív dohányzás káros hatásai

1. Mit jelent a passzív dohányzás?

- a) A cigarettázó ember csak a saját egészségét rongálja.
- b) A cigarettázó ember a környezetében lévő egészségét is rongálja.
- c) Csak a szájában tartja és szívja a cigit, a kezével nem fogja meg.

2. A dohányzás következtében keletkező füst káros hatással van a dohányos környezetére is?

- a) A dohányzás következtében keletkező füst csak a dohányzó embert károsítja.
- b) A dohányzás következtében keletkező füst 2/3-a a levegőbe kerül és károsítja az azonos helyiségben tartózkodók egészségét is.
- c) A füstnek nincs egészségkárosító hatása.

3. Okozhat a passzív dohányzás maradandó testi betegségeket (tüdő, szív és érrendszeri betegségek)?

- a) Nem okozhat.
- b) Okozhat, de nem maradandó betegségeket.
- c) Maradandó betegségeket okozhat, ugyanúgy, mint azoknál, akik dohányoznak.

81



A program fontos részét képezi a **hordozható érintőképernyős számítógép (HÉSZ)**, amelyet meghatározott időre az iskolák megigényelhetnek.

A program további része a dohányzás káros hatásait bemutató **demonstrációs bábu**.



Az iskolai program további fontos része a **„Ciki a cigi” honlap**, amely az 5-8, 9-14, 15-20 éves korosztályhoz szól és olyan fontos témaköröket dolgoz fel, mint a dohányzás története, egészséges életmóddal kapcsolatos döntések és választások, szociális befolyásoló tényezők, dohányzás okozta betegségek, a passzív dohányzás káros hatásai, a függőség, környezeti és gazdasági hatások, a cigaretta összetétele és a nemdohányzó életforma előnyei.



További információk

<http://www.cikiacigi.hu/fooldal.html>,

<http://megelozes.cikiacigi.hu/>

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/iskolai_megelozesi_program.html

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/iskolai_megelozesi_program_3-5.html

http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/iskolai_megelozesi_program_6-10.html

A dohányzásról való leszokás támogatása

A leszokás támogatás alapidokumentuma a 2014. december 1-től hatályos „**A dohányzásról való leszokás támogatásáról szóló Szakmai Irányelv**”.²¹ Az irányelv tartalmazza a dohányzás leszokás támogatás színtereit, stratégiáját, módszereit, valamint gyakorlati alkalmazásának feltételeit.

A függőség mértékének megállapítása

A leszokás sikeressége alapvetően két dologtól függ: az egyik, hogy milyen erős a leszokás iránti motiváció, a másik pedig az, hogy milyen mértékű a nikotinfüggőség.²²

A nikotinfüggőség fokát a Fagerström-tesztel lehet mérni, amelynek egyszerűsített változata az alábbi táblázatban található:

A Fagerström-féle nikotindependencia-teszt	
1.	Mennyi idővel az ébredést követően szívja el az első cigarettáját? 5 percen belül = 3 pont 6-30 perc = 2 pont 31-60 perc = 1 pont 60 perc felett = 0 pont
2.	Nehezen állja meg, hogy ne dohányozzon olyan helyen, ahol tilos a dohányzás? Igen = 1 pont Nem = 0 pont
3.	Melyik cigarettáról gondolja azt, hogy arról lenne a legnehezebb lemondania? A reggeli elsőről = 1 pont Az összes többiről = 0 pont
4.	Hány cigarettát szív naponta? Kevesebb 10-nél = 0 pont 11-20 = 1 pont 21-30 = 2 pont több, mint 31 = 3 pont
5.	Gyakrabban gyújt rá az ébredést követő első órában, mint a többi napszakban? Igen = 1 pont Nem = 0 pont
6.	Dohányzik e az ágyban, ha beteg és nem tud felkelni? Igen = 1 pont Nem = 0 pont
Értékelés:	
0-2 pont: nincs függőség; 3-4 pont: enyhe függőség; 5-6 pont: közepes függőség; 7-8 pont: erős függőség; 9-10 pont: nagyon erős függőség	

²¹ <https://kollegium.gyemszi.hu/conf/upload/oldiranyelvek/637.pdf>

²² A dohányzás egészségkárosító hatásai és a leszokás; Medicina Könyvkiadó Zrt.;

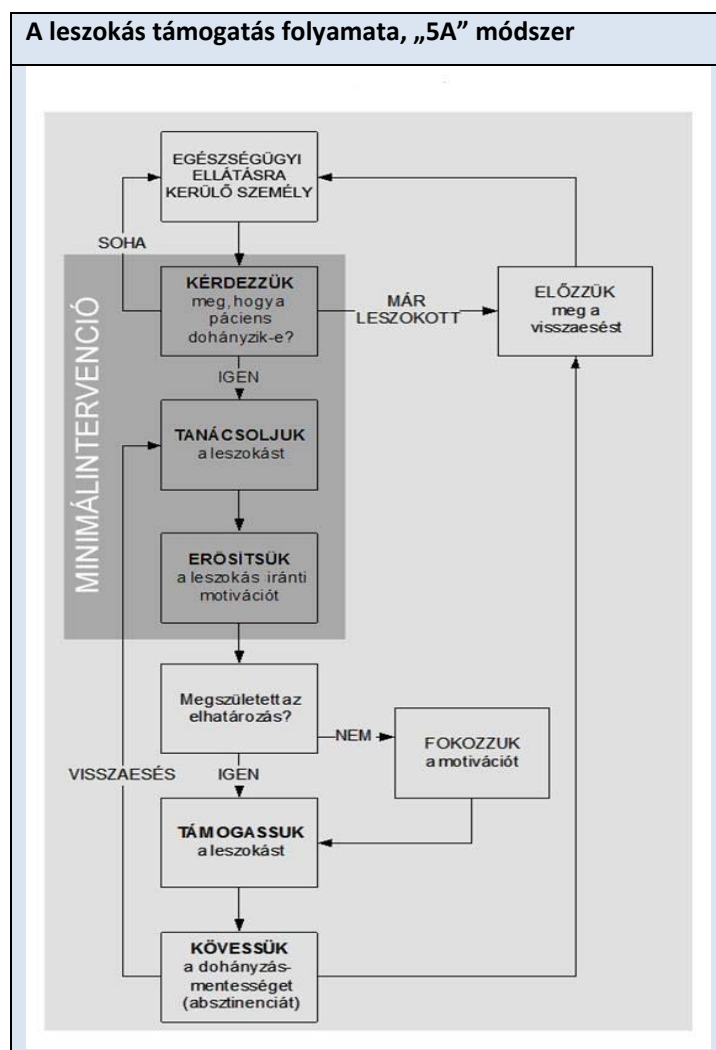
A dohányzásról való leszokást támogató módszerek

A dohányzók életük során egyszer biztosan, de inkább többször megkísérlik a dohányzás abbahagyását, segítség nélkül ez azonban nagyon nehéz.

Első lépésben a leszokásban segítséget nyújtó szakembernek két dolgot kell megismernie a leszokást megkísérülő dohányzóról: nikotinfüggőségének mértékét és a motivációját. A leszokás támogatást végző szakembernek meg kell ismernie a motiváció pontos okát.

Programszerű leszokás támogatás: minimál intervenció és „5A” módszer

A programszerű leszokás támogatáson belül két szintet különböztetünk meg, az egyik az ún. minimál intervenció, a másik a szakellátás szintje. A leszokás támogatás alapját az ún. „5A” módszer adja, amelynek fő tevékenysége a „kérdezzünk”, „tanácsoljunk”, „erősítsünk”, „támogassunk” és „kövessünk”.



A minimál intervenció voltaképpen a „3A” vagyis a „kérdezzünk”, „tanácsoljunk”, „erősítsünk” tevékenysége. A minimál intervenciót azoknak a szakembernek ajánlják, akiknek képesség vagy idő

hiányában nem tudják a teljes 2-3 hónapos aktív és további 9 hónapos követési periódust végigasszisztálni. Az intervenció magában foglalja az eseti tanácsadást, a dohányzásról történő beszélgetést, a leszokással kapcsolatos motiváció erősítését.

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

Enyhe fokú függőség esetén, a minimál intervenciót követően meg lehet kísérelni a leszokási program elkezdését, azonban **közepes és erős függőség esetén már javasolt a leszokni vágyó szakellátásra irányítása, ahol megvalósul a „5A” program.**

A programszerű leszokás támogatáson belül megkülönböztetünk gyógyszermentes és farmakoterápiás módszereket.

Gyógyszermentes leszokási módszerek

Azokban az esetekben ajánlható, amikor nem mutatható ki nikotinfüggőség, vagy az nagyon enyhe fokú, azonban a leszokásra motivált és a leszokásra nem motivált dohányzók eltérő kezelési megközelítést igényelnek.

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 minimál intervenció mellett a tanácsadás során a leszokásra nem motivált pácienseknél a páciensre orientált motivációs interjú módszereivel a leszokás motivációjának erősítésére van szükség. A dohányzásról való leszokás okainak összegyűjtése elősegítheti a motiváció kialakulását. A leszokást megkísérlő aktívan használhatja az okokat elhatározása megszilárdítására és a kísértésekkel való megküzdésben. Továbbá hasznos lehet leszokási napló használata.

Farmakoterápiás módszerek

A leszokást elsősorban a nikotinfüggőség nehezíti, hiszen a dohányzás abbahagyását követően nikotin megvonási tünetek jelentkezhetnek. Azoknál a dohányosoknál, akiknél közepes, vagy erős nikotinfüggőség állapítható meg, nagy valószínűséggel ki is alakulnak ezek a tünetek. Emiatt ezekben az esetekben nem elég pusztán „akaraterejükre”, 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 nikotinmentes készítmények használata. A szakembernek és a páciensnek közösen kell meghatároznia, több körülmény figyelembe vételével a megfelelő módszert.

Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központról

2013. február elejétől ajánlható a leszokni vágyó pácienseknek az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ által működtetett ingyenesen hívható, leszokási telefonos szolgáltatás (06-80-44-20-44), amely helyileg az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben található. A telefonos szolgáltatás elérhető a 06-80-200-493-as zöld szám szolgáltatáson keresztül is, amely hívásátirányítással kapcsol át a Korányi Intézet munkatársaihoz. Itt tapasztalt és speciálisan képzett szakemberek várják és segítik a motivált leszokni vágyókat az evidenciákon alapuló, proaktív módszerű és kidolgozott tematika mentén, programszerűen összeállított, több hívásból álló telefonos tanácsadás során. 2014. januártól 86 tüdőgondozóban működik csoportos leszokás támogatás is. Ezzel az ország minden részén elérhető a leszokás szakember vezette csoportos módszere is. A tüdőgondozók beutaló nélkül felkereshetők tanácsadás és leszokás támogatás céljából.

További információk

www.leteszemacigit.hu

www.leszokaspont.hu

www.koranyi.hu

Ingyemesen hívható, leszokást támogató telefonos szolgáltatás:

06-80-200-493

06-80-44-20-44

Összefoglalás

Az elmúlt időben számos olyan hatékony beavatkozás valósult meg Magyarországon, amelyek elősegítették a felnőtt lakosság dohányzási szokásainak pozitív irányú változását. Ahhoz, hogy valóban jelentős változásokat érjünk el a hazai lakosság dohányzásának visszaszorítása területén, a jogszabályi intézkedéseket egyéb beavatkozásokkal, pl. bizonyítottan hatásos megelőzési programokkal, valamint kommunikációs kampányokkal célszerű kiegészíteni. Ismert tény, hogy a felnövekvő generációk naponta dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeres dohányosok. Így lényeges, hogy olyan szociális készségekre és kompetenciákra irányuló, komplex megelőzési programokat dolgozzunk ki és alkalmazzunk, amelyek megfelelnek a legújabb egészségmagatartás megváltoztatására vonatkozó elméleteknek, valamint magukban foglalják a legújabb jó gyakorlatok eredményeit.

A dohányzás visszaszorításának egyik legfontosabb nemzetközi dokumentuma az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye²³. A Keretegyezmény magába foglal minden olyan beavatkozást, szakpolitikát, amely hatékonyan elősegíti a dohányzás visszaszorítását. A keretegyezmény 12. cikke fogalmaz meg ajánlást az „Oktatás, képzés és lakossági tudatosság” témájában.

Bizonyított, hogy a képekkel kombinált figyelmeztetések elhelyezése a csomagoláson, az egységes csomagolás bevezetése, a dohánytermékek reklámjának tiltása, a tömegkommunikációs eszközökön keresztüli kampányok és a dohánytermékekhez való hozzáférés korlátozása szintén segíthet megelőzni a fiatalok rászakását. Fontos megjegyezni, hogy a beavatkozások együttes hatása nagyobb, mint a beavatkozásoknak külön-külön, azaz a komplex beavatkozás segíti a dohányzás megkezdésének csökkentését.

Az átfogó dohányzás visszaszorítás célja, hogy megelőzze a fiatalok és fiatal felnőttek rászakását, elősegítse a leszokást fiatalok és felnőttek körében egyaránt, a passzív dohányzásnak való kitettség felszámolása, valamint azonosítani és megszüntetni a társadalom különböző rétegeiben fennálló dohányzással összefüggő egyenlőtlenségeket. A hatásos programoknak tartalmazniuk kell a dohánytermékek árának növelését, átfogó dohányfüstmentességre irányuló politikákat, valamint támogatnia kell egészségkommunikációs kampányokat és elérhetővé kell tennie a leszokást elősegítő rendszert minden dohányzó számára.

A fentiek megvalósításában lényeges a politikai döntéshozók, a népegészségügyi szakemberek és a nem állami szakmai szervezetek együttműködése, ez a közös tevékenység a lakosság véleményének a figyelembevételével, valamint formálásával hozhat megfelelő népegészségügyi eredményt, a lakosság egészségi állapotának javulását.

²³ 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről; (http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2005_III_torveny_EVSZ_DK_kihirdetesrol.pdf, letöltve: 2017.11.28.)