

Belügyminisztérium —Egészségügyi Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -
A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | |
|----------------------------------|---|
| Típusa: | Klinikai egészségügyi szakmai irányelv |
| Azonosító: | 002218 |
| Megjelenés dátuma: | 2024. 01. 30. |
| Érvényesség időtartama: | megjelenést követő 3 évig érvényes |
| Kiadja: | Belügyminisztérium |
| Megjelenés helye: | Egészségügyi Közlöny |
| Nyomtatott verzió: | |
| Elektronikus elérhetőség: | https://kollegium.aEEK.hu |

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|---|-----------|
| I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK | 3 |
| II. ELŐSZÓ | 4 |
| III. HATÓKÖR | 4 |
| IV. MEGHATÁROZÁSOK | 6 |
| 1. Fogalmak | 6 |
| 2. Rövidítések | 6 |
| 3. Bizonyítékok szintje | 7 |
| 4. Ajánlások rangsorolása | 8 |
| V. BEVEZETÉS | 8 |
| 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása | 8 |
| 2. Felhasználói célcsoport | 26 |
| 3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel | 26 |
| VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE | 28 |
| VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ | 60 |
| 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban | 61 |
| 2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája | 65 |
| 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok | 66 |
| VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE | 68 |
| IX. IRODALOM | 68 |
| X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE | 75 |
| 1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja | 75 |
| 2. Irodalomkeresés, szelekció | 75 |
| 3. A felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja | 75 |
| 4. Ajánlások kialakításának módszere | 76 |
| 5. Véleményezés módszere | 76 |
| 6. Független szakértői véleményezés módszere | 76 |
| XI. MELLÉKLET | 76 |
| 1. Alkalmazást segítő dokumentumok | 76 |

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBE RÉSZTVEVŐK**Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):****1. Tüdőgyógyászat Tagozat**

Dr. Bogos Krisztina PhD. tüdőgyógyász, belgyógyász, klinikai onkológia szakorvos, elnök, társszerző

2. Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia Tagozat

Prof. Dr. Vokó Zoltán megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, elnök, társszerző

3. Foglalkozás orvostan Tagozat

Dr. Nagy Imre foglalkozás-orvostan szakorvos, elnök, társszerző

4. Kardiológia Tagozat

Prof. Dr. Merkely Béla belgyógyász, kardiológus szakorvos, elnök, társszerző

5. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter PhD. klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Barta Veronika pszichológus, társszerző

Dr. Cselkó Zsuzsa megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, kapcsolattartó, társszerző

Darwish Diána pszichológus, társszerző

Dr. Fényes Márta tüdőgyógyász, belgyógyász, klinikai farmakológus szakorvos, társszerző

Dr. Lupkovics Gergely tüdőgyógyász, társszerző

Prof. Dr. Müller Veronika PhD. tüdőgyógyász, klinikai onkológia, klinikai laboratóriumi vizsgálatok, infektológia szakorvos, társszerző

Pataki Erika egészségfejlesztő, társszerző

Dr. Rákóczi Ildikó védőnő, társszerző

Tisza Judit egészségpolitikai szakértő, társszerző

Tóth Erzsébet kommunikációs szakértő, társszerző

Prof. Dr. Balázs Péter PhD. sebész, társadalom-orvostan, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Dr. Bíró Éva PhD. megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Prof. Dr. Kiss István PhD. közegészségtan-járványtan, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Dr. Péntes Melinda PhD. megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Prof. Dr. Sándor János PhD. közegészségtan-járványtan, megelőző orvostan és népegészségtan, szakorvos, társszerző

Dr. Kudász Ferenc foglalkozás-orvostan szakorvos, társszerző

Dr. Simon Attila kardiológus szakorvos, társszerző

Dr. Szabados Eszter kardiológus szakorvos, társszerző

Prof. Urbán Róbert PhD. alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**1. Ápolási, szakdolgozói és szülésznő Tagozat**

Ujváriné Dr. Siket Adrienn diplomás ápoló, egészségfejlesztő, elnök, véleményező

2. Fog- és szájbetegségek Tagozat

Prof. Dr. Hermann Péter fog- és szájbetegségek, konzerváló fogászat és fogpótlástan, parodontológia, fogpótlástan és orális implantológia szakfogyorvos, elnök, véleményező

3. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Kovács Tamás csecsemő-gyermekgyógyász szakorvos, elnök, véleményező

A dohányzásról való leszokás támogatásáról**4. Gyógyszerellátási gyógyszerészet Tagozat**

Dr. Szűcs Attila gyógyszerellátás- és gyógyszerügyi szervezés, kórházi gyógyszerészet, onkológiai gyógyszerészet szakgyógyszerész, elnök, véleményező

5. Házirosvostan Tagozat

Dr. Szabó János belgyógyász, házirosvostan szakorvos, elnök, véleményező

6. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Lőrinczi Orsolya Éva védőnő, elnök, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR**Egészségügyi kérdéskör:**

A dohányzásról való leszokás (a továbbiakban: dohányzásleszokás) támogatása.

Az ellátási folyamat szakasza(i):

A dohányzók kiszűrése, állapotfelmérés, terápia, gondozás. Az irányelv nem foglalkozik megelőzési kérdésekkel (sem egészségügyi, sem ágazaton kívüli szempontból).

Érintett ellátottak köre:

Egészségügyi ellátásra kerülő személyek. Dohányzó személyek.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Érintett ellátók köre:

Szakterület:

0100 belgyógyászat
 0200 sebészet
 0400 szülészeti-nőgyógyászat
 0600 fül-orr-gégegyógyászat
 0700 szemészet
 0800 bőr- és nemibeteg-ellátás
 0900 neurológia
 1000 ortopédia
 1100 urológia
 1200 klinikai onkológia
 1300 fogászati ellátás
 1400 reumatológia
 1801 addiktológia
 1900 tüdőgyógyászat
 1903 tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció
 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria
 2501 foglalkozás-egészségügyi alapellátás
 4000 kardiológia
 4003 kardiológiai rehabilitáció
 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
 4603 klinikai toxikológia
 6301 háziorvosi ellátás
 6302 házi gyermekorvosi ellátás
 6303 felnőtt- és gyermek- (vegyes) háziorvosi ellátás
 6306 iskola- és ifjúságorvoslás
 6401 rend- és honvédelmi dolgozók orvosi ellátása
 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
 7308 szülésznői ellátás (intézeti)
 7309 intézeten kívüli szülésznői ellátás
 7901 területi védőnői ellátás
 7902 iskolai védőnői ellátás
 7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás
 9400 megelőző orvostan és népegészségtan

Ellátási forma:

A1 alapellátás, alapellátás
 J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás
 J3 járóbeteg-szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás
 F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
 F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
 E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás
 E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”

Progresszivitási szint:

I-II-III. szint

Egyéb specifikáció:

nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Akkreditált tanfolyam: a dohányzásról való leszokást támogató, akkreditált szakemberképzés.

Intenzív/programozott tanácsadás: leszokás támogatásban képzett szakember által vezetett, több alkalomból álló strukturált program, amelynek célja a viselkedés megváltozásának segítése. A programszerű tanácsadás elnevezés a tanácsadási folyamat kevésbé strukturált jellegére utal.

Leszokási centrum: a leszokás támogatására képzett szakemberek által vezetett egyéni, csoportos vagy telefonos tanácsadás helyszíne.

Minimálintervenció: a klasszikus „5A” leszokás támogatási módszer első három tagja, kb. 3 perces időtartamú.

„5A” módszer: a leszokás támogatás lépései; részei:

„Ask”: a dohányzási szokásokra történő rákérdezés

„Advise”: dohányzás esetén a leszokás tanácsolása

„Assess”: a leszokás szándékára való rákérdezés, a motiváció felkeltése vagy megerősítése

„Assist”: a leszokási folyamat támogatása

„Arrange follow-up”: a leszokás folyamatának követése, a visszaesés megelőzése.

Motivációs interjú: a leszokásra nem kellően motivált pácienseknél a leszokás motivációjának erősítésére alkalmas módszer; alapelemei:

- az empátia kifejezése
- az ellentmondásosság (diszkrepancia) felismertetése
- a vita és utasítás kerülése (a páciens döntése)
- az ellenállás és okának feldolgozása
- az önbizalom támogatása és erősítése.

„5R” módszer: rövid motivációs intervenció, amely olyan esetben alkalmazható, amikor a dohányzó aktuálisan nem kíván leszokni, és/vagy a tanácsadó nem képzett a motivációs interjú alkalmazásában; részei:

„Relevance”: a leszokás jelentőségének egyénre szabott hangsúlyozása

„Risk”: egyénre szabott kockázati tényezők (pl. COPD exacerbációja, termékletlenség, malignus betegségek) ismertetése

„Rewards”: a leszokással járó egyénre szabott előnyök ismertetése

„Road-blocks”: a leszokást akadályozó, megnehezítő körülmények feltárása

„Repetition”: a leszokás tanácsolása többszöri alkalommal.

Nikotinfüggőség: lásd bővebben a XI. MELLÉKLET 2. TÁBLÁZAT A nikotinfüggőség jellemzői

A WHO meghatározása szerint nikotinfüggőség akkor áll fenn, ha az alábbi 7 kritérium közül legalább 3 megfigyelhető a megelőző 12 hónap során [4]:

- erős dohányzás/nikotin iránti vágy;
- kontroll nélküli dohányfogyasztás/nikotinbevitel;
- csökkent dohányfogyasztás/nikotinbevitel esetén megvonási tünetek;
- nyilvánvaló káros hatások ellenére is folyamatos dohányfogyasztás/nikotinbevitel;
- a dohányzás/nikotinbevitel más tevékenységek elé helyezése;
- fokozott tolerancia;
- leszokási próbálkozás esetén nikotinmegvonás tünetei.

2. Rövidítések

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

Amerikai Betegségmegelőzési és
Járványvédelmi Központ
megbízhatósági tartomány

CI: confidence interval

CO: szén-monoxid

COPD: chronic obstructive pulmonary disease

krónikus obstruktív tüdőbetegség

DLTK: Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ

DNS: dezoxiribonukleinsav

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Mentális zavarok diagnózisa és statisztikai kézikönyve

E-cigaretta: elektronikus cigaretta

EFI: egészségfejlesztési iroda

EH: esélyhányados

ENDS: Electronic Nicotine Delivery System

ENNDS: Electronic Non-Nicotine Delivery Systems

ENSP: European Network for Smoking and Tobacco Prevention

Elektronikus Nikotinbeviteli Rendszer dohányzást imitáló elektronikus eszköz
Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ

EUR: euro

FCTC: Framework Convention on Tobacco Control

FGF: fibroblast growth factor

GBP: angol font

HDL: high-density lipoprotein

LDL: low-density lipoprotein

LMIS: Minimal Intervention Strategy for lung patients

nACh: nicotinic acetylcholine

NAT: Nemzeti Alapítvány

NDSS: Nicotine Dependence Syndrome Scale

NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ

NO: nitrogén-monoxid

NPT: nikotinpótló terápia

OTC: over the counter

PAD: peripheral arterial disease

PATH: Population Assessment of Tobacco and Health

Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény
fibroblast növekedési faktor

magas sűrűségű lipoprotein
alacsony sűrűségű lipoprotein

nikotinos acetilkolin

nikotinfüggőségi szindróma skála

vény nélkül kiadható gyógyszerek
perifériás artériás betegség
A dohányzás és az egészségesség
populációs szintű vizsgálata

PESCE: „A dohányzásról való leszokás gazdasági kérdései a háziorvosi gyakorlatban” című vizsgálat

PHQ: Patient Health Questionnaire

QALY: quality-adjusted life years

RK: relatív kockázat

SAMMEC: smoking-attributable mortality, morbidity and economic costs model

Beteg Egészségi Állapot Kérdőív
életminőséggel korrigált életév nyereség

a dohányzásnak tulajdonítható
mortalitási, morbiditási és gazdasági
költségek modellje
rövidüzenet-szolgáltatás
szelektív szerotoninviszavétel gátlók
kezelés a dohányzás abbahagyásáért

SMS: short message service

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitors

SST: Smoke Stop Therapy

TIE: teljeskörű iskolai egészségfejlesztés

USA: United States of America

USD: USA-dollár

VCC: Virtual Call Center

VEGF: vascular endothelial growth factor

Amerikai Egyesült Államok

virtális telefonos ügyfélszolgálat
vascularis endothelialis növekedési
faktor
nagyon alacsony sűrűségű lipoprotein
Egészségügyi Világszervezet
Wisconsin nikotinfüggőségi motivációs
kérdőív

VLDL: very low-density lipoprotein

WHO: World Health Organization

WISDM-37: Wisconsin Index of Smoking Dependence Motives

3. Bizonyítékok szintje

Az irányelv ajánlásai és egyéb megállapításai különböző erejű bizonyítékokon alapulnak, amelyeket – az ajánlás, megállapítás végén zárójelben „A”, „B”, „C” és „a”, „b”, „c”, „d” betűkkel jelölünk, megjelölése a szövegrész végén pl. „A/a”. Azon ajánlásoknál, ahol csak egy betű van feltüntetve, az ajánlást csak az egyik adaptált külföldi irányelv tartalmazza. A jelölések magyarázatát alább részletezzük.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Az európai irányelv [2] besorolási rendszere a felhasznált tanulmányok típusa, minősége és esetszáma alapján sorolja be a bizonyítékokat három kategóriába.

A bizonyítékok besorolása, megbízhatóságuk csökkenő sorrendjében:

- A** - Több, jól megtervezett, randomizált, kontrollált vizsgálat, amelyek egységes megállapításokat eredményeztek.
- B** - Egyes randomizált, kontrollált vizsgálatokból származó bizonyítékok alátámasztják az ajánlást, azonban bizonyító erejük a következő okok miatt elmarad az optimálistól: kisszámú randomizált, kontrollált vizsgálat volt fellelhető, vagy a vizsgálatok eredményei nem eredményeztek egységes megállapításokat.
- C** - Nem randomizált, nem kontrollált vizsgálat, megfigyeléses vizsgálat, vagy a szakértői testület egyeztetett véleménye.

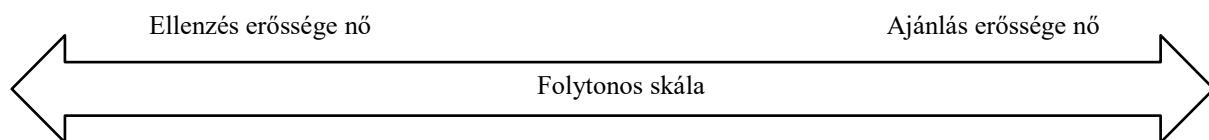
Az Amerikai Egyesült Államok irányelvének [3] besorolási rendszere az ok-okozati összefüggések elemzésén keresztül a bizonyítékokat aszerint sorolja négy kategóriába, hogy azok mennyire következetesek, erősek, specifikusak, koherensek és időben hogy kapcsolódnak.

A bizonyítékok besorolása, megbízhatóságuk csökkenő sorrendjében:

- a** - A bizonyíték elegendő az ok-okozati összefüggés megállapításához.
- b** - A bizonyíték ok-okozati összefüggésre utal, de nem elegendő annak megállapításához.
- c** - A bizonyíték alkalmatlan az ok-okozati összefüggés meglétének vagy hiányának megállapításához (kevés, rossz minőségű vagy egymásnak ellentmondó bizonyítékok).
- d** - A bizonyíték arra utal, hogy nincs ok-okozati összefüggés.

4. Ajánlások rangsorolása

Az adaptált irányelvek nem rangsorolták az ajánlásokat. A jelen irányelvben a fejlesztőcsoport az addiktológiai zavarok esetén gyakorta alkalmazott kontinuum-szemléletű ajánlás rangsorolást is alkalmazta. Ebben az esetben a GRADE rangsorolás került alkalmazásra, ami az erősen ajánlottól az erősen nem ajánlottig meghatározott folytonos ajánlás-erősség skálán mozog. Az ajánlások erősségét, vagyis az ajánlás vagy az ellenzés mértékét a szöveg nyelvi jellemzői fejezik ki.

**V. BEVEZETÉS****1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása**

A dohányfogyasztásnak történelmileg három fő módja alakult ki: az égető-füstölő-hevítő-párásító (pipa, szivar, cigaretta, elektronikus aeroszolképző) inhaláció, a dohánypor orrba szippantása, és a dohány szájjüregben való rágása, oldása. Ezek közül a leginkább elterjedt az égető-füstölő inhalációs módszer, az egyetlen olyan rizikótényező, amelynek kiemelkedő kóros szerepe van a négy legnagyobb halálozási arányt mutató betegség – a daganatos betegségek, a szívbetegségek, a krónikus légzőszervi betegségek és a diabétesz – kialakulásában. A dohányfogyasztás visszaszorítása érdekében fontos, hogy a dohányzók és a még nemdohányzók – közülük kiemelten a serdülők – a lehető legtöbb ismeretet és segítséget megkapják a dohányzás káros következményeiről és a leszokás támogatás lehetőségeiről.

A dohányzás kettős – fizikai és lelki – függés. Orvosi kórképként mindkét komponensével foglalkozni kell. A fizikai (biológiai) függőséget a nikotin ismétlődő bevitel alakítja ki és tartja fenn. Hatására a dohánytermékek ismételt használata szokássá válhat. A társas együttlét és a napi rutinhoz kapcsolódó helyzetek megerősíthetik a dohányzást, és idővel ez a viselkedés rögzül. A leszokás támogatás gyakorlata kétszintű. A *minimálintervenció* a leszokás támogatás legegyszerűbb, minden egészségügyi dolgozó által elvártan végzendő, bizonyítékokon alapuló módszere: együttérző és megértő beszélgetés a dohányzás lehetséges rövid- és hosszú távú veszélyeiről, a dohányzásról való leszokás előnyeiről, személyes hasznáról, a leszokást akadályozó tényezőkről és a személyre

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

szabott megoldási lehetőségekről, így a megfelelő gyógyszeres terápiáról és/vagy pszichés támogatásról. Az *intenzív leszokás támogatás* olyan szakember által vezetett, több alkalomból álló program, amelynek célja a leszokásra motivált dohányzó viselkedés változásának segítése a viselkedésterápia és a gyógyszeres támogatás eszközeivel.

A dohányzásról való leszokás támogatás szakmai irányelvének célja, hogy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett döntési ajánlások sorozatával segítse a szakembereket a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító-megelőző munka minőségét, hatékonyságát és költséghatékonyságát. Az irányelv további célja, hogy az alap-, illetve szakellátásban dolgozó valamennyi szakember – munkakörének megfelelő szinten – feladatának fogadja el a leszokás támogatását, és ennek hatására csökkenjen a dohányzók aránya.

Szakmai célkitűzés, hogy ötévente mintegy 5%-os csökkenés mutakozzon a dohányzók prevalenciájában Magyarországon, ezáltal a dohányzási arány megközelítse a nyugat, illetve észak-európai mutatókat [5].

Epidemiológiai adatok

2020-ban világszerte 1,3 milliárd 15 év feletti ember, azaz a lakosság 22%-a dohányzott: 1,062 milliárd férfi (37%), illetve 231 millió nő (8%). A teljes lakosság dohányzási aránya csökkent ugyan 2000 óta, ugyanakkor a dohányzó férfiak száma csak 2015 óta mutat kedvező tendenciát. Ráadásul ez a csökkenés csak az amerikai és az európai régiók csökkenő számú férfi dohányzóinak köszönhető, a másik négy WHO régióban a dohányzó férfiak számában 2025-ig emelkedés várható. A leggyakoribb dohányfogyasztási mód, a cigarettahasználat aránya (2020:16%) ugyancsak csökken világszerte mindkét nem esetében, bár az európai régióban a legmagasabb (23%). Ugyanitt a nők cigarettázási aránya 2010 óta csak két százalékponttal csökkent (férfi: 30%; nő: 16%) [6]. A nem fertőző betegségek visszaszorításának globális cselekvési tervén alapuló célkitűzés, hogy a 2010-es évet alapul véve, 2025-ig 30%-kal csökkenjen a dohányzás aránya [7]. Valamennyi WHO régió jelentős lemaradásban van, és mivel az országok többsége távolról sem tudja teljesíteni a cselekvési tervben szereplő, önként vállalt célkitűzéseket, a cselekvési terv határidejét meghosszabbították 2030-ig. Világszerte aggodalomra ad okot, hogy különösen a 15 év alattiak esetében nagymértékben nő az elektronikus cigaretta-használat (e-cigaretta) aránya. Tanulmányok alátámasztják, hogy a serdülőkori e-cigaretta-használat hozzájárulhat a későbbi hagyományos cigaretta fogyasztásához [6]. Évente több mint nyolcmillió ember idő előtti halálát okozzák a dohányzás következtében kialakuló betegségek, és ez a mutató továbbra is nő [8, 9].

Az Eurobarométer 2020-as felmérésének eredményei alapján az Európai Unióban a megkérdezettek 23%-a rendszeresen dohányzik (használ cigarettát, szivart, szivarkát, vagy pipát) [5]. A 2017-es eredményekhez képest 3 százalékponttal csökkent a jelenleg dohányzók aránya az EU-27+Egyesült Királyság átlagát tekintve. Jelentősek az országok közötti különbségek a dohányzás elterjedtségében: az előző felmérésnek megfelelően legnagyobb a dohányzók aránya Görögországban (42%), Bulgáriában (38%) és Horvátországban (36%). A legalacsonyabb dohányzási gyakoriságok Svédországban (7%), Hollandiában (12%) és az Egyesült Királyságban (12%) voltak [5].

A felnőtt magyar lakosság dohányzási szokásait vizsgálta az országos, reprezentatív Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019 [10]. A 18 év feletti lakosság 29%-a dohányzott (férfiak 34%, nők 25%). A rendszeres dohányzók aránya férfiaknál 31%, nőknél 23%, az alkalmi dohányzók aránya 3%, illetve 2% volt. A 2000. és 2003. évi Országos Lakossági Egészségfelmérések, illetve a 2009. és 2014. évi Európai Lakossági Egészségfelmérések eredményeit figyelembe vevő, összehasonlításra alkalmas módszertan alapján, 2000-2019 között 4%-kal csökkent a dohányzók aránya. A csökkenés a férfi dohányzókra (2000: 38%) jellemző, megközelítőleg egyenlő mértékben a 18-34 (2000: 44%; 2019: 36%) és a 35-64 évesek (2000: 41%; 2019: 33%) körében. A nők dohányzási aránya a 18-34 évesek körében csökkent (2000: 29%; 2019: 24%), a többi korcsoportban nőtt, így az összesített női dohányzási arány a 2000. évi felmérés óta romlott (2000: 23%). A dohányzók arányának mérsékelt csökkenésénél kedvezőbb adat, hogy a soha nem dohányzók aránya növekedett (2000: 46%; 2019: 54%) [10, 11].

A fiatalok leginkább 14-17 éves korban kezdenek – alkalmilag vagy rendszeresen – dohányozni (51%), ezt követik szám szerint a 18-20 évesek (35%), a 21 év felettiak (10%), majd a 14 év alattiak (4%). A dohányzók korcsoportos vizsgálatakor érzékelhető, hogy némileg korábbra tolódott a dohányzás elkezdésének ideje [10, 11].

Férfiaknál a 18-34 éves korcsoportba tartozók (36%), nőknél a 35-64 évesek (30%) dohányoznak a legnagyobb arányban, ami megfelel a korábbi felmérések eredményeinek [10].

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A dohányzók aránya a nyugat-dunántúli régióban a legnagyobb (30%) és a dél-dunántúli régióban a legkisebb (26%). Megyei bontásban nagyobb különbségek észlelhetők a dohányzók arányában: a legnagyobb Nógrád megyében (33%), a legkisebb Hajdú-Bihar megyében (22%). 2009-hez képest szinte valamennyi régióban csökkent a dohányzók aránya, legnagyobb mértékben a dél-dunántúli régióban (2009: 38%; 2019: 26%) és legkevésbé a dél-alföldi régióban (2009: 30%; 2019: 29%). A közép-dunántúli (2009: 28,6%; 2019: 28,8%) és a nyugat-dunántúli régióban (2009: 29,4%; 2019: 29,5%) gyakorlatilag nem változott a dohányzók aránya [10, 11]. Férfiakat, nőket és minden korcsoportot figyelembe véve, 2009-hez képest átlagosan 22%-kal csökkent a készen kapható, gyárilag előállított cigaretta (65%) és átlagosan 30%-kal emelkedett a kézzel sodort cigaretta használatának aránya (42%). A cigaretta után leggyakrabban fogyasztott dohánytermék a szivar/szivarka (6%), illetve a vízipipa (5%) [10, 11].

2019-ben a lakosság csupán 2%-a használt elektronikus termékeket (elektronikus pipa, elektronikus szivar, elektronikus vízipipa, nikotinos vagy nikotinmentes elektronikus cigaretta). Ezen a téren azonban, jelentős eltérések tapasztalhatók korcsoportonként és megyénként. Az elektronikus termékek használata a 18-34 évesek csoportjában, Komárom-Esztergom megyében (8%), a 35-64 évesek között Győr-Moson-Sopron és Hajdú-Bihar megyében (6%) a legnagyobb. 2014-hez képest a 18-34 és a 35-64 évesek között is emelkedett az elektronikus termékek használata, leginkább, azaz 3%-kal, a 18-34 év közötti férfiak körében. A 65 év felettiekre továbbra sem jellemző, hogy ilyen termékeket használnának [10, 11].

A felmérés szerint hevített dohánytermékeket a dohányzók csak 2%-a használt, a használat aránya a 18-34 év közötti nők körében volt legnagyobb (3%) [11]. E termékek esetében nem volt lehetőség korábbi felmérések eredményeivel való összevetésre, ugyanakkor erőteljes promóciójuk révén a következő években a fogyasztás növekedése várható [8].

Magyarországon a leszokottak aránya átlagosan 4%-kal emelkedett 2000-hez képest, ami inkább abból adódik, hogy a férfiaknál következett be kedvezőbb magatartás. Fontos továbbá azt is rögzíteni, hogy az elmúlt csaknem húsz évben nőtt a leszokás iránti érdeklődés Magyarországon: 2019-ben a 18 év feletti dohányzók több mint fele (54%) már megpróbált leszokni. 2000-ben ez az arány még csak 47% volt. A dohányzást abbahagyók elsősorban saját egészségük védelme érdekében (58%) szoktak le a dohányzásról. Figyelmet érdemlő jelenség, hogy a kérdésre válaszolók egynegyede (25%) a cigaretta ára miatt döntött úgy, hogy abbahagyja a dohányzást [10, 11]. A megkérdezés pillanatában a dohányzók harmada (33%) válaszolta azt, hogy szeretne leszokni. A 35-64 évesek leszokási hajlandósága a legmagasabb (60%), feltételezhetően azért, mert ebben az életkorban válnak nyilvánvalóvá a rendszeres dohányzás egészségkárosító hatásai. A megkérdezettek döntő többsége (78%) nem vett, illetve nem venne igénybe segítséget a leszokáshoz, 18%-a viszont igényli ehhez a külső támogatást [10]. Figyelmet érdemel, hogy a dohányzók mindössze 2%-a vette igénybe szakember segítségét a leszokási próbálkozáshoz, ugyanakkor 14% nyilatkozott úgy, hogy igénybe venne szakember által nyújtott segítséget [10]. Mindezen adatok arra mutatnak, hogy a dohányzók arányának további érdemi csökkenéséhez nagyobb hangsúlyt kell fektetni a dohányzók korcsoportspecifikus megszólítására, tájékoztatására és a velük való foglalkozásra az egészségügyi ellátás keretében.

Hazánkban a dohányzás felelős a halálozások 21%-ért. A dohányzással összefüggő, életkor szerint standardizált halálozási arány 359/100 ezer fő volt 2019-ben [12]. 2019. évi adatok szerint évente 27 100 ember hal meg a dohányzással összefüggő kórállapotok miatt, amely három százalékpontos javulást jelent 2010 óta. Ez egyúttal 11%-os javulást is eredményezett az egészségkárosodással korrigált életévekben [9]. A kedvező irányú változáshoz a férfiak dohányzási arányának mérsékelt csökkenése mellett feltételezhetően a soha nem dohányzók arányának növekedése is hozzájárult (2000: 46%; 2019: 54%) [10, 11].

A dohányzás leszokás támogatása a dohányzási szokások felmérésével kezdődik. A hazai népességre nem reprezentatív Alapellátási Modellprogram felmérése alapján, a dohányzási szokások felmérése a nem hipertóniás és nem diabéteszes 21-64 éves felnőttek 42,9%-ánál történik meg (95%CI (39,8-44,0)). Ez lényegesen alatta marad az Egyesült Államokban (77,6%), az Egyesült Királyságban (95,8%), Kanadában (76,7%) és Ausztráliában (66%) elért gyakoriságnak [13]. Ugyanezen felmérés alapján, csak a hipertóniás vagy diabéteszes betegek 24,7%-ánál (95%CI (22,6-26,8%)) történik meg a dohányzási szokások felmérése 2 éven belül [14].

Kedvező hazai tapasztalat ugyanakkor, hogy az Alapellátási Modellprogram tapasztalatai alapján a praxisközösségekben jelentősen javul (EH=4,129; p<0,001) a dohányzási szokások felmérési gyakorisága [15]. A minimálintervenció hazai alkalmazása jelentősen elmarad a szükségletektől. A hazai felnőtt lakosságot

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

reprezentáló felmérés alapján a dohányzók 8%-a gyengén, 62%-a mérsékelten, 30%-a erősen nikotinfüggő [16]. A dohányzó felnőttek 25%-a részesül minimálintervencióban, ez a leszokni szándékozók körében 11%, akik közt 6% a gyengén, 76% a mérsékelten és 18% az erősen függők aránya. Minimálintervencióban kisebb eséllyel részesülnek a 35 év felettek (EH35-64=0,46; 95% CI (0,30-0,70); EH65+=0,41; 95% CI (0,19-0,88)), valamint a gyengén dependens személyek (EH=0,30; 95% CI (0,12-0,75)). Ugyanakkor nagyobb eséllyel jutnak hozzá az érettségizettek (EH=1,74; 95% CI (1,05-2,90)), a kardiovaszkuláris betegségben szenvedők (EH=6,58; 95% CI (3,80-11,37)), a COPD-s betegek (EH=4,58; 95% CI (1,36-15,46)) és a leszokni szándékozók (EH=1,49; 95% CI (1,00-2,22)). Egy átlagos háziorvosi praxisban 1613 felnőtt kap ellátást és 394 fő dohányzik rendszeresen. Ha a háziorvosok leszokás támogatása csak a leszokni kívánók felé irányulna, az a praxisban 151 fő támogatását tenné szükségessé. Közülük 15 fő enyhe, 101 fő mérséklet, 35 fő erős nikotin-függőségben szenved. A jelenlegi gondozási gyakoriság alapján a minimálintervenció 14 fő gyengén, 24 fő mérsékelten és 29 fő erősen dependens dohányzó felnőtt esetében marad el.

A dohányzás visszaszorításának lehetőségei

A dohányzás visszaszorítása összetett népegészségügyi és szakpolitikai feladat. A dohányfogyasztás sikeres csökkentéséhez elengedhetetlen, hogy a dohányzók a lehető legtöbb ismeretet megkapják a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről, amellet, hogy további hatékony intézkedések a cél elérését segítik (pl. dohánytermékek adótartalmának emelésével áremelés és a fogyasztást szigorító szabályozás) [17-21]. Ezzel párhuzamosan kívánatos a leszokni vágyók részére az egészségügy keretein belül támogató programok elérhetőségét biztosítani. A leszokás támogatása a leginkább költséghatékony eszköz a primer és szekunder prevencióban egyaránt [2, 3].

2012-ben kezdte meg működését az Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ (DLTK, <https://www.leszokastamogatas.hu>) amelynek célja, hogy módszertani segítséget nyújtson az evidencia alapú leszokás támogatáshoz, közreműködjen a dohányzás visszaszorítását célzó többszintű szakmai tevékenységben, kezdeményezze a vonatkozó szakmai irányelv szerkesztését, valamint akkreditált képzéseket nyújtson („leszokást támogató szakember”) egyéni és csoportos leszokástámogató tevékenységhez. A DLTK által működtetett telefonos tanácsadási program országosan ingyenesen elérhető. A Módszertani Központ a fenti tevékenységek mellett törekszik arra, hogy a dohányzó magyar lakosság minél szélesebb köréhez eljusson a leszokás előnyeiről és lehetőségeiről szóló információ.

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során, bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és az alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendők pácienssel együtt történő megválasztására. A leszokás támogatás módját a leszokni kívánó dohányzó közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, egészségügyi szakembernek tanácsos meghatároznia. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek – különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre –, a páciens kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő intenzív leszokás támogatási módszer megválasztását, ajánlását. A tüdőgondozói hálózat bázisán 2013-ban létrehozott, akkreditált leszokás támogatási tanácsadást végző ellátók biztosítják az intenzív leszokás támogatás elérhetőségét a leszokni kívánó dohányzó számára a gondozók harmadában. Több légzési és kardiológiai rehabilitációs tevékenység keretében beillesztetté vált a leszokás támogatása. Az egészségügyért felelős államtitkár továbbá 2020-ban elrendelte, hogy minden egészségfejlesztési irodának rendelkeznie kell leszokás támogatásban képzett szakemberrel.

A leszokás támogatása orvosi, tágabb értelemben véve egészségügyi kompetenciába tartozik, mivel:

- a dohányzás-nemdohányzás kérdését az egészség-betegség problémakörébe sorolják (BNO);
- a dohányzás okozta panaszok, betegségek miatt a dohányzók többsége orvosi ellátást igényel;
- a dohányzás következtében kialakult idült egészségkárosodások az egészségügyi ellátóhálózatot terhelik;
- a dohányzók többsége nikotinfüggőségben, vagyis egyfajta szenvedélybetegségben szenved.

A fentiek és a bizonyítékokon alapuló orvoslás kritériumainak megfelelő és a tartósan leszokottak arányát jelentősen (25-30%) növelni képes terápiás programok alapján az alábbi határozott megállapítások és szakpolitikai javaslatok tehetőek [22]:

- A közvéleményt folyamatosan tájékoztatni kell a dohányzás és az élvezeti célú nikotin tartalmú termékek használatának következményeiről és arról, hogy ezek elhagyásához hatásos segítséget kaphatnak.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók, védőnők graduális és posztgraduális képzése keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról való leszokást segítő módszereket.
- A rutin betegellátás keretében minden egészségügyi szakembernek foglalkoznia kell a páciensek dohányzásával. A dohányzásleszokás-támogatás – ellátóhelyhez és pácienshez adaptált – minimálintervencióként definiált módszerével támogatni kell a leszokást.
- A fekvőbeteg ellátásban legyen ismert és a páciens számára elérhető a megvonási tünetek enyhítésére használt gyógyszeres kezelés.
- Létre kell hozni és fenn kell tartani olyan, a dohányzásról leszokást segítő szakellátási hálózatot, amely minden dohányzó számára hozzáférhető és az igényelt lépcsőzetes ellátást nyújtani képes.
- Biztosítani kell a leszokás támogatási tevékenység önálló közfinanszírozását, és a rizikócsoportok számára az ehhez szükséges farmakoterápiás készítmények részleges támogatását a hatékonyság növelése érdekében.
- Központi elektronikus nyilvántartást kell vezetni a dohányzási státusz felméréséről, a leszokás támogatási ellátás igénybevételéről és eredményéről.

A felsorolt törekvések kiteljesedését célozza jelen irányelv, amely útmutatóul szolgál az egészségügyi és egészségfejlesztési ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakember, valamint a felelős szakmapolitikai fórumok számára, annak érdekében, hogy minél több páciens – az ellátási helyzetnek megfelelő mértékben – részt vegyen és eredményesen részesüljön dohányzásleszokás támogatásban.

A dohányzás egészségkárosító hatásai

A dohányzás egészségkárosító hatásainak ismerete a leszokás iránti motivációs tanácsadást (a leszokás egyéni fontossága), a dohányzó leszokási nehézségeinek megértését, valamint a terápia megválasztását szolgálja.

A dohányzás és a nikotin egészségkárosító hatásai

A dohánytermékekben azonosított fő vegyületek az alkaloidok – amelyek közül a nikotin a legfontosabb (az összes alkaloid 85-95%-a) –, a terpének, a polifenolok, a fitoszterol, a karbonsavak és az alkánok. A nikotin fő bomlástermék a kotinin, mely nyálban, vérben és vizeletben kimutatható [2, 3]. Egyéb alkotórészek a policiklikus aromás szénhidrogének (PAH), aldehidek, ketonok, aminok, nitrilek, N- és O-heterociklikus szénhidrogének, peszticidek, alkáli-nitrátok és legalább 30 fém, illetve vegyületeik [23].

A dohány élvezeti szerként való alkalmazásának két módját ismerjük, a füstmentes és az étetéssel járó formát. A szervezetbe juttatott kémiai anyagok összetételét nagymértékben befolyásolja, hogy étetéssel járó vagy füstképzés nélküli dohányhasználatról van szó. Az étetéssel járó dohányzás következtében több, mint 7000 mérgező és legalább 70 ismert karcinogén vegyület jut a szervezetbe, amelyek szinte minden szervrendszerben károsodást idézhetnek elő. A füstmentes dohánytermékek összetevői a száj- vagy ornyálkahártyán keresztül felszívódva, vagy a dohányrészecskéket tartalmazó nyál lenyelésével kerülnek a szervezetbe. Helyileg irritációt és érzékenységet, szisztémásan pedig a cigarettaéhoz hasonló mechanizmussal okozhatnak egészségkárosodást. Nikotintartalmuk révén a nikotinfüggőség a cigarettafüggőséghez hasonlóan kialakul, rendszeres használat esetén tolerancia és a termék elhagyásakor megvonási tünetek jelentkeznek. Egyes dohányspecifikus nitrózaminok szintje magasabb a füstmentes dohánytermék-használóknál, mint a cigarettafüggőknél [24].

A dohányzás okozta egészségkárosodás szerteágazó és kiterjedt evidencia-adatbázis által bizonyítottan számos betegség és kórállapot legfőbb kiváltó tényezője.

A dohányzás során a toxikus, mutagén, krónikus gyulladást kiváltó hatások összegződnek részben a nikotinnak, részben az égéstermékeknek tulajdoníthatóan. Legfőképpen a dohányzás időtartama és mértéke befolyásolja a rövid- vagy hosszú távú károsodás kialakulását, de az életkor, az életmód, a nem, a rassz és genetikai tényezők is szerepet játszanak a kockázat mértékében [25].

A dohányzás közös rizikófaktora a szív- és érrendszeri, a krónikus légúti és számos daganatos betegségnek, továbbá csökkenti egyes terápiás módszerek eredményességét, befolyásolja a betegségek kimenetelét. A dohányzással bizonyítottan összefüggésbe hozható legfőbb patológiás folyamatok sejt- és molekuláris szinten: krónikus oxidatív stressz, vazokonstriktio, atherosclerosis, szöveti károsodás és remodelling (tüdőszövet, érfa), krónikus gyulladás (légúti hám, endothel), fokozott trombózis készség, rosszindulatú daganatok indukciója,

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

génmutáció, magzati károsodás, fertilitás csökkentése [25].

A dohányzás a krónikus, progresszív obstruktív légúti betegségek (COPD) igazolt legfontosabb kiváltó tényezője és kedvezőtlenül befolyásolja az asthma bronchiale kimenetelét. Dohányzás hatására jelentősen fokozódik a kardiovaszkuláris megbetegedések (pl. akut koronária szindróma, infarktus, krónikus koronária-betegség, hipertónia, perifériás artériák érelmeszesedése, artériás és vénás trombózis, cerebrovaszkuláris betegség, stroke, diabéteszes vaszkulopátia), számos daganat (tüdőrák, szájüregi daganatok, gégerák, nyelöcsőrák, hólyagrák, vastagbél-daganatok, májdaganatok) kockázata és rendszeres dohányzás mellett romlik a kialakult betegség prognózisa, kezelhetősége. A dohányzás továbbá szerepet játszik a fogínybetegség, refluxbetegség és gyomorfekély, csonttrikulás, a szürkehályog, macula degeneráció, a diabetes mellitus, a rheumatoid arthritis kialakulásában és az immunrendszer gyengülésében, a sebgyógyulás zavarában is. A dohányzás jelentős szövődménye mindkét nemből a fertilitás csökkenése, férfiakban az erektilis diszfunkció, nőknél a méhen kívüli terhesség kockázatának növekedése és a korai vetélés kockázata. A várandós anyák dohányzása nem csak az anya, hanem a magzat egészségét, életkilátásait is rontja és káros hatása még egy generációval később is észlelhető. Bizonyos összetételű fogamzásgátlók használata egyes egyéneknél fokozhatja a trombóziskészséget, amely dohányzás esetén összeadódó veszélyt jelent. A dohányzás csökkenti a fizikai teljesítőképességet, a kardiopulmonális edzettséget és fokozza a bőr idő előtti öregedését [25].

A dohányzás hatása a krónikus betegségek előfordulására és kezelésének hatásfokára

Amerikai szisztematikus irodalmi áttekintés adatai szerint a soha nem dohányzókhöz képest a 65-74 év közötti férfiak összalózási kockázata háromszor (RK=3,02) nagyobb dohányzók és több, mint másfélszer (RK=1,57) a leszokottak esetében. 65-74 éves nőknél az összalózási kockázat ugyancsak mintegy háromszor (RK=2,87) nagyobb dohányzók és másfélszer (RK=1,53) nagyobb leszokottak esetében. Igazolt az összefüggés a jelenleg dohányzók és a daganatos betegek halálózása között is (átlagos RK=1,61). A daganatos halálózást vizsgáló tanulmányok adataiból azonban nem lehet következtetéseket levonni a leszokott és a korábban soha nem dohányzók közötti különbségeket illetően.

A dohányzás nemcsak számos betegség gyakoriságát növeli meg, hanem a kezelésük hatásfokát is csökkenti, progresszióját elősegíti, így lefolyásukat is súlyosbítja. Egyaránt igaz ez a kardiovaszkuláris, a krónikus légúti és a daganatos betegségekre is. Összehasonlítva a soha nem dohányzókkal, a második primer daganat előfordulásának kockázata magasabb mind a jelenleg dohányzók (átlagos RK=2,20), mind a leszokott (átlagos RK=1,20) dohányzók esetében. Ugyancsak nagyobb a valószínűsége a daganat kiújulásának a dohányzóknál a soha nem dohányzókhöz képest: ez az érték a leszokott dohányzóknál átlagosan 1,15, míg jelenlegi dohányzóknál 1,42 volt [3].

A dohányzásról való leszokást követően folyamatosan csökken a tüdőrák előfordulásának kockázata: 10–15 év után nagyjából felére, 20-25 év között mintegy egyötödére, de soha nem éri el a soha nem dohányzók kockázati arányát. Minél korábbi életkorban szokik le valaki, annál kisebb a kockázata a tüdőrák kialakulásának. 40 éves kor alatti leszokás esetén nem kell számolni többlet kockázattal. A vizsgálatok szerint az adenocarcinoma előfordulásának valószínűsége lassabban csökken, mint a laphámsejtes ráké [3].

A daganatos halálózás kockázata 30-40%-kal mérsékelhető azzal, ha a dohányzó a diagnózis felállításakor felhagyja a dohányzással. Egyes daganattípusok esetén a dohányzásról való leszokás betegségre gyakorolt pozitív hatása megegyezhet, vagy akár meghaladhatja a legkorszerűbb onkológiai terápiák eredményeit [3].

A nikotin egészségkárosító hatásai

A nikotinnak a függőség kialakulásában betöltött szerepe mellett ma már számos egészségkárosító hatása ismert. Kiemelendők a hemodinamikai, az anyagcserére és a termékenységre gyakorolt, illetve a magzatot érő toxikus hatások.

A nikotinbevitel folyamatosan stimulálja a szimpatikus idegrendszert, emeli a szívfrekvenciát, a vérnyomást, az aritmia hajlomot és fokozza a szívizom kontraktilitását az adrenerg receptorokon kifejtett hatásán keresztül, ezáltal hozzájárul a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásához. Közreműködik az endothelium funkciózavarának kialakulásában, károsítja az endothelsejteket, átalakítja azok struktúráját és az intima vastagodását idézi elő. Krónikus gyulladással állapot előidézésén keresztül beindítja a vaszkulitisz folyamatát, ezáltal fokozza az

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

atherosclerosis létrejöttét. A dohányzás pro-thrombogén hatású [26, 27].

A nikotin emeli az inzulinantagonista hormonok (katekolaminok, kortizol, növekedési hormon) szintjét a véráramban, továbbá fokozza a szimpatikus idegrendszer működését. Ezeken és számos egyéb, egyelőre ismeretlen folyamaton keresztül növeli az inzulinrezisztenciát [27].

Nikotin hatására gátlódik a zsírszöveti raktározás, emelkedik a plazma epinefrin- (adrenalin-) szintje, ami fokozott lipolízist eredményez a plazmában. A lipolízis hatására felszabaduló szabad zsírsavak a májban trigliceridekké alakulnak, ezért a plazmában jelentősen felszaporodik az érkárosító VLDL- és az LDL-, egyúttal csökken a (védő) HDL-koleszterin szintje, csökken a glukóz tolerancia, amely változások hozzájárulnak az atherogenesishez. A krónikus nikotinbevitel tehát fogyást és dyslipidaemiát is okoz, az abdominális zsírszöveti aktivitás fokozódik, utóbbiak magukban hordozzák a szív- és érrendszeri szövődmények lehetőségét [27].

A nikotin, valamint származékai és metabolitjai felelősek a daganatok kialakulásáért és progressziójáért. Egyes vizsgálatok összefüggést mutattak ki a nikotinhasználat és a szájüregi, a nyelvcső és a hasnyálmirigy daganat kialakulása között [27]. A dohányzás során a nikotinból keletkező dohányspecifikus nitrózaminok, az NNK (4-(methyl-nitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanon), és az NNN (N'-nitrosonornicotin) bizonyítottan humán karcinogének [27]. A nikotint elsősorban tumorpromoterként tartják számon: az apoptózis mérséklése révén hozzájárul a károsodott epithelialis sejtek túléléséhez. Az angiogenezisben szerepet játszó faktorok (NO, prosztaciklin, VEGF, és FGF) szérumszintjének emelésén keresztül fokozza a tumorszövet vérellátását. A nACh-receptor aktiválásán keresztül a nikotin támogatja a tumorsejtek elvándorlását, szövetinvaszióját és a mesenchymába való betörését. Komoly aggodalomra ad okot, hogy az apoptózis mérséklése révén a nikotin csökkenti a kemo- és radioterápia hatékonyságát [28-31].

A nikotin károsíthatja a petevezeték működését, így növeli a méhen kívüli terhesség, a teherbeesési nehézségek előfordulásának valószínűségét [27].

A nikotin átjut a placentán és a magzatban valamivel magasabb koncentrációt ér el, mint az anyában. A nikotin csökkenti a placenta vérellátását, amely magzati hipoxiához és acidózishoz vezethet. A nikotin számos veleszületett és viselkedési rendellenesség kialakulásához is hozzájárulhat. Az in utero és kora gyermekkorban elszenvedett nikotínexpozíció hatására a gyermek tüdejének tömege, térfogata és funkciója elmarad az egészségestől, és növeli az obstruktív tüdőbetegségek kialakulásának kockázatát gyermek- és felnőttkorban. A nikotin hatással van a magzat mozgására, amelynek fontos a szerepe az embriogenezis során. Az intrauterin nikotín expozíció káros hatást fejt ki a magzati fül külső szőrsejtjeinek fejlődésére, ezáltal a hallásra és nyelvi készségekre [27].

A nikotin a központi idegrendszer nACh-receptoraihoz való kötődésével képes mind anxiogén, mind anxiolitikus hatást kiváltani, a bevitt mennyiségtől függően. Az anyai dohányzással in utero elszenvedett, vagy a serdülőkori dohányzásból következő nikotinbevitel jelentősen megemeli a később jelentkező szorongásos kórképek és a pánikbetegség megnyilvánulását. A magyarázat abban rejlik, hogy a nikotin a legintenzívebb fejlődési időszakban károsítja az idegsejteket. Torzítja az idegsejtek szerkezetét, befolyásolja a programozott apoptózist, valamint a génextpresszió szabályozását [32-35].

Összefoglalva: A dohányzás nemcsak számos betegség gyakoriságát növeli meg, hanem a kezelésük hatásfokát is csökkenti, progresszióját elősegíti, így lefolyásukat is súlyosbítja. Egyaránt igaz ez a kardiovaszkuláris, a krónikus légúti és a daganatos betegségekre is. Annak a valószínűsége, hogy egy dohányzó szívinfarktusban meghaljon, két-háromszoros a nemdohányzók kockázatához képest. A napi 10, vagy több szál cigarettát szívó dohányzók átlagosan 5-10 évvel rövidebb ideig élnek és a tüdőrák kialakulásának kockázata hússzor magasabb, mint a nemdohányzók esetében. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával [36].

Nikotinfüggés

A dohányzók legnagyobb hányada húsz éves kora előtt kezd dohányozni. Az alkalmi használatból gyorsan alakul ki a rendszeres dohányzás, melynek háttere a nikotinfüggés. A dohányzó első találkozása a dohánytermékekkel többféle belső és külső motivációs faktor kapcsán történik, kiemelve a közösségi-szociális indíttatást ("megfelelés") és a pozitív pszichés és szomatikus előnyök megtapasztalását majd ismételt elvárását. A dohányzó "jutalmazást" vár a dohányzástól, mely – egyéni alkattól és helyzettől függően – a szorongás és stressz leküzdése, a hangulat és a koncentráció képesség emelése, a fáradtság és az éhség csökkentése, pihenési és örömszerzési igény lehet. A kialakuló addikció és tolerancia a viselkedésfüggés sajátos formáját is kialakítja. Hosszú távon a

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

dohányzás „feszültségcsökkentő” hatása mellett előtérbe kerül az anxiogén hatás is [2].

A nikotinfüggést a dohányzással eltöltött évek száma és a dohányzás intenzitása alakítja ki. A függőség kialakulásáért és fenntartásáért felelős vegyület a dohánytermék fő alkotórésze, a nikotin. A nikotin erősen addiktív hatású stimulálószer, pszichoaktív anyag, mely komplex központi idegrendszeri neurobiológiai hatás révén alakítja ki a fizikai/kémiai/biológiai függőséget [37].

A nikotinaddikció neurobiológiai hátterét (elsősorban) a köztiagyi-középgyi területek speciális neurális hálózatának, az úgynevezett “dopaminerg jutalmazó” rendszernek a rendszeres stimulálása és fokozott aktivitása adja. A nikotin a rendszer ventrális tegmentális area (VTA) neuronjainak nikotinos acetylcholin receptorához kötődik (nAChR), mely kötődés a dopaminerg pályarendszer aktivitását és dopamin felszabadulását váltja ki, örömrzést és a kívánt jutalmazó hatást okozva. Újabb kutatások szerint a prefrontális endogen opiát és kannabinoid rendszer szerepe és a noradrenerg pálya aktivizálódása is jelentős (örömforrás megszerzésére irányuló impulzuskontroll). A dohányzás kapcsán rendszeresen bevitt nikotin a receptorok deszenzitizációját, erre történő reakcióként a receptorok úgynevezett “upregulációját” (számnövekedését) váltja ki, ennek jó ismerve a reggeli receptor-éhség, a gyors nikotin beviteli igény. Ismert a tolerancia jelensége is (hatáscsökkenés), mely fontos az addikciót továbbra is fenntartó nikotinszint érdekében megjelenő beviteli gyakoriság-növekedés megértésében. Mindezen biológiai folyamatok ismerete segíti a dopaminerg rendszer folyamatos ingerlési kényszerének, az automatizmus kényszerítő erejének és a sóvárgás hátterének a megértését [38].

A nikotinfüggés fontos ismerve, hogy a fennálló, ismert, az életkilátásokat befolyásoló betegség, vagy az egészségi állapot fokozatos romlása ellenére is folyamatos és fenntartott a dohányzás. A dohányzó, krónikus betegeknel ezzel számolni kell. Ismert szervi betegség mellett is tovább dohányzó betegeknel a segítség nélküli leszokás esélye csekély [39].

A nikotinfüggőség kialakulásának neurobiológiai hátterén kívül jelentős hatás tulajdonítható a nikotinkoncentrációnak, a felszívódás sebességének, egyes vizsgálatok szerint a nikotin lebomlásának és kiürülésének, valamint a nikotintartalmú termék egyéb összetevőiből adódó fizikai és kémiai tulajdonságoknak [27]. Az egyes termékekből felszívódott nikotin mértékét és a maximális koncentráció eléréséig eltelt időt mutatja be a XI. melléklet 1. TÁBLÁZAT. Az egyes nikotintartalmú termékekből felszívódott nikotin mértéke és a maximális koncentráció eléréséig eltelt idő [27, 40-46].

Érdemes továbbá azt is kiemelni, hogy bár a nikotin játssza a legfontosabb szerepet a dohányfüggőség kialakulásában, mára már további összetevőket is azonosítottak a dohányban, a dohányfüstben és a nikotintartalmú élvezeti termékekben, amelyek fokozhatják a nikotinfüggőség kialakulását. A nikotintartalmú és dohánytermékekhez adott adalékanyagokat különféle célból alkalmazzák, így a pH beállítás, a nedvesség fenntartása, az erőteljes íz enyhítése, a cigaretta égési sebességének szabályozása és a kívánt íz elérése miatt [27]. Az adalékanyagok fokozhatják a függőség kialakulását azáltal, hogy a felszívódás megkönnyítésével növelik a nikotin biohasznosulását, megkönnyítik a dohányfüst/aeroszol belélegzését, segítik olyan anyagok keletkezését, amelyek növelik a nikotin függőség-okozó hatását, vagy megváltoztatják a dohányfüst/aeroszol tulajdonságait, például a füstreszecskek méretét. A nikotin-metabolitok és mellékalkaloidok ugyancsak képesek a nikotin függőség-okozó potenciálját erősíteni [47].

A nikotinfüggés nagyon hasonlatos más pszichoaktív szerekkel kapcsolatos függésekhez, ezek kritériumait a DSM-5 alapján a XI. Melléklet 2. TÁBLÁZATBAN A nikotinfüggőség jellemzői címmel foglaltuk össze [48]. A rendszeres dohányzás ugyanakkor krónikus betegség, a nikotinfüggőség mellé felzárkózó pszichés függés által kialakult kettős függés XI. Melléklet 3. TÁBLÁZATBAN Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok és egyéb dohányzáshoz kapcsolódó BNO kódok.

A nikotinfüggőség mérése

A nikotinfüggés mérése alapvető része a leszokás támogatás megkezdésének. A leszokás támogatás folyamata során, a kérdőíves felmérés és a szokások, illetve a motivációs hajlandóság feltárásakor mindkét komponensre fény derül.

A nikotinfüggés mérésére és részletes jellemzésére több skála magyarul is hozzáférhető. Így a nikotinfüggőség kialakulására utalhat a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt is (lásd XI. melléklet 1.2.1.) [49]. Ez a mérőeszköz számszerűsíti – elsősorban a fizikai – függés mértékét. Bár a kérdőív hossza kifejezetten alkalmas a nikotinfüggés gyors felmérésére, két tételnek van kiemelt jelentősége, nevezetesen az 1. (az ébredést követő első rágyújtás

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

időpontja), valamint a 4. tételnek (az elszívott cigaretták száma). Ennek a két tételnek az alkalmazásával is felmérhető a fizikai függés (Dohányzás Súlyossága Index). A magasabb pontérték erősebb fizikai függést jelez. (0-1 pont alacsony, 2-3 pont között közepes, 4-6 pont magas nikotinfüggőséget jelent.) [49].

A nikotinfüggés pszichológiai aspektusainak felmérése a DSM-ben vagy a BNO-ban felsorolt jellemzők alapján történhet. Ugyanakkor rendelkezünk ezeknek a jellemzőknek gyors felmérésére alkalmas nikotinfüggés-szűrőtesztrel (lásd XI. melléklet 1.2.2.). A teszt értékelése a kérdésekre adott „igen” válaszok számával történik. A nagyobb érték erősebb pszichológiai függést jelez.

A nikotinfüggés további részletesebb felmérésére rendelkezünk más kérdőívekkel is, így részletesebb felmérésre ad alkalmat a Wisconsin nikotinfüggés motivációs kérdőív magyar változata is (lásd XI. melléklet 1.2.3.).

Dohányzásra utal a kilégzett levegő szén-monoxid (CO) tartalmának mérése, mely napi használatban is elterjedt. A készülék az elszívott cigaretták függvényében jelzi a CO emelkedést nagyjából 24 óráig (10 ppm feletti értékkel). A vizelet kotinin tartalma 24-48 óráig megbízhatóan jelzi a dohányzást, de inkább klinikai vizsgálatokban használatos. A megvonási tünetek kezelésére alkalmazott gyógyszerek beállításakor a kotininszint mérésnél hatásosabb a klinikai tünetek megfigyelése [2].

Az új típusú nikotintartalmú termékek okozta nikotinfüggés mérésére egyelőre nincs irányelvi ajánlás. A közelműltből származó vizsgálatok különböző új skálákat vagy korábbi tesztek e-cigarettára adaptált változatait alkalmazzák: ilyen pl. a PATH (Population Assessment of Tobacco and Health) függőségi skála, a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt és a nikotinfüggőségi szindróma skála (NDSS) [50], valamint a Penn State Nikotinfüggőségi Index (NDI) [51]. A Wisconsin nikotinfüggés motivációs kérdőív elemeit az e-cigaretta-felhasználók körében is érvényesítették [52].

Viselkedésfüggés

A dohányzás komplex kettős – fizikai és lelki – függés. A rendszeres dohányzás a nikotinfüggőségből és a párhuzamosan kialakuló pszichoszociális függőségből adódik, de egyúttal életmód is. A rendszeresen dohányzó néhány hét, hónap alatt eléri a rá jellemző rendszeres dohányzási ritmust, mely, ha rövid időre megszakad, sóvárgás (craving) lép fel. A nikotinigényt megtapasztalva, a nikotinszint fenntartására automatizmus, szokás alakul ki. Ezt a rutint tarkítja a dohányzói viselkedés, mely kulcsingerekre, hangulati elemekre és stresszhelyzetekre reagál, beleértve a fizikai sóvárgás mellett a dohányzási szituáció, mint válaszlehetőség keresését, biztosítását is. A dohányzás tanult viselkedés is: a kívánt hatás elérése (például: problémamegoldás, jó közérzet) gyorsan megerősíti a dohányzónál a pozitív tapasztalatot, a dohányzás szükségességét és a viselkedés rögzül [2].

A dohányzással eltöltött évek befolyásolhatják a dohányzó érzelmi és gondolati viszonyulását a nikotintermékhez. Fiatalabb dohányzó értékeli a jutalmazást, a közösségi élményt és bármikor abbahagyhatónak érzi a dohányzást, míg idősebb, régóta dohányzó és függő dohányzó már az automatizmust és a függőség terheit éli meg és a nem-dohányzást nem látja megvalósíthatónak.

Kialakul a dohányzó ember önképe és hiedelmei (“támasz, társ, ezért nehéz elhagyni”). Szinte minden krónikus dohányzó gondolt már leszokásra, de a kettős függés erősségét érezve fél a leszokási próbálkozástól, melyet igen nehéznek tart. Kevesebben fogalmazzák meg a sóvárgástól való félelmet, többen a szokásfüggés okozta nehézségeket.

A viselkedés megfigyelése révén nyílik lehetőség az önkontrollra. A leszokás támogatása során az egyéni viselkedés megfigyelése, a dohányzási szokások feltárása, a kulcsingerek szétválasztása, a hangulati elemek megfigyelése zajlik, ezáltal és a dohányzási ritmus ismeretében a viselkedéslánc megszakítására kap tanácsot a dohányzó. A dohányzási napló vezetése ezt a célt szolgálja (lásd XI. melléklet 1.2.4.).

A kettős függés problémaköre és a dohányzás, mint kezelendő krónikus betegség

A legtöbb dohányzó húsz éves kora előtt kezd dohányozni, amikor még egyrészt nincs tisztában, vagy nem ismeri fel tevékenysége rövid- és hosszútávú hatásait és kevésbé valószínű, hogy dohányzása költségeit saját maga viseli [2]. Az agy azon része, amely a döntéshozatalért, a figyelem irányításáért, a tervezésért, a koncentrációs képességért, és a döntési helyzetekben a késztetéseknek, például a dohányzással is összefüggő sóvárgásnak való ellenállásért felelős egészen a húszas évek közepéig aktív fejlődésben van. Így fiatal korban különösen fontos,

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

hogy a fejlődésben lévő agy ne legyen kitéve a működésére káros hatásoknak, mivel az érzékenyebb és sérülékenyebb a nikotin káros hatásaival szemben [37, 53]. A dohányzóval történő adekvát foglalkozás érdekében a szakemberekben és a dohányzóban is tudatosítani kell, hogy a dohányfüggőség krónikus betegség, orvosi kórkép (BNO F1720), és nem rossz szokás, vagy életmódbeli választás [2].

A függőségből adódóan a dohányzás rövidebb-hosszabb időre felfüggeszthető ugyan, de a végleges absztinencia életmódváltoztatást igényel, amely szakemberi segítséggel és farmakoterápiával együtt a legeredményesebb. Ismertek a krónikus betegségek kezeléséhez szükséges életmód változtatás nehézségei a hipertónia, a diabétesz és az obezitás vonatkozásában. A dohányzás kettős függésének kezelése – a példaként hozott diabétesz kezeléséhez hasonlóan – a tanács, az oktatás, a motiválás és a farmakoterápia együttesén alapulhat [1, 2]. A dohányzók kétharmada foglalkozott már a leszokás szándékával, mintegy fele próbálkozott vele, de saját erőből csak mintegy 4-8%-nak sikerül a tartós absztinencia [1]. A dohányzás kettős függés háttere miatt a leszokás nem könnyű, de segítséggel könnyebb. Jellegzetesek a relapszust és a remissziót tartalmazó ciklusok. Ezért a leszokás támogatása – más-más feladatokkal – hónapokig tart [2].

A nikotinfüggés és a dohányfüggő beteg kezelésének célja a leszokási próbálkozás támogatása és a hosszú távú absztinenciát célzó életmódhoz vezető edukáció. A dohányfüggőség kezelése éppen ezért folyamatos gondozást igényel, hasonlóan más krónikus kórállapotokhoz.

A nikotinmegvonás tünetei

A megvonási tünetcsoport olyan fiziológiai és pszichológiai tünetek együttese, amely egy releváns drog rendszeres fogyasztásának megszűnésével lép fel. A megvonási tünetek általában a drog felezési idejétől és a használat intenzitásától (dózis, gyakoriság, időtartam) függően erősebbek vagy gyengébbek [54].

A nikotinmegvonási tünetek a nikotinfogyasztás abbahagyása következtében jelennek meg. A dohányzásról való leszokást kísérő megvonási tünetek kiemelt figyelmet érdemelnek, mivel komoly akadályai lehetnek a sikeres leszokásnak és fő okozói a korai relapszusnak, a visszaesésnek, továbbá sokszor az ezektől való aggodalom tartja vissza leginkább a dohányzókat a leszokástól. A tünetek egyéntől függően változnak, egyesek intenzívebben érzik a megvonást, mint mások, de általánosságban a leszokók 50-85%-ában jelentkeznek. Legerősebbek a tünetek az első néhány napban és hétben, de erős függőség esetén akár több hetes időtartamig is eltarthatnak. A megvonási tünetek megjelenhetnek akár részesül a személy a leszokás támogatásában, akár nem, de a támogatás kereteiben előre fel lehet készülni a megoldásukra. A leszokási próbálkozás előtt a megvonási tünetek és fellépésük ritmusa, tartama és kezelési lehetőségeik átbeszélendők.

Pszichoaktív szer (nikotin) megvonás DSM-5 kritériumai [48]:

1. A szerspecifikus szindróma kialakulása valamely szer prolongált vagy nagyfokú használatának a megszakadása vagy redukálása következtében jött létre.
2. A szerspecifikus szindróma klinikailag jelentős zavart vagy károsodást okoz a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működésekben.
3. A tünetek nem felelnek meg valamely általános betegségi állapot kritériumainak és nem magyarázhatók meg jobban más mentális zavarral.

A nikotinmegvonás tünetei, tünetegyüttese a DSM-5 rendszerben [48]:

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.

További megvonási tünetek lehetnek még az erős sóvárgás a nikotintartalmú termék után, fáradtság, fejfájás, szédülés, alvászavarok, gastrointestinalis diszkomfortérzés és obstipáció.

A tanácsadás során ki kell térni a leszokás fázisainak ismertetésére, ezen belül felkészíteni a leszokni vágyót a

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

fokozatos majd teljes nikotinmegvonás során várható tünetegyüttesre és a fellépő tünetek, panaszok megelőzési és kezelési lehetőségeire. A nikotin utáni sóvárgás a személyre szabott és jól felépített farmakoterápiás készítményekkel csökkenthető és a szokási rituálék hiánya okozta frusztráció a speciálisan erre a szakaszra adott viselkedési tanácsokkal orvosolható.

A megvonási tünetek ismerete, felismerése és kezelése vonatkozásában néhány fontos szabály betartása javasolt. A leszokás – akár gyógyszeres segítséggel, akár a nélkül történik, éppen a megvonási tünetek fellépése miatt – a pszichésen instabil pszichiátriai beteg dohányzóknál veszélyekkel járhat. A leszokási próbálkozás pszichiátriai betegeknél csak stabil, jól beállított állapotban ajánlott. Látens hangulatzavar gyanúja esetén kérdőíves felmérés javasolt (Beck-féle depresszió kérdőív kitöltése). Aktuálisan krízis helyzetben lévő dohányzó leszokási próbálkozását halassa stabil hangulati időszakra. Fontos, hogy sürgősséggel vagy felkészületlenül kórházi/intézeti ellátásba kerülő dohányzónál – a dohányzási tilalom és az egészségi állapot miatt – megvonási tünetek léphetnek fel, melyet felismerni és kezelni kell. Ez a kórházi betegellátás fontos és a protokollokban napjainkban kevésbé taglalt része.

A szociokulturális körülmények hatása a dohányzásra és a leszokásra

A dohányzásra való rászokást és a leszokást számos tényező befolyásolja. Ismert az az összefüggés, hogy az alacsonyabb iskolázottságú és rosszabb anyagi körülmények között élő emberek nagyobb arányban dohányoznak. Ezen túlmenően a dohányzó szülői minta is növeli a rendszeres dohányzás megjelenésének esélyét [55, 56]. Az alacsony szocioökonómiai státusz és iskolázottság hajlamosító tényező a tüdőrákra és más dohányzással összefüggő betegségekre [55]. A szegények körében végzett kutatások szerint a nagyon szegények közül többen (de nem valamennyien) társadalmilag elszigeteltek, depressziósak, narkotikumok rabjai, hajlamosak a kóros ábrándozásra vagy eldurvulásra, és – a valóság elkerülése végett – gyakran szenvednek szenvedélybetegségben vagy elmebetegségben. Gyakori a perifériára szorult embereknél a többes szerfüggőség [57].

Az USA-ban végzett kutatások szerint a következő tényezők határozzák meg leginkább a dohányzás abbahagyásának sikerességét: lakókörnyezet, társas támogatottság, negatív affektus/stressz, sóvárgás, leszokási képességebe vetett hit [58].

A rétegződés-kutatások az egyes társadalmi csoportok kommunikációs jellegzetességein kívül érvényesülési vagy éppenséggel túlélési stratégiákat is leírnak. A szociológusok által gyakran használt kategóriák (nem, életkor, foglalkozás, etnikum, iskolai végzettség, jövedelmi helyzet, műveltség, lakóhely (település méret, gazdasági helyzet)) mellé rendelhetők kommunikációs jellemzők. A gondolatmenet fordítottja is igaz: bizonyos kommunikációs megnyilvánulásokhoz valószínűsíthetők szociológiai kategóriák [59]. Hangsúlyozandók a rétegek megszólításának fontos védjegyei, így a dohányzás és a leszokás elősegítésének aspektusában a különböző rétegeket a mentális szintjüknek megfelelően kell megszólítaniuk az őket segítő szakembereknek [57].

A dohányzóhoz adaptált támogatás jelentősége

A dohányzó értékelése és a megfelelő kezelés kiválasztása a dohányzási státusz, a függőség mértéke, az élethelyzet, valamint az egészségi állapot figyelembevételével kell, hogy történjen.

A dohányzási státusz felmérése

A rendszeres dohányzás legalább három hónapon át tartó, legalább napi egy dohánytermék fogyasztását jelenti. Az alkalmi dohányzás kevesebb, mint napi egy dohánytermék fogyasztását jelöli. A dohányzási prevalencia a rendszeres és az alkalmi dohányzók lakosságon belüli arányainak összege. Leszokott az, aki az élete során valamikor dohányzott, de az adatfelvétel időpontjához képest kevesebb, vagy több mint egy éve abbahagyta a dohányzást (rövid, illetve hosszú távú leszokás). Nemdohányzó az, aki az élete során legfeljebb 100 szál cigarettát, vagy 100 g dohányterméket fogyasztott [2].

A dohányzási státusz felvétele minden egészségügyi ellátásnál ajánlott [2].

Az alábbi kérdések hasznosak a dohányzási státusz felmérésében [2, 60]:**Mindenkitől megkérdezendő:**

- Dohányzik vagy dohányzott-e valaha?
- Milyen dohányterméket fogyaszt?
- Fogyasztott-e más dohányterméket valaha, beleértve a hevített dohánytermékeket?

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- Használt-e valaha elektronikus cigarettát vagy dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket (pl. nikotinos tasak)?

Ha jelenleg dohányzik/használ elektronikus cigarettát, dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket, megkérdezendő:

- Általában hány szál cigarettát, más dohányterméket, vagy dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket fogyaszt naponta? Milyen nikotintartalmú elektronikus cigarettát vagy dohányzást helyettesítő terméket használ és naponta átlagosan hányszor használja?
- Hány éve dohányzik vagy használ elektronikus cigarettát, dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket?
- Hány szál cigarettát/hevítő rudat szívott el életében? 100-nál többet vagy kevesebbet? Milyen mennyiségben és milyen nikotintartalommal használt nikotintartalmú elektronikus cigaretta folyadékot vagy dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket?
- Dohányzik-e vagy használ-e elektronikus cigarettát, dohányzást helyettesítő nikotintartalmú terméket minden nap/bizonyos napokon/konkrét helyzetekben? Milyen helyzetekben?
- Volt-e leszokási próbálkozása? Ha igen, hány és milyen tapasztalattal? Mennyi ideig tartott az absztinens időszak? Voltak-e megvonási tünetek? Kapott-e kezelést, és ha igen, miből állt?

Ha nem dohányzik, megkérdezendő:

- Hány év/hónap telt el azóta, hogy abbahagyta a dohányzást, elektronikus cigaretta, dohányzást helyettesítő nikotintartalmú termék használatát?
- Volt-e visszaesés? Mi okozta?

Élethelyzet alapján besorolható dohányzói csoportok

A dohányzókat sokféleképpen lehet kategorizálni, így többek között az alábbiak szerint:

- "egészséges dohányzó" (nincs még dohányzáshoz köthető diagnosztizált betegsége)
- beteg dohányzó (ismert szervi betegség)
- nagy kockázatú/rehabilitáció alatt álló dohányzó
- fiatal vagy idős dohányzó
- pszichés állapot, pszichiátriai betegség (korábbi is)
- élethelyzet (gyermekvállalás időszaka)
- fiatal nő, várandós nő
- családi dohányzás
- szeret dohányozni, vagy már nem szeret?

Az egészségi kockázat, állapot és a kimenetel szempontjából számos fontos rizikócsoportba tartozhatnak a dohányzók. Közös jellemzőjük, hogy ezen kockázati csoportokban a dohányzással való összefüggés széleskörű bizonyítékokon alapul. Az egészségügyi szakembernek mindent el kell követnie, hogy a leszokás tanácsolása határozott legyen és a motiváció során a dohányzás kockázatát és a kórállapottal való kapcsolatát ismertesse a pácienssel [2].

Kiemelt rizikócsoportok

Kiemelt rizikócsoportot jelentenek:

- krónikus légúti betegségben (COPD, asztma) szenvedő betegek,
- kardio- és cerebrovaszkuláris betegek: krónikus ischémiás szívbeteg és akut koronária-eseményen, infarktuson, stroke-on átesett betegek,
- carotis és alsó végtagi érszűkületes, hipertóniás betegek,
- 2-es típusú diabéteszes és metabolikus szindrómás, valamint zsírsavanyagcsere zavarral küzdő betegek,
- daganatos betegségben szenvedő vagy azon átesett betegek,
- várandósok és a fiatalok dohányzók,
- munkahelyi rákkeltő hatásoknak exponált dolgozók (különösen azbeszt exponáltak).

Ezekben a csoportokban az ellátás minden szintjén következetesen, a terápia és az ellátás részeként alkalmazni kell a leszokástámogatás valamelyik, aktuális és az irányelvi ajánlásokban szereplő lépcsőjét [1].

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A leszokás támogatás módszerének megválasztásában kiemelt csoportot jelentenek a pszichiátriai betegek, akik esetében szükség van a pszichiáter és a leszokást támogató szakember együttműködésére, ezért ezen csoport leszokás támogatását külön fejezetben tárgyalja az irányelv.

Speciális kockázati állapotot képvisel a dohányzó várandós, aki az ellátórendszerben a védőnői hálóval, valamint a várandós ambulanciák, szülészeti szakembereivel találkozhat.

A kiemelt rizikócsoportokban a sikeres leszokást befolyásolja az életkor, a szociális és családi tényezők, valamint a tanácsadás elérhetősége és a leszokás követése. Szakellátási szinttől és lehetőségektől függően farmakoterápia és viselkedés terápia kombinációja javasolt az erősen függő pácienseknél. Az első tanácsadás után a szakellátás második szintjébe történő referálás gyakori igény.

Új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek

Fajtái

Az elmúlt évtizedekben több olyan új típusú, élvezeti célból használt nikotintartalmú és dohánytermék jelent meg a piacon, amelyek nem sorolhatók a korábban meglévő kategóriákba. Ilyenek az elektronikus cigaretta, a hevített dohánytermék, a dohányzást helyettesítő, nikotin tartalmú termékek (pl. nikotinos tasak) és a dohányzási célú gyógynövénytermékek.

Az „elektronikus nikotinbeviteli rendszerek” (Electronic Nicotine Delivery System – ENDS) kategóriájába tartozó eszközök közül az elektronikus cigaretta (e-cigaretta) a legelterjedtebb világszerte [40]. Fejlesztésük célja a dohányzás imitálása, ezért a felhasználók körében a nikotintartalmú folyadék a leginkább elterjedt. Angol nyelvterületen külön hivatalos megnevezés használatos a nikotinmentes folyadékot tartalmazó elektronikus eszközökre (Electronic Non-Nicotine Delivery Systems – ENNDS) [40]. Magyarországon ezt a dohányzást imitáló elektronikus eszköznek nevezik [61].

Az e-cigaretta ismertségének növekedésével párhuzamosan egyre változatosabb kialakítású eszközök jelentek meg a piacon, ugyanakkor céljuk változatlan: a dohányzás fizikai-kémiai hatását (nikotintartalom) és szenzoros élményét kínálják [40, 62]. Az e-cigaretta működése a készülék tartályában lévő folyadék fűtőszállal történő felmelegítésén és aeroszollá porlasztásán alapszik. Az e-cigaretta patronokban lévő folyadék (e-liquid, e-juice, vape juice, vape liquid) legfontosabb összetevői a nikotin, az oldószer (a folyadék alapja, amely leggyakrabban propilén glikol, vagy glicerin), a víz, valamint a különböző adalékanyagok és ízesítő aromák [40, 62]. Egyes készülékek nikotint és egy gyenge savat (pl. benzoosav, tejsav) tartalmaznak, amelyek a melegítés során nikotin só képeznek, és ez aeroszol formájában belélegezhető (pl. JUUL, Elf Bar, stb.) [40, 62]. A nikotin só képződésével járó aeroszol jellegzetessége, hogy a többi e-cigaretta folyadékhoz viszonyítottan alacsonyabb kémhatás miatt, a magas nikotintartalom ellenére kevésbé okoz helyi irritációt, ezért magasabb plazma nikotinemelkedés érhető el [63].

Az e-cigaretta által előállított aeroszol kémiai és fizikai tulajdonságait nem csupán a folyadék összetevői befolyásolják, hanem a készülék típusa (hányadik generációs készülék, milyen feszültségen üzemel, a készülék előállításához felhasznált anyagok), a felhasználó személye (az e-cigaretta használatára vonatkozó gyakorlat, így a szippantások között eltelt idő, megelőző dohányzás vagy dohánymentesség, életkor, nem, egészségi állapot), valamint a környezet (időjárás, légáramlás, zárt térben a helyiség mérete, e-cigaretta használók száma a közelben) [40, 62].

A hevített dohánytermékek olyan dohánytermékek, amelyek a dohány hevítésekor vagy egy dohánnyt tartalmazó készülék aktiválásakor nikotint és más vegyületeket tartalmazó aeroszolt termelnek [42]. Az aeroszolt a felhasználók az eszközt szívva vagy szippálva lélegzik be. Az eszköz által előállított aeroszol nikotin mellett adalékanyagokat és gyakran ízesítőket is tartalmaz [42]. A hevített dohánytermékek működési elve a dohányleveleknek a hagyományos cigarettánál alacsonyabb hőfokra való hevítésén alapul [42, 64]. A dohány hevítésére alapvetően négyféle módszert alkalmaznak. Az egyik szerint, a cigaretta-szerű termék egyik végén préselt szén töltet található, amelyet a hagyományos cigarettához hasonlóan lehet meggyújtani. Meggyújtás után, a keletkező hő egy közvetítő anyag segítségével érintkezik a dohánnytöltettel és képződik a nikotintartalmú aeroszol. Ez a típus nem alkalmaz elektronikus alkatrészeket. Használat után a terméket a hagyományos cigarettához hasonlóan kell eloltani és kidobható. Egy másik módszer szerint a cigarettánál kisebb méretű, propilén-glikolba mártott dohányrúd helyezhető egy henger alakú eszközbe, amelyben akkumulátor és egy fűtőelem segítségével hevítődik a dohány. A harmadik módszer szerint egy akkumulátor segítségével fűthető

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

kamrában hevítődik a behelyezett dohánylevél (vagy más szárított növény), majd szívás hatására a képződött aeroszol keveredik a víz és glicerin elegyével, és porlasztással belélegezhetővé válik. Negyedik típusként léteznek úgynevezett hibrid készülékek (elektronikus cigaretta-szerű felépítés), amelyek nikotintartalmú folyadékot és dohányt is tartalmaznak. A folyadékból képződő aeroszol átdiffundál a dohánytölteten, miközben hevíti azt és a dohányösszetevőket is tartalmazó aeroszolt ezután lélegzi be a felhasználó [65]. A hevített dohánytermékek által termelt aeroszolban a hagyományos cigaretta füstjéhez hasonlóan – bár többnyire alacsonyabb koncentrációban – jelen van a szén-monoxid és számos egyéb füstösszetevő, ami arra utal, hogy egy alacsony fokozatú égési folyamat zajlik az aeroszol előállításánál [64].

A nikotinos tasak olyan áteresztő viszkózuszálakból álló hártya, amelyet víz és mikrokristályos cellulóz alkot, és nikotint, ízesítő adalékanyagokat, sűrítő- és stabilizálószeret, sőt és édesítőszeret tartalmaz. A nikotinos tasak az ajak és az íny közé helyezve, a száj nyálkahártyáján keresztül juttatják a nikotint a szervezetbe [66].

A dohányzási célú gyógynövénytermékek lehetnek gyógynövény tartalmú cigaretták, illetve gyógynövény tartalmú hevített rudak, melyek használatához külön eszköz szükséges. Mindkét típus esetében gyártanak nikotint és nikotint nem tartalmazó termékeket. Különböző növények, gyógynövények és ízesítő adalékanyagok keverékéből készülnek és leginkább a hagyományos cigaretta alternatívájaként használják [67].

Egészségkárosító hatások

Az e-cigaretta folyadékból számos összetevő változatlanul kerül az aeroszolba, és így a légutakba, míg mások a magas hőmérséklet hatására lebomlanak, átalakulnak, és mérgező – többek között rákkeltő, nyálkahártya irritáns, tüdőszövet-károsító, oxidatív stresszt okozó és krónikus gyulladásos kórkép kialakulását elősegítő – vegyületek jönnek létre [40]. Az e-cigaretta 2004. évi megjelenése óta számos vizsgálat irányult az egészségkárosító hatások feltérképezésére. Vizsgálatok igazolják, hogy az e-cigaretta káros hatással van az érrendszerre, a légutakra és az immunrendszerre, ugyanakkor hosszú távú és szakmailag megfelelően felépített vizsgálatok hiányában továbbra sem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával kapcsolatos egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják, hogy az e-cigaretta növeli a nikotinmérgezés, az aeroszol belélegzésből származó toxicitás, az égési sérülések, a tüdőszövet károsodás, a nikotinfüggőség, és – különösen fiatalok körében – a dohányzásra való rászokás kockázatát [62].

A hevített dohánytermékek által előállított és a légutakba kerülő vegyületek közül egyes, úgynevezett káros és esetlegesen káros vegyületek ugyan kisebb mennyiségben vannak jelen, mint a hagyományos cigaretta égésekor keletkező füstben, ugyanakkor mások – amelyek között számos mérgező és rákkeltő is van – nagyobb mennyiségben találhatóak. Több olyan vegyület is előfordul továbbá a képződő aeroszolban, amely a hagyományos cigaretta füstjében nem. Ezek az e-cigarettához hasonlóan, az ízesítő adalékanyagokból és az oldószerből származnak és hevítés hatására mérgező vegyületekké alakulhatnak (pl. formaldehid, acetaldehid, akrolein) [64, 68]. Az eddigi laboratóriumi és klinikai vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a hagyományos cigarettához hasonlóan károsítják a tüdőt, az immunrendszert és az érrendszert [64, 69-71]. Hangsúlyozandó a WHO álláspontja: a kevesebb káros anyag kibocsátás nem jelenti azt, hogy az egészségkárosodás kockázata csökkenne a hevített dohánytermékek esetében [8].

A nikotinos tasak esetében is a fő összetevő a nikotin, melynek egészségkárosító hatásai ismertek (lásd 3.1. fejezet). Aggodalomra okot adó a tasakok magas nikotintartalma és a kontroll nélküli nikotinbevitel lehetősége, valamint a felhasználás módja miatt a szájnyálkahártya és fogíny irritáció. Nem kellőképpen feltárt továbbá az ízesítő és adalékanyagok egészségre gyakorolt hatása.

A dohányzási célú gyógynövénytermékekről meglévő vizsgálatok igazolják a termékek használata során kibocsátott szén-monoxid, kátrány és egyéb, rákkeltő vegyületek egészségkárosító hatását, utóbbiak megfelelhetnek a hagyományos cigaretta mutagén hatásának [72].

Felhasználói csoportok és a használat indítékai

Komoly gondot jelent, hogy miközben a hagyományos dohánytermékek fogyasztása Magyarországon nem az elvárt ütemben csökken, az új típusú dohány- és nikotintartalmú élvezeti termékek világszerte, így hazánkban is terjednek [8, 10]. A technológiai újdonság, a sokféle, kedvelt ízesítésű termék, valamint a dohányipar reklámtevékenysége hatására vonzóvá válhat és ösztönözheti a termék kipróbálását a korábban nemdohányzó

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

fiatal, magasabb jövedelmű, városi lakosság körében is [8]. Pár hét nikotintartalmú termék alkalmi használata után már jelentkezhetnek a nikotinfüggőség jelei [73]. A rendszeres használat bizonyítottan növeli a hagyományos cigarettára való rászakás valószínűségét [8, 62].

Az e-cigaretta-használat gyakorisága nemzetközileg jelentős eltéréseket mutat, de általános tendencia, hogy az elmúlt évtizedben számos országban nagymértékben nőtt a használók aránya különösen a fiatalok és a dohányzók körében. A WHO szerint az Egyesült Államokban és Európában forgalmazzák a legtöbb e-cigaretta. Az Európai Unió tagországainak dohányzási szokásait felmérő tanulmány (Eurobarométer) 2020. évi adatai szerint az európai tagállamok 15 éven felüli válaszadóinak átlagosan 14%-a számolt be arról, hogy használt már e-cigaretta, Magyarországon 9%. A rendszeres használat az EU-ban 2%, Magyarországon 1% volt. A hazai helyzetre jellemző, hogy korcsoportonként és megyénként jelentős különbségek tapasztalhatók, a használat mértéke a 18-34 éves férfiak körében nőtt leginkább 2014-2019 között [5, 10, 62]. Hazánkban 2016-2020 között 11 százalékponttal nőtt (2016: 23%; 2020: 32%) a 13-15 évesek e-cigaretta kipróbálása, a használat havi prevalencia értéke (használat az elmúlt 30 nap vonatkozásában) ugyanezen időszak alatt 1,5%-kal nőtt (2016: 10,5%; 2020: 12%) [74].

2020-ban a hevített dohánytermékek kipróbálása az EU és Magyarország 15 éven felüli lakosainak körében 6%, illetve 5%, a rendszeres használat 1-1% volt. A hazai 13-15 évesek alig több mint 1%-a fogyasztott hevített dohányterméket a felmérést megelőző 30 napban. A hevített dohánytermék esetében nem rendelkezünk korábbi évekből származó összehasonlítható adatokkal [5, 10, 74].

Magyarországon a 13-15 évesek nagyjából 2,5%-a használt úgynevezett dohányzást helyettesítő, nikotin tartalmú terméket (pl. nikotinos tasak), a felnőttek körében nem volt jellemző e termék használata 2020-ban [10, 74].

Az e-cigaretta elterjedését követő években, a készüléket kizárólag dohányzók használták, aggodalomra ad azonban okot, hogy az elmúlt pár évben mind nagyobb számban választják a leszokott dohányzók, illetve a nem dohányzó fiatalok [62]. A hagyományos cigarettának megfelelő korlátozás hiányában sok országban elterjedt a kettős használat gyakorlata: zárt térben az e-cigaretta, szabad téren a hagyományos cigaretta fogyasztása [62]. Az Eurobarometer szerint az e-cigaretta használatának okaként leggyakrabban a leszokást vagy a dohányzás mértékének csökkentését nevezik meg a fogyasztók. A hevített dohánytermék-használóknál ez a második leggyakoribb indok azután, hogy kevésbé károsnak hiszik, mint a hagyományos cigarettát. Az e-cigaretta vagy hevített dohányterméket használó jelenleg dohányzók, vagy leszokottak 30%-a állítja, hogy a termékek segítettek a leszokásban, és több mint negyedük állítja, hogy használatuk által csökkentették a dohányfogyasztást. Igazolódott ugyanakkor az is, hogy az e-cigaretta használók 59%-a, a hevített dohánytermék-használók 79%-a „kettős használó”, azaz az új típusú termékek mellett hagyományos cigarettát, szivart, szivarkát vagy pipát is szív. A kettős használók közül a hagyományos dohánytermékeket és e-cigaretta is használók 68% már megpróbált leszokni a dohányzásról [5].

A nikotinos tasakok számos közkedvelt ízben kaphatók és a termékeket széleskörben mint „dohánymentes ártalmatlan alternatívát” reklámozzák – elsősorban külföldön – különösen a fiatalok megnyerésére építő üzleti stratégiával [75].

A dohányzási célú gyógynövénytermékek hazai felhasználási gyakoriságáról jelenleg nem rendelkezünk reprezentatív adatokkal. Ízesített és a dohányzás egészséges alternatívájaként reklámozott terméként különösen vonzó a fiatalok és a nők számára. Sok esetben leszokást segítő terméként forgalmazzák, illetve fogyasztják, azonban az erre vonatkozó állításokat mindezidáig nem igazolták [67].

Az ártalomcsökkentés kérdése: leszokás vagy átszokás

Továbbra sincs elégséges bizonyíték arra, hogy az e-cigaretta alkalmas volna a dohányzás okozta fizikai, pszichés és motivációs függőség kezelésére, ezért leszokás támogatásra nem javallott [2, 3]. Egyelőre az sem igazolódott, hogy az e-cigaretta leszokást támogató hatékonysága elérné a nikotinpótló készítményekét [2]. Az e-cigaretta, a nikotintartalom mértékétől függően csökkenti a megvonási tüneteket, jóllehet a korábbi dohányzók esetében hatékonyabban, mint a jelenleg dohányzóknál. A leszokásra motivált személyeknél, a készülék típusától és nikotintartalomtól függően az e-cigaretta használata csökkentheti az elszívott cigaretták számát, ezzel együtt a nikotin tartós és nem csökkenő dózisz bevétele fenntartja a nikotinfüggőséget [40]. Hagyományos cigarettáról leszokott dohányzók e-cigaretta használatakor nő a cigarettázáshoz való visszatérés esélye [62].

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Az ártalomcsökkentő megközelítés támogatói azzal érvelnek, hogy az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek használatával azonnal csökken a dohányzásból eredő egészségkárosodás kockázata, miközben a leszokás folyamata hosszabb időt vehet igénybe, és a leszokni kívánó változatlan mennyiségben dohányozhat [8]. Ellenérvként azonban felvethető egyrészt, hogy bár egyes egészségkárosító vegyületek alacsonyabb szinten lehetnek jelen, az egészségkárosodás csökkent mértékére vonatkozó érveket egyelőre nem igazolták. Másrészt, egyes termékek, pl. az e-cigaretta és a hevített dohánytermékek a fizikai függés mellett a lelki függést is megerősítik a termék használatának napi többszöri ismétlődésével, ezáltal hátráltathatják a leszokást [8]. A hagyományos dohányzásról ezen termékek használatára való áttérés nem jelent leszokást, csupán másfajta termékből eredő nikotin- és szokásfüggést, azaz átszokást. A nikotin- és dohányfüggőséggel való sikeres megküzdés esetén maximalizálható az egyéni és a közösségi egészségnyereség, és ezt hátráltatja az új típusú termékek széleskörű elterjedése, illetve nemdohányzó fiatalok körében való népszerűsítése.

A dohányzás és a leszokás egészség-gazdaságtani vonatkozásai**A dohányzásnak tulajdonítható gazdasági kiadások**

A dohányzás nagymértékben növeli a betegségek kialakulásának és a korai halálozásnak a kockázatát, illetve a táppénzbe kerülés kockázatát és a táppénzes napok számát, ezzel pedig megnövekedett kiadásokat eredményez a dohányzónak, családjának és általánosságban a társadalomnak [76, 77]. Mivel a dohányzásról való leszokás csökkenti ezeket a kiadásokat, a kiadások és a különböző leszokást támogató terápiaiák és intézkedésekből származó előnyök összehasonlítása segíthet a megfelelő dohányzás visszaszorítást elősegítő döntések meghozatalában. Ezek a kiadások és megtakarítások az egészségügyi szektoron túl más szektorokat is érintenek, mint például a dohányzók foglalkoztatottságát vagy a nyugdíjjarulék elosztását, a korán elhunyt dohányzók nyugdíj járulékának megtakarítását és átcsoportosítását a soha nem és a leszokott dohányzók részére [78].

Egy egészségkimenetet befolyásoló intervenció gazdasági kiadásait a felhasznált erőforrások lehetséges kiadásai fedik le, amely magában foglalja a direkt költségeket, munkaképesség elvesztését és eszmei költségeket. A direkt költségek az egészségügyi és nem egészségügyi kiadásokat tartalmazzák; a munkaképesség elvesztésének költsége, vagy más néven indirekt költség, azokat a kiadásokat tartalmazza, amik a betegségek kialakulásával és a korai halálozással hozhatók összefüggésbe; a szellemi költségek pedig azokat a pénzben nehezen kifejezhető következményekre utalnak, mint a fájdalom, szenvedés és érzelmi jóllét [79]. Ahogy a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek kialakulása és a korai halálozás évről évre növekszik, a dohányzás gazdasági hatásait már évtizedek óta folyamatosan mérik. A Centers for Disease Control and Prevention (CDC) például 1991 óta a SAMMEC modellt alkalmazza a dohányzással összefüggésbe hozható korai halálozás miatti munkaképesség csökkenés gazdasági hatásainak kiszámításához [25, 80]. Ezt úgy végzik, hogy először kiszámolják a korai halálozás miatt elvesztett életévek számát, majd ezt pénzésítik úgy, hogy jelölje a kiesett munkaképesség miatti pénzügyi veszteséget. A SAMMEC modell alkalmazásával a CDC megállapította, hogy a dohányzással összefüggésbe hozható munkaképesség elvesztése miatti gazdasági veszteség 2000-2004 között az Egyesült Államokban 96,8 milliárd USD volt úgy, hogy csak a korai halálozás okozta indirekt kiadásokat vették figyelembe [81]. Ehhez hozzáadva a direkt egészségügyi kiadásokat a gazdasági veszteség ugyanezen időszakban 193 milliárd USD volt [81]. Ezek a becslések még magasabbak lehetnek, mivel nem veszik figyelembe a dohányzás okozta csökkent munkaképességet, a munkából való időszakos kiesést, a munkavállaló bevételeinek csökkenését, a másodlagos dohányzás hatására bekövetkező betegségek kialakulását és a korai halálozást.

A SAMMEC modell egy keresztmetszeti elemzési módszert alkalmaz a dohányzás gazdasági kiadásainak kiszámítására: megbecsüli a dohányzással összefüggésbe hozható megbetegedések és halálozások társadalmi terhét, összehasonlítja azt egy teoretikus dohányzásmentes társadalom kiadásaival, és ennek különbözetéből számolja ki a dohányzással összefüggő kiadásokat egy adott időszakban. Egy másik mód ennek a kiszámolására az életciklus megközelítés, mely a jelen értékét becsüli meg egy dohányzó kiadásainak, figyelembe véve, hogy a dohányzás prevenció és a leszokás miatti hosszabb élettartam általi hasznok mérséklődnek az idősebb kori egyéb kiadások miatt.

Bármelyik módszert is alkalmazzuk, ezek a számítások csak a dohányzással összefüggő alapvető kiadásokat veszik figyelembe. Azonban ezek a makrogazdasági kiadások elrejtik azokat a nem elhanyagolható terheket, amiknek a dohányzó háztartása van kitéve. Ezek nem csak a dohányáru megvételének költségei, hanem a dohányzás okozta megbetegedések általi munkakiesés okozta gazdasági veszteség és a direkt egészségügyi kiadások is. Továbbá ezek a számítások csupán a direkt kiadásokat és a munkaképtelenségből eredő veszteséget

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

veszik figyelembe, és nem tartalmazzák a pénzben nehezen kifejezhető és eszmei értékű kiadásokat, mint például a megbetegedett dohányzó családjának és környezetének gyászja és szenvedése. Ezeket a kiadásokat „fizetési hajlandóság” megközelítésű kérdőívvel mérik, melyek azt vizsgálják, mennyit lenne hajlandó fizetni az egyén, hogy elkerülje ezt az élethelyzetet. Az ezzel a kérdőívvel mért költségek gyakran jóval magasabbak, mint amikor a költségeket közvetlen módon számolják ki [82].

Egy 1997-es tanulmány szerint a dohányzással összefüggő éves kiadásokat az USA-ban 193 milliárd USD-re becsülik, ami magában foglalja a munkaképtelenné válás kiadásait (97 milliárd USD) és a dohányzásnak tulajdonítható egészségügyi kiadásokat (96 milliárd USD) [83]. A dohányzásnak tulajdonítható direkt kiadások az Egyesült Királyságban évi 5,2 milliárd GBP [84], az Európai Unió tagállamaiban pedig a direkt és indirekt kiadások évi 97,7-130,3 milliárd EUR [85]. A dohányzás miatt szükségessé vált közvetlen egyéni és állami kiadások összesen 354 milliárd forintot tettek ki. A dohányzásnak tulajdonítható közvetett, azaz a korai halálhoz és a megbetegedésekhez kapcsolható jövedelemvesztést magába foglaló kiadások, meghaladták a 87 milliárd forintot. A magyar lakosság dohányzása miatt fellépő közvetlen és közvetett kiadás 2010-ben több mint 441 milliárd forint volt [86].

A dohányzásról való leszokás klinikai támogatásának költséghatékonysága

A dohányzás visszaszorításának egyik legfontosabb eleme a dohányzásról való leszokás támogatása, amely segít a dohányzóknak a leszokásban, ezáltal számos egészségügyi problémától védve meg őket. Széles körben vizsgálták és állapították meg a leszokás támogatás hatékonyságát, emellett számos nemzetközi vizsgálatra alapozó tanulmány támasztja alá ennek költséghatékonyságát. A költséghatékonyság számítása vonatkozhat egy betegség vagy kórállapot megelőzésének számítására (szokásos kezelés vs. intervenció vagy intervenciók összehasonlítása a hosszú távú prevenció hasznosság tekintetében) és egyes terápiás rezsimek meghatározott végpontokkal definiált összehasonlítására a kóros állapotokban. Az elemzésbe bevont adatok, költségek (gyógyszer, orvosi konzultáció, tanácsadás, stb.) és alap terápiás rezsimek országonként eltérőek lehetnek.

Az alábbiakban néhány vizsgálat legfontosabb megállapításai olvashatók.

A szívinfarktus megelőzésének ismert és ajánlott gyógyszeres módszereivel összehasonlítva a dohányzásról való leszokás támogatása költséghatékonyság szempontjából előnyösebbnek bizonyult. A szívinfarktus megelőzéséhez használt gyógyszerek, mint például a simvastatin és pravastatin hosszú idejű használatával történő elsődleges prevenció által nyerhető életév nyereség több mint 10 000 GBP költséggel jár nyert életévenként. Ezzel szemben a dohányzás leszokás támogatása konzultáció és nikotinpótló gyógyszer használatával csupán párszáz, legfeljebb 1000 GBP költséggel jár nyert életévenként [87, 88].

Egy 2003-ban, a svájci alapellátásban végzett kutatás megállapította, hogy a bupropion és a nikotinos tapasz (akkor elérhető terápiaként) a leginkább költséghatékony terápia a leszokás támogatásban. A vizsgálatot erős dohányzók két csoportján végezték, az egyik csoport csupán házi orvosi tanácsadásban részesült, míg a másik csoport emellé farmakoterápiát is kapott. A vizsgálat végén a bupropion és a nikotinos tapasz bizonyult a leginkább költséghatékonynak, ezt követte csökkenő sorrendben a spray, az inhalációs eszköz és a rágógumi [89]. A vareniklin hatóanyag tartalmú és speciálisan a leszokás támogatásra kifejlesztett gyógyszer későbbi bevezetése után a nagy klinikai adatbázissal rendelkező hatóanyagot is költséghatékonyan ítélték [90].

Egy 2011-ben az USA-ban elvégzett, randomizált vizsgálatokat összegző metaanalízis megállapította, hogy a leszokást támogató tanácsadás, amikor a tanácsadás lezárása után is támogatásban részesül a páciens, költséghatékony lehet, csökkentheti a dohányzás incidenciáját, a dohányzás okozta egészségügyi következményeket és a társadalmi kiadásokat [91]. A kutatást végzők egy hipotetikus kohorszt alkottak akut szívinfarkttal hospitalizált dohányzó egyénekből és a támogató utánkövetéssel kombinált leszokást támogató tanácsadás költséghatékonyságát vizsgálták. A program költséghatékonysági mutatója a program kiadásait tekintve 540 USD volt leszokott páciensenként, az életév nyereség 4350 USD / életév és az életminőséggel korrigált életév nyereség (QALY) 5050 USD / QALY volt.

A dohányzás a legerősebb kockázati tényező a COPD kialakulásában és a betegség súlyosbodó lefolyásában, így ebből adódóan a leszokás különösen fontos ebben a betegcsoportban. Két hollandiai vizsgálat is bizonyítja, hogy a leszokás támogatás költséghatékony a COPD-s betegek esetében. Egy 2010-ben végzett, kilenc randomizált, kontrollált vizsgálatot feldolgozó tanulmányban COPD-s betegek körében vizsgálták a leszokás támogatás eredményességét és költséghatékonyságát. Ez megállapította, hogy átlagos ellátás esetében 1,5%-ra, minimálintervenció esetében 2,6%-ra, programozott leszokás támogatás esetén 6,0%-ra és farmakoterápia esetén

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

12,3%-ra tehető az átlag 12 hónapos folyamatos absztinencia arány a vizsgált betegek körében. Az átlagos ellátáshoz viszonyítva a minimálintervenció, a programozott leszokás támogatás és a farmakoterápia révén nyert QALY nyereség 16 800 USD, 8 200 USD és 2 400 USD volt (az előbbieken leírt intervenció sorrendje szerint) [92]. A másik vizsgálat 2012-ben készült, és a járóbeteg szakellátásban gondozott COPD-s betegek programozott leszokást támogató programjának (Smoke Stop Therapy; SST) költséghatékonyságát viszonyította a minimálintervenció (Minimal Intervention Strategy for lung patients; LMIS) költséghatékonyságához. A program lezárásakor megállapították, hogy az SST-ben részt vett páciensek teljes egészségügyi kiadása, beleértve magát a leszokás támogatást is, 581 EUR volt, míg az LMIS-ben részesülő páciensek költsége 595 EUR. Azt is megállapították, hogy az SST-ben részesülő páciensek esetében az LMIS-hez viszonyítva alacsonyabb volt az exacerbációk egy főre eső átlagos száma (0,38 vs. 0,60), alacsonyabb volt a hospitalizációs napok egy főre eső átlagos száma (0,39 vs. 1), és több páciensnél érték el a leszokást alacsonyabb kiadás mellett (20 vs. 9). Ez egyértelműen az SST előnyét mutatja az LMIS-sel szemben [93].

Az Egyesült Államokban 2010-ben végzett vizsgálatban megállapították, hogy a széleskörű dohányzás leszokást támogató szolgáltatás jelentős megtakarítást eredményez az egészségügyi ellátásban. A kiterjesztett leszokás támogatásban, ami tartalmaz farmakoterápiát, tanácsadást és utánkövetést, az egy főre eső költség 183 USD (2010), az egy főre eső megtakarítás pedig 571 USD volt. Ez az eredmény arra enged következtetni, hogy minden, a programban elköltött 1 USD 3,12 USD egészségügyi megtakarítást eredményezett [94, 95].

Cantor és munkatársai (2016) tanulmányukban leírták, hogy az orvosok és gyógyszerészek leszokást támogató tanácsadói képzése egy igencsak költséghatékony eszköz a társadalom dohányzásról való leszokásának támogatásában [96].

A dohányzásról való leszokás nem klinikai támogatásának költséghatékonysága

Számos tanulmány vizsgálja az egyes, nem klinikai dohányzás visszaszorítást célzó intézkedések költséghatékonyságát. Némely vizsgálatok a dohányzás abbahagyását célzó klinikai beavatkozásokhoz hasonló vagy nagyobb költséghatékonyságot becsültek. A nikotinpótló terápia program és a dohányzásmentes munkahely megteremtésének becsült költséghatékonysági mutatója a klinikai standardhoz képest 7736 USD, illetve 882 USD volt QALY-nként [97]. Villanti és munkatársai (2012) az American Legacy Foundation országos dohányzás leszokást ösztönző televíziós és rádiós kampányát (EX) vizsgálták. A becsült növekményes költséghatékonysági mutató 47 271 és 102 883 USD között volt nyert QALY-nként társadalmi szempontból vizsgálva, összehasonlítva azzal a hipotetikus állapottal, hogy nincs beavatkozás vagy változás a leszokási magatartásban [98]. Az iskolai prevenció programokat társadalmi szempontból vizsgálva (egy hipotetikus programok nélküli állapothoz hasonlítva) sokkal szélesebb az 50 év alatt elért QALY-nkénti növekményes költséghatékonysági mutató megoszlása: 9294 USD, ha figyelembe vesszük a dohányzás 4 év alatt eloszló 56%-os csökkenését, és 644 890 USD, ha a dohányzás 1 év alatt eloszló 5%-os csökkenését vesszük figyelembe. A legelfogadhatóbb eredmény iskolai prevenció esetén a 30%-os hatékonyság, amely 4 évre oszlik el, a becsült költséghatékonysági mutató pedig 37 935 USD volt nyert QALY-nként [99].

Összegzés

A dohányzásról való leszokás költséghatékonyságára és a leszokás eredményeként az egészségügyi kiadások csökkenésére vonatkozó bizonyítékok határozottan azt mutatják, hogy a dohányzás abbahagyását célzó intézkedéseket az egész egészségügyi rendszerben végre kell hajtani, és szélesebb körben támogatni kell a lakossági szintű dohányzás leszokást ösztönző intézkedéseket (pl. telefonos tanácsadás). Az egyes intézkedések kiválasztása a megvalósíthatóságtól és a finanszírozási lehetőségektől függhetnek. A dohányzásról való leszokás költséghatékonyságára vonatkozó jelenlegi becsléseket korlátozza a módszerek változatossága, beleértve a komparátorok és a perspektívák heterogenitását. A gazdasági értékelések összehasonlíthatóságának javítására két évtizeddel ezelőtt megfogalmazott konkrét ajánlások ellenére, a költséghatékonysági elemzés elvégzésének standard megközelítésére vonatkozó ajánlások teljes készletének való megfelelés továbbra is hiányos [82, 100]. Ezenkívül a dohányzás és a dohánytermékek más formái használatának jelenlegi tendenciái befolyásolják a dohányzásból és a dohányzás abbahagyásából származó gazdasági kiadások becsléseit. Mindazonáltal a tudományos bizonyítékok egyértelműen alátámasztják, hogy a dohányzás abbahagyását célzó beavatkozások csökkentik a dohányzásnak tulajdonítható kiadásokat. A dohányzás abbahagyását célzó beavatkozások egészségügyi- és költség-hasznosságára vonatkozó tudományos bizonyítékok azt mutatják, hogy ezeket a

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

beavatkozásokat a lehető legszélesebb körben kell végrehajtani az egész egészségügyi rendszerben, és szélesebb körben támogatni kell a lakossági szintű dohányzást visszaszorító intézkedéseket.

2. Felhasználói célcsoport

A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve valamennyi egészségügyi ellátó számára ajánlást fogalmaz meg az alapszintű leszokás támogatás, azaz a dohányzás tényének szűrése, státusz felmérése és a leszokást támogató minimálintervencióra, valamint a leszokást támogató szakellátásba történő irányítás szempontjaira vonatkozóan.

Az irányelv valamennyi (első és második szintű) támogatási lépcsőjét, erre vonatkozó ajánlását minősítéssel rendelkező, speciális szakellátásban dolgozók (tüdőgondozók és speciálisan képzett ellátók által működtetett leszokást támogató helyszínek) alkalmazzák a minél eredményesebb dohányzásleszokás-támogatási programok működtetéséhez.

Az egészségügyi ellátók között kiemelkedő szerepet kapnak:

- a felnőtteket és serdülőket ellátó háziorvosok, akik a minimálintervenció területén annak teljes vertikumát gondozási feladatkör keretében végzik;
- a védőnők, akik az iskola-egészségügy, a nővédelem és a várandósgondozás feladatkörében hangsúlyosan veszélyeztetett populáció dohányzásleszokását segítik;
- a tüdőgyógyászok, akik a tüdőgondozókban működő, területi leszokást támogató központokban dolgoznak;
- a népegészségügyi szakemberek, egészségfejlesztő szakemberek, akik a különböző szintereken formálódó életmód-tanácsadás keretében támogatják a leszokni vágyókat;
- a rehabilitációt végző szakemberek;
- a fogorvosok;
- a gyógyszerészek.

Valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi ellátó számára tájékoztatást ad az irányelv arra vonatkozóan, hogy adott kórállapot, betegség vagy klinikai szituáció esetében az ellátott dohányzói státusza milyen mértékben és formában módosítja az állapot alakulását, gyógyulási készségét és a terápiás beavatkozások eredményességét. Ugyanakkor az irányelv nem ad arra vonatkozóan ajánlást, hogy ilyen esetben milyen döntési alternatívát kell választani, ez az adott kórállapottal foglalkozó irányelvek feladata.

Az irányelv standardokat és indikátorokat fogalmaz meg az ellátás külső minőségértékelése és belső minőségmérése számára.

Az irányelv alkalmazása bármely népegészségügyi program esetében javasolt az életmód tanácsadás keretében zajló feladatok támogatására.

Az irányelv a felnőtt és fiatalok dohányzók leszokás támogatásáról szól.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel**Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:**

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

| | |
|---------------------------|---|
| Azonosító: | 000637 |
| Cím: | Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának egészségügyi szakmai irányelve A dohányzásról való leszokás támogatásáról [1] |
| Megjelenés adatai: | Egészségügyi Közlöny 2019; 2: 194-246. |
| Elérhetőség: | https://kollegium.aeek.hu |

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | |
|------------------------------|--|
| Szerző(k): | Behrakis PK, Clancy L, Dautzenberg B, Gilljam H, Papadakis S, Trofor A, Vardavas C. |
| Tudományos szervezet: | European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). |
| Cím: | 2020 Guidelines for Treating Tobacco Dependence [2]. |
| Megjelenés adatai: | |
| Elérhetőség: | http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf |
| Szerző(k): | Adsit RT, Alberg AJ, Augustson E, Babb S, Baker TB, Checkley W, Colditz GA, Creamer ML, Dorans KS, England L, Eskenazi B, Fiore MC, He J, Hunter LA, Jacobs EJ, Jamal A, Lassi G, Leventhal AM, Levy DT, Mahoney M, Malarcher A, Marynak KL, McAfee T, Miller MB, Munafò MR, Newton CC, Norman LA, Ong MK, Pentel PR, Picciotto MR, Prochaska JJ, Shamout M, Shrestha S, Siddharthan T, Stein EA, Stoll CRT, Trinidad DR, Tsai J, Tynan MA, Tyndale RF, Warren G, Zhang L. |
| Tudományos szervezet: | U.S. Department of Health and Human Services. |
| Cím: | Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. |
| Megjelenés adatai: | U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2020 [3]. |
| Elérhetőség: | https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf |

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

| | |
|---------------------------|--|
| Azonosító: | 002138 |
| Cím: | A Belügyminisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának egészségügyi szakmai irányelve A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendeléséről |
| Megjelenés adatai: | Egészségügyi Közlöny 2023; 5: 19. |
| Elérhetőség: | https://kollegium.aEEK.hu |
| Azonosító: | 002239 |
| Cím: | A Belügyminisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának egészségügyi szakmai irányelve A szakpszichológiai ellátásról |
| Megjelenés adatai: | Egészségügyi Közlöny 2023; 6: 74-75. |
| Elérhetőség: | https://kollegium.aEEK.hu |
| Azonosító: | 002204 |
| Cím: | A Belügyminisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának egészségügyi szakmai irányelve A diabéteszes láb szindrómában szenvedő cukorbetegék ellátása felnőttkorban (klinikai kép, diagnosztika, terápia, megelőzés) |
| Megjelenés adatai: | Egészségügyi Közlöny 2023; 7: 19-35. |
| Elérhetőség: | https://kollegium.aEEK.hu |

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Meghatározó ajánlások

Ajánlás1

Elegendő bizonyíték áll fenn annak megállapítására, hogy a dohányzásról való leszokás a jobb életminőség és egészségi állapot révén javítja a jóllétet. (a, erősen ajánlott) [3]

Ajánlás2

Elegendő bizonyíték áll fenn annak megállapítására, hogy a dohányzásról való leszokás csökkenti a mortalitást és növeli a várható élettartamot. (a, erősen ajánlott) [3]

Ajánlás3

Elegendő bizonyíték áll fenn annak megállapítására, hogy a dohányzás nagy terhet ró a dohányzókra, az egészségügyi rendszerre és a társadalomra. (a, erősen ajánlott) [3]

Ajánlás4

Elegendő bizonyíték áll fenn annak megállapítására, hogy a dohányzásról való leszokás támogatása költséghatékony. (a, erősen ajánlott) [3]

Ajánlás5

Az egészségügyi ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakembernek tanácsolnia kell a leszokást és az ellátási helyzetének megfelelő mértékben részt kell vennie adott beteg dohányzásról való leszokásának támogatásában. (A, erősen ajánlott) [2]

Ajánlás6

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény által kiadott irányelv szerint a dohányzásról való leszokást segítő rendelés működésének alapkövetelménye, hogy a tevékenységet végző szakember a feladatnak megfelelő képzésben részesüljön, ezért a tevékenységért díjazást kapjon, és ez a tevékenység az intézmény egyéb tevékenységeitől elkülönítve, kijelölt időben történjék. (C, erősen ajánlott) [22]

Ajánlás7

Cigaretttázo esetében a nikotinfüggőség súlyosságát a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt által meghatározott értékkel, vagy ennek kétkérdéses változatával, a Dohányzás Súlyossága Indexszel kell leírni: regisztrálni kell az ébredést követő első rágyújtásig eltelt idő hosszát és a naponta elszívott cigaretták számát. (B, erősen ajánlott) [2]

Ajánlás8

A dohányzásleszokás támogatása során, bármely szintéren javasolt az „5A” módszer lépéseinek követése. (A, erősen ajánlott) [2]

Ajánlás9

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendőknél az ellátott pácienssel együtt történő megválasztására. (A, erősen ajánlott) [2]

Ajánlás10

A leszokásra nem kellően motivált pácienseknél előbb a leszokás motivációjának erősítésére van szükség a páciensre orientált motivációs intervenció módszereivel. (B, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás11

A dohányzás csökkentése növeli a jövőbeli leszokási kísérlet valószínűségét. (A, ajánlott) [2]

Ajánlás12

Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával kapcsolatos egészségi kockázatok megfelelő becsléséhez. (B) [2, 62]

Ajánlás13

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Az e-cigaretta leszokás támogatásban játszott szerepének eredményessége egyelőre nem bizonyított, ezért leszokás támogatásra egészségügyi szakember ne javasolja. (B/c, ajánlott) [2, 3]

Ajánlás14

A leszokásra motiváltak esetében zajló intenzív gyógyszermentes leszokás támogatás kivitelezésére az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, annak tartalma és intenzitása egyénre szabott módon kerüljön meghatározásra. (A/a, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás15

A leszokást támogató magatartásterápia és farmakoterápia egymástól függetlenül hatékonyak a nikotinmegvonás tüneteinek kezelésében és a dohányzásról való leszokás elősegítésében, hatékonyságuk kombinálásukkal fokozódik. (A/a, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás16

A nikotinpótló terápia, a vareniklin és a bupropion késlelteti a leszokást követő testsúlygyarapodást, ezért különösen ajánlott olyan dohányzóknál, akik tartanak a nagymértékű hízástól. (B, ajánlott) [2]

Ajánlás17

A függőség mértékének megfelelően alkalmazott nikotinpótló gyógyszerek kombinációja növeli a leszokás sikerét. (A/a, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás18

A nikotinpótló kezelés, a bupropion, a vareniklin (A/a, erősen ajánlott) és a citizin (B/b, ajánlott) egyaránt növelik a sikeres leszokás esélyét. [2, 3]

Ajánlás19

Ugyanaz a dohányzásleszokást támogató stratégia hatékony nők és férfiak esetében egyaránt, ezért – a várandós nők kivételével – nők körében ugyanaz az eljárás követendő, mint férfiak esetében. (B, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás20

A dohányzásnak a várandós nőkre és a magzatra gyakorolt káros hatása miatt a várandós nőknek a leszokás támogatással kapcsolatos minimálintervenciót meghaladó mértékben kell pszichoszociális leszokás támogatást nyújtani. (A, erősen ajánlott) [134]

Ajánlás21

A viselkedésterápia a leghatékonyabb leszokás támogatási módszer a serdülőkorú dohányzók számára. (A, erősen ajánlott) [2]

Ajánlás22

A dohányzás abbahagyása hatékonyan hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségek elsődleges és másodlagos megelőzéséhez, ezért minden szív- és érrendszeri betegségben szenvedő dohányzó számára kiemelt jelentőségű a leszokás. (A/a, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás23

A dohányzó COPD betegek számára kiemelt jelentőségű, hogy leszokjanak a progresszív tüdőkárosodás lassítása és a tüdőfunkció romlásának mérséklése érdekében. (A/a, erősen ajánlott) [2, 3]

Ajánlás24

A dohányzás abbahagyása a daganatos betegség diagnózisakor csökkentheti a halálozás kockázatát. (b, ajánlott) [3]

Ajánlás25

Minden diabéteszes betegnél fel kell mérni a dohányzás tényét és mértékét, és javasolni kell a leszokást. (A, erősen ajánlott) [134]

Ajánlás26

A leszokást támogató tanácsadás stabil pszichiátriai betegek körében is ugyanúgy hatékonyan alkalmazható, mint az átlag populációban. Azonban a pszichiátriai betegséggel küzdők esetében növelni

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

kell a beavatkozás időtartamát és hosszát, és állapotukat követni kell. A megvonási tünetek kezelése hangsúlyos. A farmakoterápiát is kapó pszichiátriai betegek esetében fontos figyelembe venni annak lehetőségét, hogy a gyógyszerhasználat pszichés mellékhatásokat okozhat. (erősen ajánlott) [2]

Ajánlás27

A munkahelyi rákkeltőknek kitett személyeknél különösen fontos a dohányzásmentes életmód elérése, különösen azbeszt expozíció esetén. (A, erősen ajánlott) [138]

Ajánlás28

Fekvőbeteg intézmény számára javasolt, hogy helyi ellátást szabályozó dokumentumot készítsen és működtessen a dohányzásmegvonás tüneteinek ellátására, valamint a kórházi körülmények között végzendő, multidiszciplináris dohányzásleszokást támogató programok működtetésére, kiemelt figyelmet szentelve a műtetre kerülő betegeknek. (C, ajánlott) [2]

Ajánlás29

A nem cigaretta dohány- és nikotintartalmú termékeket használók esetében ugyanazok a leszokást támogató módszerek és elvek érvényesek, különös tekintettel a speciális termékek használatára való rákérdezésre. (füstnélküli dohánytermékek: A, erősen ajánlott; szivar, pipa, e-cigaretta: C, erősen ajánlott) [60, 116, 147-152]

Ajánlás30

A dohányzásról való leszokás során egyes folyamatosan szedett gyógyszerek dózisének módosítására lehet szükség, amelynek értékelése orvosi kompetenciába tartozik. (C, erősen ajánlott) [153]

Ajánlás31

A felsőfokú egészségügyi szakképzések keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról leszokást segítő módszereket, az irányelv ajánlásai mentén. (B, erősen ajánlott) [2]

1. A dohányzásról való leszokást támogató tevékenység**Célok**

A dohányzás súlyos egészségkárosító hatásainak ismeretében, az egészségügyi ellátásban megforduló dohányzó személyeknek ajánlani kell a leszokást. Ennek módját a leszokni kívánó dohányzó közeli és távoli anamnézise alapján a pácienssel közösen, egészségügyi szakembernek tanácsos meghatároznia. A dohányzásról való leszokást segítő módszerek és az ezt biztosító ellátórendszer kétszintű. Az első szint az úgynevezett „minimálintervenció”, vagyis a dohányzók motiválása, a rövid, ismételt tanácsadás a leszokás elhatározására, az igényelt segítség megismerése, valamint szükség esetén, a szakember kínálta ellátás felé való irányítás. A második szint a szakellátás szintje, vagyis az „intenzív leszokás támogatás”, amikor speciálisan képzett szakember segítségével, több találkozással, hosszabb időn keresztül, de egyeztetett célkitűzéssel, viselkedésterápiával és szükség esetén farmakoterápiás módszerekkel kiegészítve történik a leszokás támogatása. A programozott tanácsadás az előre meghatározott keretek között működő, leginkább csoportos tanácsadási formát jelenti. A programszerű tanácsadás elnevezés a tanácsadási folyamat kevésbé strukturált jellegére utal.

A támogatás formái, módszerei és a leszokás támogatási stratégiába illesztése (gyógyszeres és nem gyógyszeres támogatás)

Valamennyi alapellátásban és szakellátásban dolgozó szakember feladata, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen a dohányzási szokásaira, azt dokumentálja, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását, illetve tárja fel és erősítse meg a leszokási szándékot.

Ajánlott, hogy az a szakember végezzen ilyen tevékenységet, aki nem dohányzik, illetve leszokott.

A felsőfokú egészségügyi szakképzésben, annak minden szakterületén javasolt a dohányzás leszokás támogatás témakörének beillesztése a képzésbe.

A leszokás támogatás módját a leszokni kívánó dohányzó közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, szakembernek tanácsos meghatároznia, ugyanis a dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek – különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre –, a páciens

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

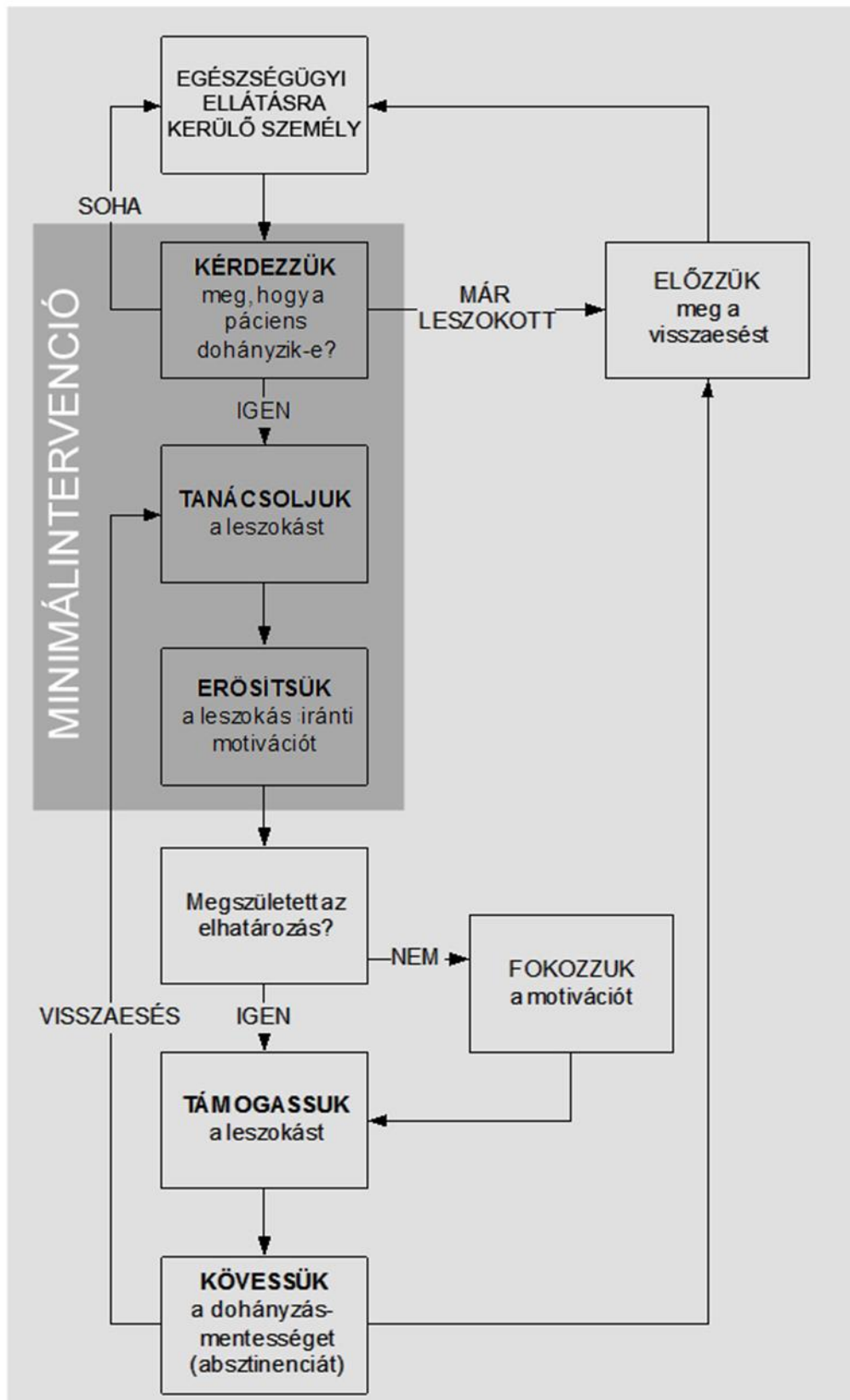
kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő leszokási módszer megválasztását, ajánlását.

A leszokás támogatásának módszerei a minimálintervenció, illetve az intenzív leszokás támogatáson belül a gyógyszermentes és a farmakoterápiás módszerek.

A nemzetközi gyakorlatban igen elterjedt módszer bármely életmódi tanácsadás, így különösen a dohányzásleszokás támogatása során a viselkedésváltozási tanácsadási modell, az úgynevezett „5A” módszer lépéseinek követése (lásd 1. ÁBRA). Első három lépése: kérdezz rá („ask”), javasold a leszokást („advise”), tárd fel és erősítsd a leszokás iránti motivációt („assess”) a minimálintervenció, vagy rövid tanácsadás elemei, amelyek alkalmazása időkímélő, maximalizálja az intervenció hatásosságát, és bevezetheti a második szintű intenzív leszokás támogatást.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

1. ÁBRA - A dohányzásról való leszokás támogatás folyamata

A LESZOKÁSTÁMOGATÁS FOLYAMATA

Az intenzív gyógyszermentes leszokás támogatást egyformán hatékonyan végezhetik az erre – akkreditált

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

tanfolyam során – képzett orvosok, pszichológusok, szakdolgozók, egészségfejlesztők. Vényköteles gyógyszer javallata és felírása az orvos kompetenciájába tartozik.

Tanácsadói attitűdök

A leszokási tanácsadás a minimálintervenciót követően, a dohányzó és a segítő tanácsadó közötti kölcsönös megegyezés alapján történik.

Ez esetben a leszokási motiváció, vagy a próbálkozás szintű elhatározás már fennáll: a dohányzó szeretne leszokni, ehhez támogató segítséget kér. A támogató szakember kívánatos kommunikációs készségei a fentebb említett képzés során elsajátíthatók, illetve fejleszthetők, beleértve az egyéni, vagy csoportos leszokási programhoz szükséges attitűdöket.

A legfontosabb kommunikációs eszközök, melyeket a tanácsadó alkalmaz:

- A dohányzó saját döntésének és felelőségének hangsúlyozása. Fontos elmondani a kliensnek, hogy a munka nagyobb része az övé lesz a leszokás folyamatában.
- Reális elvárás átbeszélése. A támogató tanácsadó nem leszoktat, de a leszokási folyamatban a dohányzó segítségére van.
- Empátia. A kliens elfogadása a dohányzásával együtt támogatja a változással kapcsolatos szándékait. Annak felismertetése, hogy a leszokás nehéz, de segítséggel könnyebb ugyancsak segíti a változás folyamatát.
- A dohányzó önbizalmának támogatása. Annak hangsúlyozása, hogy a segítséggel végig tud menni a leszokás útján és el fogja érni a céljait. Sikeres megküzdési lépések dicsérete.
- Ambivalencia erősítése. A dohányzó személyes céljainak ismétlése, a megküzdési nehézségek és nyereség ütköztetése, illetve a személyes motiváció hangsúlyozása elősegíti a változás melletti elköteleződést.
- Vita kerülése. A dohányzó hiedelmeinek szakszerű kezelése.
- Ellenállások és kifogások kezelése. A problémamegoldás új módjainak átbeszélése.
- Érzelmek és gondolati tartalom visszatükrözése révén a kliens saját gondolatainak revíziója. A gondolatok és érzések elkülönítésének segítése.
- Értő figyelem a saját megoldás megtalálásához.
- Rövid, megcselekedhető és konkrét tanácsok lépésenként, a haladás függvényében.

2. A minimálintervenció célja, meghatározása és felépítése

A minimálintervenció célja

Az alapellátásban, az akut és krónikus szakellátásban történő gondozás során alkalmazott minimálintervenció célja, hogy felderítse az ellátásban, rendelésen/tanácsadáson megjelenő valamennyi páciens dohányzási helyzetét, azonosítsa a dohányzókat és közülük azokat, akik tervezik a közeljövőben (pl. egy-három hónapon belül) abbahagyni a dohányzást és konkrét lépésekkel próbálkoznak.

A nemdohányzók között célszerű azonosítani azokat, akik korábban dohányoztak, de már leszoktak (a relapszus prevenciója). Az aktuálisan dohányzó, de jelenleg leszokni nem szándékozó pácienseknek is javasolni kell a dohányzás abbahagyását, jelezve számukra, hogy az orvosnak szándékában van később visszatérni a kérdésre. Ennek a „visszatérésnek” – azaz a páciens dohányzási helyzetével történő foglalkozásnak – a lehető leggyakrabban, de kétévente legalább egy alkalommal meg kell történnie.

A minimálintervenció meghatározása

Valamennyi alapellátásban és szakellátásban dolgozó szakembertől elvárható, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását (A), tudakozódjon a leszokási szándékról és erősítse a motivációt. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a minimálintervenciót. Ez a rövid tanácsadás jelenti a leszokás támogatás elvárható első szintjét, amely azonban bővíthető egyszerű tanácsokkal, a segítő módszerek ismertetésével, utánkövetéssel és akár ismételt tanácsadással.

Az alapellátásban dolgozó orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek, egészségfejlesztő szakemberek, védőnők találkoznak leggyakrabban a betegekkel, egészséges páciensekkel. Nekik van leginkább lehetőségük arra, hogy felderítsék dohányzási szokásaikat, kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását. Bizonyíték van

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

arra, hogy a minimálintervenció során a dohányzási szokásokra való rákérdezés, a leszokás határozott ajánlása erősíti a leszokás motivációját és ezen keresztül a leszokás sikerességét (A) [2, 3]. Az orvosi tanács segíti a dohányzásról történő leszokást, megnövelve annak valószínűségét (RK=1,66 (1,42-1,94)) [3].

A minimálintervenció felépítése

A minden dohányzónak szóló minimálintervenció meghatározott elemekből áll, amelyek alkalmazása időkimélő és maximalizálja az intervenció hatásosságát. A minimálintervenció magában foglalja az eseti személyes tanácsadást, a dohányzásról történő beszélgetést, a leszokással kapcsolatos motiváció erősítését.

A páciens-orvos, gondozott-védőnő találkozás alkalmával az intervenció időtartama (minimálisan 3-5 perc) egyenesen arányos annak hatásosságával (A) [2, 3].

A minimálintervenció a következő elemekből épül fel:

- a dohányzás tényére történő rákérdezés/a dohányzási státusz felmérése és az adatok dokumentálása a releváns ellátási dokumentációban;
- a dohányzás abbahagyásának javaslata (személyre szabottan);
- a leszokás szándékára való rákérdezés, motiváció felkeltése vagy megerősítése.

A minimálintervenció lépései

- A dohányzási helyzet és a nikotinfüggőség mértékének meghatározása.
- Ha aktuálisan dohányzik a páciens, javaslat a dohányzás elhagyására.
- A leszokási motiváltság felmérése során javasolt a következő kérdések feltevése: Mennyire akarja, mennyire eltökélt, hogy abbahagyja a cigarettázást? Mikor szeretné letenni a cigarettát? Mit szándékozik tenni, hogyan próbál leszokni? Tesz egy próbát? Miben kér segítséget?
- A leszokási tanács szükség szerinti ismétlése.
- Tájékoztatás az elérhető intenzívebb segítségi formákról (leszokást támogató szakrendelés, csoportos tanácsadás, proaktív telefonos tanácsadás), azok elérhetőségéről és módszeréről, valamint a gyógyszeres támogatási lehetőségről (lásd: XI.1.1.1. mellékletet). Tájékoztatás a várható folyamatról.
- A társbetegségek feltérképezése, különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre, és a páciens követése, valamennyi leszokást támogató tevékenység szerves része, így minimálintervenció esetében is lehetséges és indokolt. Ennek során sor kerülhet a siker méltatására tartós absztinencia esetén, kudarc esetén bátorításra, újabb leszokási kísérlet kezdeményezésére, segítség felajánlására, az esetleges felmerülő kérdések megbeszélésére.

A minimálintervenció dokumentálása

A minimálintervencióval kapcsolatos tevékenységet a beteg dokumentációjában (a háziorvos dokumentációs rendszere; a védőnők várandósgondozási adatlapja; a járóbeteg-szakellátó dokumentációs rendszere; a fekvőbeteg szakellátó dokumentációs rendszere) jól felismerhető módon és dátummal együtt érdemes regisztrálniuk a szolgáltatást nyújtó szakembereknek.

Ennek elemei az alábbiak:

- A jelenlegi dohányzási szokások alapján az alábbi kategóriák valamelyikébe sorolandó a páciens:
 - Jelenleg dohányzó, aki a közeljövőben (pl. egy hónapon belül) le kíván szokni a dohányzásról;
 - Jelenleg dohányzó, aki nem kíván leszokni a dohányzásról;
 - Jelenleg nem dohányzó, aki korábban dohányzott (megadva azt, hogy mikor hagyta abba a dohányzást);
 - Soha nem dohányzott.
- Hagyományos cigarettát fogyasztó dohányzó esetében a nikotinfüggőség súlyosságát a Fagerström-féle nikotinfüggőségi tesz meghatározott értékével, vagy ennek kétkérdéses változatával, a Dohányzás Súlyossága Indexszel lehet leírni: regisztrálni kell a naponta elszívott cigaretták számát és az ébredést követő első rágyújtásig eltelt idő hosszát.
- Azokat a dohányzókat, akik hajlandók a közeljövőben abbahagyni a dohányzást, a minimálintervenció megtörténének dokumentálása után tájékoztatni kell arról, hogy milyen támogatási lehetőségek állnak

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

rendelkezésre, és azokat hogy érik el.

A minimálintervenció alkalmazásának lehetőségei az egészségügyi ellátórendszerben

Rendkívül fontos, hogy az intervenciót végző maga ne dohányozzon. A dohányzó egészségügyi szakember leszokást támogató tevékenysége nem csupán rossz hatásfokú, de hiteltelen. Felmérések szerint a dohányzó orvos vagy ápoló nem fektet elég hangsúlyt a dohányzás okozta egészségkárosodás hangsúlyozására és a beteg leszokását segítő intervencióra.

Az orvos, fogorvos szerepe

Minden orvosnak, aki részt vesz a klinikai betegellátásban (alapellátás, járó- és fekvőbeteg-szakellátás) feladata, hogy foglalkozzon minden beteg dohányzási helyzetével, és segítséget nyújtson számára a dohányzás abbahagyásához. A járóbeteg-szakellátás orvosa és a kórházi orvos rendszerint csak egy rövid időszakban van kapcsolatban a beteggel. Az általuk végzett tanácsadás sikeressége szempontjából egy esetleges súlyos akut történés (pl. akut coronariabetegség) lehetőséget teremt, mert a legtöbb beteg ilyenkor fogékonyabb az életmód változtatásra, és ezt a helyzetet ki lehet használni a dohányzás abbahagyásának elérésére. A szakellátás orvosainak azonban kevésbé van lehetőségük a beteg tartós követésére. Ez alól kivétel fennálló krónikus betegség esetén (pl. COPD és légúti betegségek, diabétesz, PAD, hipertónia, kardiológiai betegségek) a beteg tényleges gondozását végző szakorvos. Orvosi feladat a vényköteles leszokás támogató gyógyszer javallata és felírása, de a nem receptköteles leszokás támogató nikotinpótló gyógyszerek alkalmazására vonatkozó tanács is.

A dohányzásról leszokást segítő intervenció szempontjából kitüntetett helyzetben vannak az alapellátás szereplői (házi orvos, házi gyermekorvos, fogorvos, foglalkozás-egészségügyi szolgálat, védőnő, iskola-egészségügyi szolgálat). Ők vannak folyamatos kapcsolatban a pácienssel, ismerik életkörülményeit, kórelőzményét, családi anamnézisének. Egy 25 országra kiterjedő EU-tanulmány (PESCE) megállapítása szerint a házi orvos által a dohányzó beteg számára nyújtott segítség a cigaretta elhagyásához a legjobb költséghatékonyágú prevenciósi tevékenység, és jelentős egészségi és gazdasági előnyt eredményez össztársadalmi szinten [102].

Egyes akut és krónikus betegségek diagnózisa (pl. sürgős beavatkozást igénylő akut szív- vagy értörténés, daganatos betegségek, kardiovaszkularis betegségek diagnosztizálása), fontos élethelyzet-változások (pl. családtervezés, várandósság), valamint tervezett műtétekre való előkészítés egyaránt megteremti a betegekben a fogékonyágot a dohányzásról való leszokásra és az erre vonatkozó üzenetekre. Ilyenkor a szakorvos világos tanácsa és segítsége (a beteg leszokási tanácsadásba irányítása) fontos katalizátora lehet a betegek viselkedésváltozásának. Bár kevés vizsgálat készült, az ilyen, úgynevezett „teachable moment” kommunikáció hatékonyságának vizsgálata egyértelműen kedvező eredményeket hozott [103, 104].

A védőnő szerepe

Bizonyos élethelyzetekben (várandósok, kisgyermekes anyák esetében) 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. A védőnő alkalmazza a leszokást segítő rövid intervenciót és javasolja a várandós/kisgyermekes szülőnek/serdülőnek az intenzív leszokást támogató és/vagy telefonos tanácsadások igénybevételét.

Az iskolavédőnőnek kiemelt feladata az egészségfejlesztési tevékenység keretében a rászokás megelőzése és a leszokás támogatás lehetőségeinek ajánlása.

A felsőfokú végzettségű szakdolgozó szerepe a minimálintervenció 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

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

munkamegosztással már rövid idő (3-5 perc) alatt is eredményes intervenció végezhető. Az orvos és a szakdolgozó – ezen belül a kiterjesztett hatáskörű ápoló – közötti munkamegosztással jelentős mértékben növelhető a tevékenység hatékonysága [3, 105].

A szakdolgozó feladata lehet:

- a dohányzók kiszűrése;
- a dohányzási helyzet meghatározása;
- a páciensek csoportosítása egészségi kockázatok szerint;
- a páciens esetleges kérdéseinek megválaszolása;
- leszokást segítő készítmények alkalmazásának részletes ismertetése;
- a dokumentáció kezelése.

A pszichológus szerepe

A viselkedésváltozás segítésére képzett (egészség-) pszichológusok hatékonyan vehetik át a rövid- és intenzív tanácsadás feladatait az alapellátásban vagy éppen a szakellátásban, beleértve a krónikus betegek ambuláns és fekvőbeteg-ellátásánál végzett tevékenységet. Így – amennyiben erre van mód – az orvossal közreműködve a pszichológus segítheti, elvégezheti vagy kiegészítheti a rövid intervenciót.

A gyógyszerészek szerepe

Kiemelt feladat: tájékoztatás a nem vényköteles nikotinpótlók helyes alkalmazásáról (alkalmazás célja, időtartama, dózisok és lépcsőzetes csökkentésük, formák és kiszerezések, kombinálhatóság, dohányzás tilalom, mellékhatások), valamint tájékozottság és tájékoztatás a vényköteles leszokás támogató gyógyszerekről.

Egészségfejlesztő szakemberek szerepe

Kiegészítik az egészségügyi ellátást, fő tevékenységük a prevenció, a kockázati tényezők kezelése és az életmód tanácsadás. Képzett leszokás támogató szakemberként segítséget nyújthatnak az alapellátásban, járóbeteg szakorvosi ellátásban és intézeti szinten is. A minimálintervenció kapcsán a leszokni vágyó, motivált páciens referálható ezen szakemberekhez. A térségi-területi egészségügyi ellátáshoz való aktív és interaktív kapcsolódásuk javasolt.

Az egészségfejlesztés és az alapellátás általános kiindulópontjai

A dohányzás megelőzésére és előfordulásának csökkentésére átfogó egészségfejlesztési programok megléte szükséges. Ez összetársadalmi összefogást igénylő feladat, amely magába foglalja az oktatási, egészségügyi, népegészségügyi és szociális terület egymást segítő munkáját.

Ennek részeként a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) jogelődjének, a Nemzeti Népegészségügyi Központ irányításával 2019-ben átfogó szűrőprogram indult meg, a többféle szűrést biztosító „Helybe visszük a szűrővizsgálatot” kezdeményezés, melynek keretein belül szűrőbuszok olyan településekre viszik el a szűrő programokat és megelőzést célzó vizsgálatokat, ahol a lakosság számára ezek a programok eddig kevésbé voltak elérhetőek. Ezzel a program nem csak a lakosság egészségfejlesztését, hanem az egészség-egyenlőtlenség csökkentését is segíti, mivel a széles körben végzett szűrések során a dohányzás azonosítása és minimálintervenció történhet a páciensek tovább referálásával.

A „Három generációval az egészségért” program részeként a praxis közösségek és az alapellátásban a háziorvosi, házi gyermekorvosi praxisok, a védőnők és a pszichológusok bevonásával a szűrésen kívül a leszokás támogatás, mint elérhető segítség reális lehetőség kell legyen.

Az egészségfejlesztési irodák (EFI) az egészségügyi ellátórendszer részeként jöttek létre, sokszor a praxisközösségek részeként, azzal a felhatalmazással, hogy összehangolják az adott kistérség, járás különböző

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

prevenációs, egészségfejlesztési programjait és az ezeket szervező intézmények, szervezetek működését. Ide sorolhatók az EFI-kben országsszerte képzett leszokást támogató szakemberekkel működő leszokást támogató programok.

A prevenációs megközelítés részeként az iskolai életben a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE) 2012 óta jogszabályi előírás minden köznevelési intézmény számára, melyben a Nemzeti alaptanterv (NAT) is kiemelt feladatként, a pedagógiai program részeként kezeli a viselkedési függőségeket, a szenvedélybetegségeket, köztük a dohányzást és kialakulásának csökkentését. Ennek megvalósítása érdekében a pedagógiai munka során figyelembe kell venni a tanulók biológiai, társadalmi és életkori sajátosságait, és lehetőség szerint be kell vonni a tanulók családját is az önállóságra és egészség tudatosságra nevelő programokba, tevékenységekbe.

Az egészségfejlesztés szempontjából kiemelten fontos lehetőséget adnak a munkahelyek, ahol a munkáltatók a munkavállalókkal közösen törekedhetnek a munkaszervezés és a munkakörnyezet javítására, a munkavállalók egészséges tevékenységekben való részvételének támogatására, az egészséges életmód részeként a dohányzás elhagyására [106].

3. A leszokás iránti motiváció, a motiváció fontossága

Motivációs interjú, motivációs intervenció (5R)

A leszokásra motivált és a nem, vagy nem kellően motivált dohányzók eltérő kezelési megközelítést igényelnek. A minden dohányzónak szóló minimálintervenció mellett a tanácsadás során a leszokásra nem motivált pácienseknél a páciensre orientált motivációs interjú, vagy beszélgetés módszereivel a leszokás motivációjának erősítésére van szükség. A leszokást elutasító és a leszokást fontolgató, de nem kellően motivált dohányzó között érdemes különbséget tenni.

A motivációt pl. az alábbi kérdésekkel lehet felmérni:

- Le akar szokni a dohányzásról a következő egy hónapban?
- Ha úgy dönt, hogy leszokik a dohányzásról, mennyire bízik abban, hogy sikerül?
- Milyen okok miatt szeretne leszokni a dohányzásról?
- Mennyire fontos Önnek a dohányzásról való leszokás?

A motivációra vonatkozó tájékozódás után a tanácsadónak az alábbi szempontokra ajánlott figyelni a motivációs interjú során [2, 3].

A motivációs interjú alapelemei:

- az empátia kifejezése;
- az ellentmondásosság (diszkrépancia) felismertetése;
- a vita és az utasítás kerülése (a páciens döntése);
- az ellenállás és okának feldolgozása;
- az önbizalom támogatása és erősítése.

A motivációs interjú támogató környezetet teremtve előkészíti, motiválja a páciens a leszokásra, általában nem helyettesíti a leszokás intenzív támogatását. A leszokásra nem motivált dohányzók esetében tehát első lépés a motiváció kialakítása, majd a motivált dohányzók esetében használt kezelési/támogatási eljárások alkalmazása. Krónikus légzőszervi, szív- és érrendszeri, diabéteszes és továbbra is dohányzó betegek esetében rendszeresen kell a leszokási motivációról tájékozódni és erőfeszítéseket tenni a motiváció növelésére, a leszokási próbálkozásra. Nem, vagy nem kellően motivált dohányzóknál a motivációs beszélgetés hat hónapon belül 30%-kal növelheti a leszokási rátát [2].

Amennyiben a tanácsadó nem képezett a motivációs interjú alkalmazásában, a leszokásra nem motivált dohányzókkal való foglalkozás során segíteni kell azonosítani és felismerni a következőket (rövid motivációs intervenció az „5R” módszerrel):

- Relevance: a leszokás személyes fontossága a páciens számára;

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- Risks: a dohányzás potenciális akut és hosszú távú veszélyei, valamint a dohányzás veszélyei a környezetében élőkre;
- Rewards: a dohányzásról való leszokás potenciális nyereségei a páciens számára;
- Roadblocks: a leszokást akadályozó tényezők azonosítása és megoldási lehetősége;
- Repetition: a motivációs intervenció ismétlése, azaz a lehető leggyakrabban, de legalább kétévente egy alkalommal javasolt megismételni a motivációs intervenciót a leszokásra nem motivált dohányzóknál.

Hasonló motivációs erősítő elemeket igényelhet a motiváció fenntartása az intenzív leszokástámogatás során is.

A motiváció fejlesztése és fenntartása a kitűzött célok mentén

A motiváció a gondolati késztetésen túl (felismerje a problémát), a személyes cél irányába történő lépések eldöntését, a cselekvés első lépéseit jelenti, vagyis a viselkedésváltozás iránti elköteleződést. Ebből adódóan a dohányzásról való leszokás (akár segítség nélkül, akár támogatással) kellő motiváció esetén lesz csak sikeres. A motivációs szint hullámzó lehet, a leszokás a dohányzó saját döntése. A leszokási próbálkozás és a tartós absztinencia kihívásai a folyamatot jól mutatják. A leszokási próbálkozás az egyén döntése, de segítséggel könnyebb a leszokás. Az ingadozó elhatározás, ambivalencia folyamata segíthető a döntési egyensúlyban latba eső vélemények tudatos átgondolásával, mérlegelésével és ütköztetésével (lásd: XI.1.2.5. melléklet - Döntési egyensúly: mi a rossz vagy jó a dohányzásban, mi a jó vagy rossz a leszokásban? Egyéni, leszokás gátló akadályok, egyéni segítségék.). A folyamat minden lépése a támogató szakemberrel átbeszélhető. Az egyéni célok rendszeres, visszatérő hangsúlyozása, a saját döntésre való visszautalás, a leszokással elérhető nyereség (egészségügyi, szociális, munkaköri, családi, anyagi, önértékelési) a motiváció újbóli megerősítését segíti. A támogatói attitűdök közül az empátia, a biztatás, a dicséret és az önbizalom erősítése segíti a motiváció stabilitását.

4. Programszerű és strukturált támogatási formák a viselkedésváltozás elősegítésére**Szakember segítségével végzett nem-gyógyszeres leszokás támogatás biztosításának háttere, formái**

A dohányzás, dohányzó életforma hátterében álló kettős függés miatt a leszokni vágyó dohányzók farmakoterápiás segítsége mellett elengedhetetlen a páciensek pszichoszociális támogatása a viselkedésváltozás elérése érdekében. A pszichés támogatásnak többféle szintje van, ami szakmacsoportokhoz, képzettséghez és jogkörökhöz rendelhető. A dohányzásról való leszokás nem gyógyszeres támogatását egyaránt hatékonyan végezhetik az erre képzett orvosok, pszichológusok, diplomás szakdolgozók, egészségfejlesztők, várandósok esetében védőnők [107]. A hatékonyságot növeli, ha több szakma képviselője vesz részt a leszokás támogatásában, egymást kiegészítő kezeléseket nyújtva.

A dohányzók sokfélék (lásd: V/4.1. felsorolás), így az alkalmi dohányzó, a nem-beteg dohányzó, az egészségkárosodást mutató vagy beteg és függő dohányzó, a várandós dohányzó, stb. más-más személyre szabott kombinációját igényli a gyógyszeres és nem-gyógyszeres támogatásnak. A kellő felvilágosítást és javaslatot követően a választott támogatási forma elfogadása a dohányzó döntése.

Az „egészséges dohányzó” páciensek leszokás támogatása esetében a dohányzás mellett nincs krónikus szomatikus betegség, krízis állapot vagy pszichiátriai kórkép. A tanácsadás fókuszja a dohányzásról való leszokáson van. Legjellemzőbb a támogatás végzése az alapellátás szakemberénél, az egészségfejlesztő iroda munkatársánál és védőnői munkakörben. A sikeresség érdekében a gyógyszerrel való kombináció lehetséges.

A dohányzáshoz társulhat krízis állapot (pl. munkahely elvesztése) vagy akut traumatizáló élethelyzet (például: haláleset). Ezen élethelyzetekben a dohányzás abbahagyása nem javasolt, de fontos a beteg krízis intervencióba való bevonása és a leszokás későbbre halasztása.

A pszichiátriai betegségek gyakran mutatnak komorbiditást a dohányzással, így a pszichiátriai betegek leszokástámogatása speciális szaktudást és klinikailag igazoltan stabil állapotot igényel. Ha a dohányzás mögött

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

pszichiátriai kórkép húzódik meg, akkor indokolt a farmakoterápia kontrollálása miatt pszichiáter szakorvos bevonása.

Az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadói programok felépítése, jellemzői

Az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés eredményessége szorosan összefügg a találkozások számával, a kezelés tartalmával és időtartamával. A tanácsadás során hatékonynak tartott komponensek: a praktikus problémamegoldási, illetve megküzdési készségek fejlesztése és – csoport esetén – a társas támogatás nyújtása a kezelés során.

A nem-gyógyszeres támogatás során egy pontos céllal megjelölt magatartásterápiát végeznek a leszokásra motiváltak esetében. A dohányzás tanult viselkedés, a nem-dohányzás is megtanulható. Mind az egyszerű és ismételt, konzultáción alapuló tanácsadás, mind a strukturált és a leszokási célra határozottan fókuszáló kognitív viselkedésterápia végezhető egyéni és csoportos formában, az ellátóhely kompetenciája és lehetősége mentén. A nem-gyógyszeres kezelés – a páciens igénye szerint – kombinálható gyógyszeres segítséggel is. Minden esetben feltétel a dohányzás fokozatos csökkentése és a leszokási próbálkozás időbeli közelsége.

A kezelés eredményességét meghatározó tényezők a találkozások száma, időtartama és tartalma [2].

- 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. A féléves leszokási arány tanácsadás nélkül 11%, 1-3 perces tanácsadással 14%, 4-30 perces tanácsadással 19%, 31-90 perces tanácsadással pedig 27%.
- A tanácsadások tartalmát részletesen lásd az egyéni tanácsadásnál.

Az egyéni tanácsadás

Az egyéni, kevésbé strukturált, programszerű tanácsadás keretein belül az egyes foglalkozások 10-20 perc tanácsadási időt tételnek fel.

A tanácsadás során hatékonynak tartott komponensek: a praktikus problémamegoldási, illetve megküzdési készségek fejlesztése (ingerkontroll, figyelem elterelés, helyettesítés praktikus tanácsai) és a társas támogatás keresése és nyújtása a kezelés során. Ugyanakkor a viselkedésterápia más elemei, mint a relaxációs módszerek is részét képezhetik a problémamegoldás fejlesztésének.

Az egyéni programban javasolt kitérni a következő tartalmakra:

- a kihívást jelentő helyzetek felismerése és csoportosítása (hangulat, érzések, stresszhelyzet, unalom), ezt segíti a dohányzási napló;
- az automatizmust jelentő helyzetek elkülönítése a sóvárgástól;
- a dohányzás készítésével járó kulcsingerekkel való megküzdés készségeinek fejlesztése, önkontroll gyakorlása;
- a stressz kezelésének fejlesztése;
- a motiváció fenntartása;
- a visszaesés megelőzése és kezelése;
- életmódváltásra való felkészítés.

A csoportos tanácsadás

A csoportos leszokás támogatás a gyors tanulást elősegítő interakcióra alapoz, és önmagában vagy farmakoterápiával kombinálva egyaránt hatékonyan alkalmazható. A tanácsadási ülések javasolt száma 4-8 ülés. A csoportfoglalkozások általában heti ülésekre bontva 6-8 hétig tartanak, a csoportfoglalkozásokon optimálisan általában 5-10 fő vesz részt. A csoportülést a csoport vezetésére kiképzett csoportvezető: orvos, diplomás szakdolgozó vagy pszichológus tartja egyedül vagy párban (A).

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A csoportos támogatás a.) nyitott csoportként, az egyéni támogatásban is javasolt tematikus témákat tárgyalhat programszerűen, interaktivitással vagy b.) zárt csoportként, adott napon leszokási próbát előirányozva szervezhető. Ez utóbbi, programozottnak nevezhető forma kellően motivált dohányzót tételez fel, aki edukációs lépcsők mentén halad és támogató környezetet igényel. A strukturált program szakaszai: felkészítés a STOP napra, STOP nap (letétel) és sikeressége, a nem-dohányzás fenntartása. A felkészítő szakasz legfontosabb edukációs elemei: önmegfigyelés, önkontroll, önbizalom és énhatékonyság erősítése, relaxációs technikák, majd egyéni motivációs célok követése mentén felkészítés a tartós absztinenciára, relapszus megelőzésre.

Programszerű leszokás támogatás proaktív telefonos tanácsadással

A nemzetközi minták nyomán Magyarország is létrehozta az ingyenesen és országosan elérhető leszokást segítő telefonos tanácsadást, mely a nap 24 órájában várja a leszokásra motivált páciensek jelentkezését. A telefonos segítségnyújtás előnye, hogy nincs területi korlátja és nincs várakozási idő. Felépítése hasonló a személyes tanácsadói programhoz [1, 108]. Szélesebb körű ismertetése és használata javasolt.

Működése:

A tanácsadói telefonközpont üzenetrögzítőn fogadja a hívásokat. A hívást fogadó és lebonyolító tanácsadó egy leszokást támogató tanácsadásra kiképzett szakember, aki legfeljebb három napon belül felhívja a hívást kezdeményezőt. A tanácsadók által használt „Virtual Call Center” (VCC) az adatok rögzítésére és a telefonálásra egyaránt alkalmas számítógépes rendszer. A program szerint a tanácsadó heti rendszerességgel, hat alkalommal kezdeményez alkalmanként 10-15 perces beszélgető tanácsadást. A páciens mindig egy egyeztetett konkrét időpontban várhatja a tanácsadó jelentkezését. Amennyiben a tanácsadó sikertelen hívásba ütközik, még háromszor próbálhat meg hívást kezdeményezni a kliens irányába. A kimenő hívásokhoz nincs telefonszám rendelve, így a páciens visszahívást nem tud kezdeményezni, ellenben bármilyen észrevétellel hagyhat további üzenetet a tanácsadójának az üzenetrögzítőn. A program felé semmilyen elköteleződése nincs a páciensnek, tehát bármikor kiléphet abból, ha meggondolta magát. A páciens bármikor megszakíthatja a beszélgetést, de megállapodhatnak későbbi folytatásban is. A tanácsadók meghatározott protokollt követnek, de megtörténhet, hogy a protokolltól el kell térni és szükség szerint változtatni a tanácsadói programon. Minőségbiztosítási okok miatt, a rendszer rögzít minden hívást és beszélgetést. A „névtelenség” és „felismerhetetlenség” jellege miatt a telefonos szolgáltatás vonzó lehet azoknak, akik vonakodnak a személyes megjelenést igénylő segítséget igénybe venni vagy nem érik el azt [1, 108].

A Cochrane Együttműködés által végzett, 70 vizsgálatot magában foglaló elemzés megállapította, hogy a többszöri proaktív hívás növelte a dohányzásról való leszokás arányát (RR=1,37, 95%CI (1,26-1,50)). Legalább két hívás már összefüggésbe hozható a leszokással. Azon leszokási vonalak, amelyek csak a hívók azonnali kérésére reagálnak (reaktív telefonos tanácsadás), szintén hatékonyak bizonyultak a leszokás növelésében az önszolgáltató anyagokhoz képest (RR=1,27, 95%CI (1,20-1,36)) [109]. Összefoglalva, a bizonyítékok szerint a leszokási vonalak nem csak azoknak nyújthatnak hatékony segítséget, akik ezt kérik, hanem az elérhető gyógyszeres és nem gyógyszeres segítségről szóló tájékoztatással, illetve az azonnali segítségnyújtással is növelhetik a leszokást a dohányfogyasztók körében [3].

Jó bizonyíték van arra, hogy a proaktív telefonos tanácsadás hatékony beavatkozás a dohányzásról való leszokásban (A/a) [2, 3].

Amennyiben bármely leszokási program időszaka alatt a páciens mégsem tudja a kitűzött időben letenni a cigarettát, ne zárjuk ki a terápiából, további támogatást kell nyújtani, és bátorítani kell a további erőfeszítésekre. Az intenzív támogatási formák eredményességét hátráltatja a lemorzsolódás, amely azonban csökkenthető a külső és belső motiváló tényezők folyamatos említésével.

Követés

A program megkezdésétől számított 6 és 12 hónap elteltével az absztinencia fenntartására rákérdező interjúra

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

hívható a páciens, a telefonos programban ez része a protokollnak. A személyes követési viziteken a dohányzás/nem dohányzás tisztázása mellett a kilélegzett levegő szén-monoxid-szintjének mérésére, testsúlymérésre is sor kerülhet. A program sikerességének értékelésére 12 hónap elteltével kerül sor. Leszokott dohányzónak azt tekintjük, aki 12 hónap elteltével sem gyújt rá vagy használ nikotintartalmú, illetve dohányterméket. Ha a páciens időközben visszaesett, ismét felajánljuk neki a segítségünket, a programba történő bekapcsolódást [110].

Összefoglalva, az egészségügyben is alkalmazható nem gyógyszeres támogatás számos formája ismert, ezek csoportosíthatók a hatékonyságuk tekintetében a rendelkezésünkre álló bizonyítékok mentén. A módszer kiválasztása a dohányzó leszokás iránti motivációjától és személyes választásától függ és sok esetben kombinációban alkalmazandó (XI. melléklet 4. TÁBLÁZAT A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága).

A bizonyítottan hatásos, gyógyszermentes, intenzív módszerek egyaránt hatásosak az addikció enyhébb és súlyosabb formáiban szenvedőknél. A nem gyógyszeres módszerek kombinációjával a leszokás sikeressége növelhető, bár kutatások erre vonatkozóan csak elvétve találhatók.

A dohányzás mértékének csökkentését célzó leszokás támogatás

A dohányzás mértékének csökkentése egyfelől erősen ajánlott feltétele a sikeres leszokásnak, másfelől egy másodlagos kimenet lehet a leszokást célzó tanácsadás során, amennyiben a dohányzó egyén nem tud, vagy nem akar teljes mértékben leszokni. Egyfajta köztes állomásként is felfogható a teljes leszokáshoz vezető úton. A végső cél minden leszokást célzó terápia esetében a dohányzás teljes elhagyása.

A dohányzás mértékének csökkenésével is elérhető haszon. Egyrészt csökkenthető némely egészségi kockázat mértéke, másrészt önbizalmat adhat az egyénnek abban, hogy képes leszokni, és ezt akár több alkalommal is megpróbálja.

Természetesen felmerültek aggályok is azzal kapcsolatban, hogy a dohányzás csökkentésének felkínálása lehetséges kimenetként a leszokási folyamatban ronthatja a teljes leszokás eredményességét, és így a leszokottak arányát. Erre vonatkozó tudományos bizonyíték nincs, ennek ellenkezőjét azonban már megfigyelték. A Cochrane Együtműködés tanulmányában nem található különbség a leszokás valószínűségében a dohányzást hirtelen abbahagyók és a teljes leszokás előtt a cigaretta szálak számát csökkentők között, és így mindkét leszokási módszer választható. Azon páciensek, akik nem hajlandók azonnal abbahagyni a dohányzást, ám lehetőségük van első lépésben annak csökkentésére, nagyobb valószínűséggel válnak absztinenssé egy év alatt, mint azok, akik számára ez a lehetőség nem adott, és csak az azonnali teljes leszokás lehetőségét kínálják fel [111, 112].

A dohányzás mértékének csökkentése definíció szerint 50%-os vagy afölötti csökkentést határoz meg, ami még a teljes absztinencia alatt van [113].

Meghatározott populáción és rövid távú utánkövetéssel végzett kisebb kutatásokból nyert adatok azt mutatják, hogy a dohányzás jelentős mértékű csökkentése számos kardiovaszkuláris kockázati tényezőt és légzőszervi tünetet, panaszt kedvezően befolyásol. A légzőszervi funkciókra gyakorolt számottevő hatás nem várható a dohányzás csökkentésével [114].

A dohányzás csökkentése egy valós alternatíva a leszokási folyamatban azok számára, akik még nem állnak készen a cigaretta teljes letételére. A dohányzás csökkentése növeli a jövőbeli leszokási kísérlet valószínűségét (A) [2].

Egy vizsgálatban, amelyben az egyik vizsgálati csoport a fokozatos csökkentés előírása mellett nikotinos ráógumit, míg a másik placebot használt, a ráógumit használók között 3 hónap után kétszer, 12 hónap után pedig háromszor annyian szoktak le a dohányzásról, mint a placebo csoportban. A nikotinos rágó és a dohányzás csökkentésének együttes alkalmazása a szén-monoxid biomarker szignifikáns csökkentését eredményezte.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A tartósan adott farmakoterápia hasznát ezen csoportban vareniklinnel végzett placebo kontrollált vizsgálatok is igazolták a 24. illetve 52. követési hétnél elemzett leszokási rátával (flexibilis leszokási dátum vizsgálat, illetve fokozatos leszokási protokollal végzett vizsgálat) [115]. A vareniklin használata egy vizsgálatban hatékonyan bizonyult a leszokás érdekében történő cigarettaszál csökkentés során (B) [2].

A dohányfüggőség kezelése a leszokás után

A dohányzás abbahagyása nem feltétlenül jelenti a dohányfüggőség végét. A dohányfüggőség krónikus betegség, a végleges leszokás visszaesésekkel tarkított folyamat lehet és annak megfelelően szükséges kezelni. Ennek értelmében folyamatos, hosszú távú megfigyelést és utánkövetést igényel a dohányzó páciens a leszokást követően is. Általános kérdésként a “dohányzott-e valaha” kérdés hasznos lehet minden orvos-beteg találkozásnál. A tanácsadói segítséggel történő leszokás során a relapszus lehetőségére való felkészítés és edukáció elengedhetetlen: mi a különbség a megbotlás értékelése és a sóvárgás okozta visszaszokás kezelésében. Kritikus élethelyzetek vagy labilis pszichés állapot a korábban absztinens vagy már többször sikeresen leszokó páciensnél visszaszokást eredményezhet. Ismételt támogatói programba való bevonás, a személyes motiváció újbóli felépítése, illetve farmakoterápia bevezetése lehet indokolt.

A visszaesés megelőzése

A legtöbb dohányzó többször próbálkozik a leszokással, mielőtt az végleg sikeres lesz. A dohányzás abbahagyása után nagy a visszaesés kockázata, a leszokott dohányzók fele visszaesik a következő évben. A visszaesés nem egy adott esemény, hanem folyamat. Érdemes ezért elkülöníteni a megbotlást/lapszust a visszaeséstől/relapszustól. A visszaesés/relapszus a leszokás után a korábbi, rendszeres dohányzáshoz való visszatérését jelenti, napi dohányzást legalább három napon keresztül, legalább 24 órás dohányzásmentes időszak után. A megbotlást/lapszust is egy korábbi absztinens időszak utáni dohánytermék használata jelzi, ami lehet egy-egy szál, ami azonban nem vezet vissza a rendszeres dohányzáshoz. A megbotlás lehet egy egyszeri esemény, amelyet az absztinencia megújítása követ, vagy lehet egy fontos előre jelzője a visszaesésnek.

A relapszus aránya a leszokást követő első napokban, hetekben a legmagasabb, amikor a legerőteljesebben jelentkeznek a megvonási tünetek. Bár a visszaesés kockázata idővel csökken, még több éves absztinencia után is előfordulhat relapszus. Azoknál, akik legalább egy évig dohányzásmentesek maradnak, 35%-ra valószínűsítik a visszaesés esélyét. A tanácsadói gyakorlatban ezért hosszú távú követés javasolt, legalább 6 hónapig, de lehetőleg 12 hónapig az absztinencia megerősítése és a legnagyobb kockázatú visszaesési időszak lefedésének érdekében.

A dohányzásról való leszokást kísérő megvonási tünetek és sóvárgás lehetnek a legfőbb okai a relapszusnak. Sokan azért térnek vissza a dohányzáshoz, hogy elkerüljék ezeket. A sóvárgást és megvonási tüneteket támogató jellegű tanácsadással és/vagy farmakoterápiával javasolt kezelni és támogatni a személyt a leszokással kapcsolatos kísérletei folytatásában. A megbotláshoz és visszaeséshez számos különböző és egyedi helyzet is vezethet (konfliktusok, nagymértékű változás, társas nyomás, negatív és pozitív érzelmek, alkoholfogyasztás). Ezen kívül a dohányzással kapcsolatos környezeti jelek (látvány, hangok, illatok) is gyakran váltanak ki sóvárgást, ami elegendő lehet ahhoz, hogy a személy a leszokási kísérlet után visszatérjen a dohányzáshoz. Így ezek a korábban dohányzással párosult helyzetek, tevékenységek a kondicionált megerősítés révén részben szerepet játszhatnak a dohányzáshoz való visszatérésben.

A visszaesés bármikor bekövetkezhet, így ennek megelőzése is figyelmet és körültekintést igényel. A leszokást támogató tanácsadás, viselkedésterápia hatékonyan tartott elemei között szerepel a visszaesés megelőzése és kezelése. A megbotlás és a visszaesés nem ugyanaz, nem minden megbotlásból lesz visszaesés, a kettő között van mód a beavatkozásra. A prevenció része a dohányzó olyan készségekkel való felruházása, amelyek segítenek felkészülni a magas kockázatú jövőbeni helyzetekre, elkerülni vagy kezelni a kihívást jelentő situációkat. A társas és érzelmi támogatásra alapozó stratégia részeként fontos lehet a hozzátartozók bevonása a leszokási folyamatba. Ha megbotlás történik, az a tanulási folyamat része is lehet, így érdemes nem a gyengeség jelének tekinteni, hanem egy nehéz helyzettel való szembesülésnek, amiben a páciensnek még szüksége van arra, hogy

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

megtanulja azt hatékonyan kezelni. Az önhibáztatás, reménytelenség, kontrollvesztés érzése elsősorban természetes reakció, azonban csökkentheti az önbizalmat a megbotlás kezelésével kapcsolatban. Fontos a cselekvés és önmegfigyelés jelentőségét hangsúlyozni, valamint a megbotláshoz vezető helyzet/kiváltó tényező megvizsgálását, egy jövőbeni hasonló helyzet esetére való megküzdési stratégia kidolgozását és a leszokás melletti elkötelezettség újbóli megerősítését. Ebben segítség lehet az „5R” motiváció erősítésére szolgáló módszer alkalmazása. A megbotlás nem teszi meg nem történné a korábbi sikereket, eredményeket. Javasolni kell az újbóli próbálkozást az addigi tapasztalatok felhasználásával és szükség szerint a farmakoterápia bevezetését [1-3].

A leszokás utáni súlygyarapodás kezelése

A testsúly növekedésétől való félelem a leszokással szemben lényeges visszatartó erő – főleg a nők esetében –, és a relapsushoz vezető egyik legfontosabb tényező férfiaknál és nőknél egyaránt [116]. A testsúlynövekedéssel járó leszokás egészségesebb választás, mint a dohányzás folytatása. A testsúlygyarapodás kockázatai messze elhanyagolhatóak a leszokással nyerhető egészségi előnyökhöz viszonyítva.

A dohányzást abbahagyóknál testsúlygyarapodás tapasztalható, aminek mértéke változó lehet.

A leszokás okozta anyagcsere-változás (helyreállítás) számlájára bekövetkező testsúlygyarapodás a leszokást követő 2 éven belül éri el a maximumát, majd ezt követően visszatér az alapszintre, azaz nem különbözik a nemdohányzók súlygyarapodásától. Hosszú távon a testtömegindex növekedése elhanyagolható [116]. Egy vizsgálat szerint egyéves folyamatos absztinencia esetén a dohányzásról való leszokással magyarázható testtömeg-gyarapodás 4,8-5,9 kg között van [116]. Újabb metaelemzés szerint, az átlagos testtömeg-növekedés 4-5 kg 12 hónapos absztinencia esetén. Ugyanakkor jelentős egyéni variabilitás mutatkozik. A testtömeg-gyarapodás üteme átlagosan 1 kg/hónap az első három hónapban, majd lassul a növekedés [117].

A kutatások fokozott kockázatot találtak a leszokás utáni hízásra a leszokás előtti magasabb BMI, a női nem, az alacsony társadalmi-gazdasági státusz, helytelen táplálkozás, evészavarok, elégtelen testmozgás, erős dohányzás és súlyosabb nikotinfüggőség előfordulása esetén [118].

A testsúlygyarapodás hátterében számos mechanizmus feltételezhető. Közismert a dohányzás testsúlycsökkentő hatása, amelynek hátterében a nikotin anyagcsere-fokozó, zsírbéépítést csökkentő és neurofiziológiai folyamatokon keresztül érvényesülő étvágycsökkentő szerepe áll. A dohányzás abbahagyásakor nikotin hiányában az anyagcsere lassul, az étvágy javul. A leszokással együtt járó testsúlygyarapodás nagyrészt a fokozott energiabevitel (így a pszichés egyensúly fenntartására történő szénhidrátbevétel) és a csökkent energiafelhasználás következménye. A testsúlynövekedés további okaiként említhető, hogy a leszokott dohányzó a nikotin utáni sóvárgással való megküzdés során a dohányzással járó kéz-száj mozdulatsort evéssel helyettesítheti, ami szintén fokozott kalóriabevitelt eredményez, ráadásul ehhez közvetetten hozzájárulhat a dohányzás abbahagyásával járó ízlés és szaglás javulása is [118].

Azok a serdülők, akiknél fokozottabban jelenik meg a saját testsúllyal való foglalkozás, gyakran fordulnak a dohányzáshoz, amit súlykontrollálásra alkalmas lehetőségnek tekintenek. Szükség van ennek a nézetnek a cáfolására és a testsúly fenntartására/csökkentésére irányuló egészséges módszerek népszerűsítésére. A dohányzásról való leszokás tárgyalásakor ki kell térni arra, hogy ennek tekintetében vannak egészségesebb és hatékonyabb módszerek [2].

A leszokást támogató program során szükség van a reális súlygyarapodással kapcsolatos tájékoztatásra és az arra való felkészítésre. Általánosságban az energia-egyensúllyal kapcsolatos tanácsadásnak a táplálkozás megváltoztatására, az egészséges, alacsonyabb kalóriatartalmú, gyümölcsökben és zöldségekben gazdag ételek fogyasztására való ösztönzésre, az alkoholfogyasztás mérséklésére és a fizikai aktivitás növelésére kell irányulnia [2].

A testedzési programok rövidtávon nem, de hosszú távon (12 hónappal a leszokást követően) képesek mérsékelni a testtömeg növekedését (A). A személyre szabott testsúlycsökkentést célzó program esetében találtak hosszú távú kedvező hatást a testtömeg gyarapodásának csökkenésével kapcsolatban, ráadásul ez a program nem csökkentette

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

a leszokás sikerességének valószínűségét (B) [2].

Egyes gyógyszeres és viselkedésterápiás kezelési eljárások rövidtávon csökkenthetik a testsúlygyarapodást, de általában a 12 hónapos absztinenciánál ez a mérséklő hatás megszűnik (A).

A testsúlygyarapodás átmeneti gátlása növelheti a dohányzók leszokási motivációját, hogy elsőként a leszokásra összpontosítsanak, és csak ezt követően a testsúly csökkentésére [2].

5. A farmakoterápia célja és lehetőségei

Hazánkban minden igazoltan hatékony és evidenciával bíró nem-gyógyszeres és gyógyszeres leszokás támogató lehetőség elérhető a leszokás gondolatával foglalkozó, vagy leszokni vágyó dohányzók számára. Bizonyított, hogy a leszokás sikeressége növelhető a módszerek kombinációjával, vagyis a tanácsadás minden szintje mellé hatékonyan alkalmazható a farmakoterápia [2]. A farmakoterápia – klinikai vizsgálatok és metaanalízisek szerint – fél-egyéves követést értékelve megkétszerezheti a pszichés támogatás hatását, sőt az első három hónapot tekintve ez az arány még magasabb [119]. A farmakoterápia alkalmazása több héten át javasolt, a gyógyszerek alkalmazási előírata, vagy betegtájékoztatója szerint. Az adherencia bármely leszokás támogató gyógyszerrel kulcs a sikerességhez. A farmakoterápiák közötti egyéni választás a dohányzó és a szakember közös döntése, javaslata lehet.

Gyógyszerek hatása és helye a leszokás során

A nikotin és a nikotin megvonás élettani, pszichés hatásait megismerve fejlesztették ki a farmakoterápiás palettát a sikeres leszokás elősegítésére. Ezek alkalmazásával a nikotin kinetikája és hatása módosul a szervezetben és/vagy a nikotinhiány tünetei mérsékelhetők. További fontos előnye a gyógyszeres támogatásnak, hogy a lecsengő nikotinh hatás mellett a rágyújtás élménye is elmarad.

A leszokást támogató gyógyszerek nem a dohányzás ellen, hanem a motivált leszokási próbálkozás során fellépő megvonási tünetek és a sóvárgás enyhítésére alkalmazandók. Alkalmazásuk feltétele a cigarettaszám csökkentése, és célja a cigaretta teljes letétele. Ugyanez a fokozatos csökkentés majd elhagyás vonatkozik a nikotintartalmú alternatív dohánytermékek abbahagyására is, hiszen a dohányzás ezen formája is tartós nikotinfüggést jelent.

Erősen függő beteg dohányzók – fennálló szervi betegség mellett is tovább dohányzók – esetében a sikeres leszokás elengedhetetlen eszköze a farmakoterápiás támogatás.

A tartós leszokás prediktora és egyben a leginkább kritikus időszaka a cigaretta letételét követő első két hét. Jól mutatja az első leszokási kísérlet sikerét a 12 hetes absztinencia, de az egy éves követésnél fennálló absztinencia ráta a ma alkalmazott gyógyszerek sikerességének fő mutatója. A gyógyszeres módszerek szakember által történő ajánlása, tanácsadással és kontrollal kiegészítve biztosíthatja a várt hatásosságot és biztonságosságot (A) [1, 2].

Minden leszokás támogató formánál a tanácsadó szakembernek tisztában kell lennie azzal, hogy a dohányzásról leszokni próbáló betegek egy részénél jelentős depressziós tünetegyüttes jelentkezhet, és megfelelő tanácsokkal kell ellátniuk a betegeket. A dohányzás gyógyszeres kezeléssel, vagy anélkül történő abbahagyása a fennálló pszichiátriai alapbetegség (például depresszió) fellángolásával társulhat. Ezért ismert, kezelt depresszió esetén, valamint látens pszichiátriai kórkép gyanúja esetén ki kell kérni pszichiáter szakorvos véleményét a leszokás napjának kitűzése előtt [1, 2].

Fontos szempontok a leszokás támogató gyógyszerek esetében:

- előírás szerinti alkalmazás (hatásosság és biztonságosság kontrollja);
- a függőség mértékének megfelelő dózisu és időtartamú alkalmazás;
- a dohányzó komorbiditásainak és állapotának figyelembevételével történő alkalmazás;
- a pszicho-szociális intervenció valamelyik formájával együtt történő alkalmazás (farmakoterápia alatt és utánkövetés során);
- 18 év alatti és várandós dohányzóknak farmakoterápiás készítmény nem ajánlott.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A nemzetközi ajánlások a felnőttek leszokás támogatásához ajánlott gyógyszereket bázisgyógyszer kategóriába (elsővonalbeli, A szintű bizonyíték) vagy másodvonalba (másodvonalbeli, gyenge vagy hiányos bizonyíték) sorolják. Az elsővonalbeli vagy bázisgyógyszerek nikotin- és nem-nikotin tartalmúak lehetnek, ide sorolhatók a nikotinpótló gyógyszerek (NPT), valamint a nikotinmentes bupropion és vareniklin. Jelenleg másodvonalbeli, de a nemzetközi irányelvek szerint ígéretes, Magyarországon is elérhető nikotinmentes készítmény a citizin [2]. A nikotinpótlók OTC gyógyszerek lévén szabadon hozzáférhetők, míg a vareniklin és az újonnan elérhető citizin leszokás támogatásra törzskönyvezett vényköteles tablettá. A bupropion, bár vizsgálatokban referencia gyógyszerként szerepel, Magyarországon csak antidepresszánsként törzskönyvezett, leszokás támogató indikációja nincs.

A bázisgyógyszerek hatását és biztonságosságát kiterjedt randomizált kontrollált klinikai vizsgálati adatbázis, metaanalízis értékelés, megfigyeléses adatbázis és posztmarketing elemzés bizonyítja.

A relapszus prevencióban a klinikai adatok szegényesebbek, de általánosságban elmondható, hogy visszaeső dohányzóknál a bázisterápia mindkét formája ismét alkalmazható.

Speciális dohányzó csoportot jelentenek a várandós és szoptató anyák. A nikotin és bomlástermékei, valamint a dohányfüstben lévő káros anyagok magzatkárosítók, számos méhen belüli és perinatalis szövődeményt okozhatnak, ezért fontos a dohányzás elhagyása várandósság alatt minél korábban és ugyanígy fontos a szülés körüli, illetve szoptatási időszak alatti és utáni absztinencia. Várandósoknál farmakoterápiaként – a haszonkockázat mérlegelése mellett – csak nikotinpótló terápia alkalmazása jön szóba (16 órán át ható tapasz vagy rövid hatású ráógumi, szopogató tablettá), ezt is az egyes országok gyógyszerhatóságai eltérő módon engedélyezik. Több klinikai vizsgálat irányult a várandós időszakra, az adatok ellentmondásosak. Ennek hátterében adherencia probléma és a várandósság alatt felgyorsult metabolizáció is állhat [120]. A várandós dohányzók javasolt kezelési módja a viselkedésterápia.

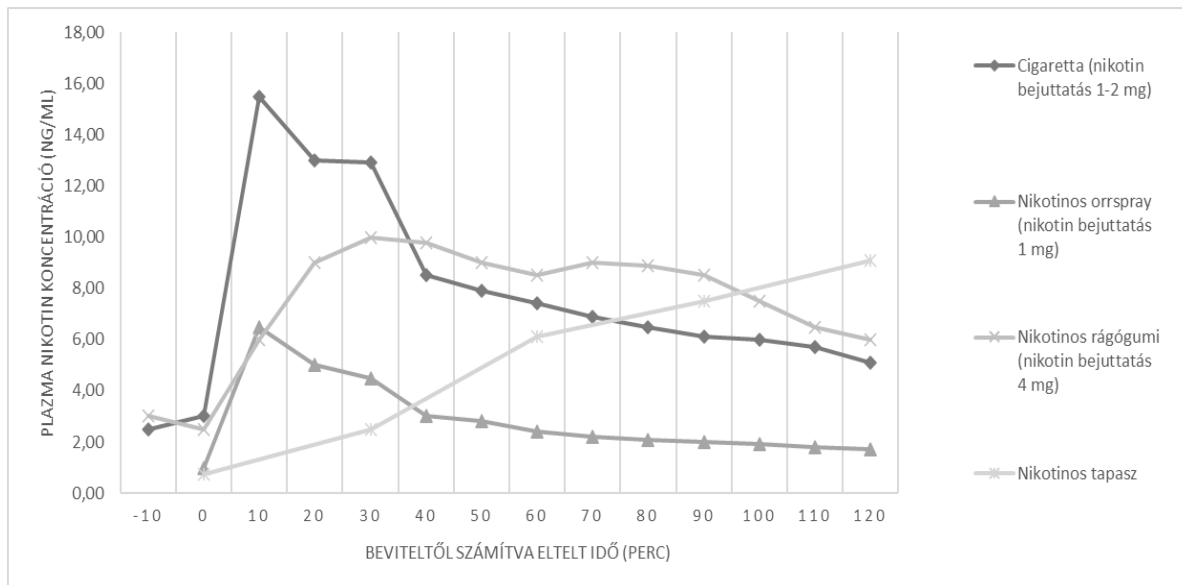
A 18 év alatti dohányzó fiatalok farmakoterápiás kezelésére kevés és nem meggyőző adat áll rendelkezésre, konkrét farmakoterápiás ajánlás nem fogalmazódott meg. A fiatal dohányzók kezelési módja a korcsoporthoz illeszthető leszokás iránti motiváció fejlesztése és az önkontroll technika kialakítása [1].

Nikotinpótló terápia

Alternatív nikotinforrásként az 1970-es évektől ismert és alkalmazott leszokást támogató kezelési lehetőség. Füstmentes formában juttat lassan és egyenletesen, bőrön át felszívódó bólusban, vagy nyálkahártyán keresztül kis dózistartalommal impulzívan ható nikotint a dohányzónak, néhány hetes lépcsőkben fokozatosan csökkentett napi nikotindózissal. Kevesebb napi nikotinmennyiség és/vagy elhúzó egyenletes hatás (alacsonyabb 24 órás plazmakoncentráció, alacsonyabb csúcsertékek) mellett a mezolimbikus nikotinos receptorok száma csökken, a dopamin rendszer aktivitása mérséklődik. Ezáltal fokozatosan csökken a nikotinbeviteli igény, csökken a sóvárgás. Sem a jutalmazás, sem a hiány nem markáns. A nikotinpótlók családján belül a tapaszos formák előírás szerinti használata – a fokozatosan csökkenő nikotinbevitel stratégiája mellett – a rágyújtás élményét is kiiktatják és a sóvárgások kezelésére használatuk kiegészíthető egy-egy rövid hatású, kisdózisú forma alkalmazásával. A 2. ÁBRA a cigarettából, az elhúzó és a rövid hatású nikotinpótlókból származó nikotinszint dinamikáját mutatja be.

2. ÁBRA - A cigarettából és az egyes nikotinpótló termékekből származó nikotin vénás vérben mért koncentrációja és a csúcskoncentrációk elérése az eltelt idő függvényében [26].

A dohányzásról való leszokás támogatásáról



A két fő beviteli formán belül több dózis és formuláció áll rendelkezésre. A transzdermális tapasz forma – a választott nikotindózis mellett – közel egyenletes nikotinjelenlétet biztosít 16 vagy 24 órán keresztül. A kezdődózis és időtartam szerinti választást elsősorban a függőség mértéke (előzetes napi cigarettaszám) irányítja. Ezzel szemben az orális NPT rágógumi, szopogató tablettá formájában (házánkban a nasalis alkalmazási forma nincs forgalomban) a dohányzás gyakoriságát utánozza, de alacsonyabb és ritkább csúcsértékkel, egyénileg a szükséglet (sóvárgás, nyugtalanság) szerint dozírozhatóan, azonban az idő előrehaladásával mindenképpen a használati gyakoriság csökkentése javasolt. Mindezek mellett a rövid hatású készítmény csak mérsékelten csökkenti a megvonási tüneteket. A Dohányzás Súlyossága Index alapján javasolt kezdeti nikotinpótló kezelést a XI. melléklet 5. TÁBLÁZAT Javasolt kezdeti nikotinpótló kezelés a Dohányzás Súlyossága Index alapján tartalmazza.

Leszokási szándék szükséges a használathoz, hiszen a nikotinpótló kezelés lényege a megvonási tüneteken való átsegítés, attól függően, hogy mekkora a nikotinfüggőség mértéke és ezen belül a sóvárgás milyen intenzitású. A helyes használat tájékoztatást és adherenciát igényel, illetve a támogató követés itt is növeli a hatékonyságot. Nikotinpótlás mellett dohányozni vagy más formában nikotint bevinni nem lehet.

Az NPT kezelés a cigaretta letételének napján kezdődik és ajánlottan 8-12 hétig folytatandó, tapasz formula esetén 2-3 hetente lépcsőzetesen csökkentett dózissal, az egyes dózisok több hetes alkalmazásával. A szájon vagy orron át alkalmazott formulák (rágógumi, szopogató vagy szublingvális tablettá, lozeng, orális vagy nasalis spray) használata is ajánlott több héten át, ugyanígy a kombinált alkalmazás is. Hatékonyságuk a használat időtartamától és a megfelelően kiválasztott induló dózistól, napi hatástartamától függ. A tapaszos forma esetén túl alacsony kezdő nikotintartalom mellett megvonási tünetek léphetnek fel, ami hatástalanság érzését és relapszust okozhat. OTC készítményként a formulákról, gyártói készítményekről részletes tájékoztatás kérendő a gyógyszerárban.

A nikotinpótló készítményekről és hatásosságukról klinikai vizsgálati bizonyítékok állnak rendelkezésre és összesített értékelések, illetve metaanalízisek is készültek. A vizsgálatok a monoterápiás leszokási hatékonyságot (esélyhányados) placebóval szemben 1,49-2,48 közé teszik, ez a gyakorlatban megkétszerező hatásosságot jelent, míg a nikotinpótlók kombinációja még tovább növeli a leszokási rátát (EH=2,2-3,6) [2, 121]. A kombinált nikotinpótlás hatékonysága megközelíti a tablettás nem-nikotintartalmú készítményekét. Változatlan dohányzás esetén nikotin túladagolás léphet fel. A vizsgálatok során észlelt mellékhatások az alkalmazás helyén lépnek fel (bőr, nyálkahártya), illetve a nikotin túladagolás tüneteként pulzusszám emelkedése figyelhető meg. A fentiek alapján az NPT a dohányzó tájékozottságát, tájékoztatását igényli. A nem kellő ideig, nem kellő dózisban, nem lépcsősen alkalmazott NPT nem hoz kellő eredményt és a leszokási kísérlet kudarcát vonja maga után. Ajánlott egészségügyi szakember által a leszokási folyamat követése, legalább a három alkalommal megtörténő rövid intervenció, támogatás és kontroll. Nem áll rendelkezésre adat arra vonatkozóan, hogy a dohányzók választását

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

mi dönti el, honnan tájékozódnak, de hasznos lenne a használatra vonatkozó fokozott figyelem az egészségügyi ellátásban és a gyógyszerterekben.

Nikotinmentes készítmények**Bupropion**

A bupropiont eredetileg antidepresszáns szerként alkalmazták, később figyelték meg azokat a hatásait, amelyek alapján effektívnek bizonyult a dohányzásleszokás támogatása terén. A bupropion kettős hatásmechanizmusával emeli a dopamin és a noradrenalin szintjét, valamint lassítja ezek visszavételét a szinaptikus résekből. Így enyhíti a rágyújtásra késztetést és a sóvárgást, csökkenti a megvonási tüneteket. A bupropion hatásfoka a placebo kontrollhoz képest: EH: 1,94; 95%CI (1,72–2,19) [2].

A bupropion – más EU országoktól eltérően – jelenleg Magyarországon nincs törzskönyveztve dohányzás leszokás támogatására.

A bupropion vényköteles (orális) gyógyszerként hasznos lehet a depressziós dohányzók kezelésében, ezért alkalmazásához a pszichiáter szakvéleménye ajánlott (150 mg retard tabletták 1x1, majd 2x1). A bupropionterápia a tervezett leszokási nap előtt 1-2 héttel kell elkezdni. Mellékhatása lehet álmatlanság, izgatottság, étvágytalanság, fejfájás, remegés, szédülés stb.

A dohányzásról való leszokásra kifejlesztett nikotinmentes farmakoterápia

A legkorábban használt citizin és a vareniklin kifejezetten a dohányzás leszokás támogatására kifejlesztett, vényköteles, orális gyógyszerek. BNO kódja: F1720 (nikotinfüggőség), felírása alapellátásban és szakellátásban egyaránt történhet.

Farmakológiájuk és farmakokinetikájuk speciális, ezáltal indikációjuk kifejezetten a dohányzás leszokás segítése. Magas szelektivitással és a nikotinnál nagyobb affinitással kötődnek a mesolimbikus acetilkolin receptorokhoz, ahol parciális agonista és antagonist hatást fejtenek ki. A kettős hatás révén a nikotin kiszorul a kötődésből, míg – gyengébb agonista hatásuk által – csökken a nucleus accumbens sejtjeiben a dopamin termelődése. Mindezen hatások következtében csökken a dopaminerg pályarendszer, a jutalmazási központ aktivitása, enyhülnek a megvonási tünetek és ritkul a sóvárgás, nem esik jól a cigaretta, ha az egyén mégis rágyújt. A dohányzó hiába szívja el a cigarettát, a nikotin nem képes kötődni a receptorhoz. Ez azt eredményezi, hogy elmarad a „jutalmazási” érzés és az ebből adódó pozitív megerősítés.

Vareniklin

A cigaretta letételét a vareniklinterápia megkezdése utáni első hét végére érdemes kitűzni (STOP nap), de – klinikai vizsgálati adatok alapján – szedése mellett a későbbi (1-5. hét közötti STOP nap) cigarettalététel is eredményes lehet (azaz előfordulhat, hogy a páciens a gyógyszer szedése mellett csökkentett dózisban még rövid ideig tovább dohányzik és flexibilisen választ leszokási dátumot). 12 hetes terápia javasolt, de ez meghosszabbítható egy további 12 hetes kezeléssel, ami tovább javítja a tartós leszokási rátát a már az első kezelési periódusban is absztinensek körében [2, 119, 122].

Effektív és biztonságos módszer. Kontrollált klinikai vizsgálatokkal igazolva – nem beteg dohányzóknál – hatásossága (absztinencia aránya) a kezelési periódusnak számító 3 hónapos és az egyéves értékelésnél is szignifikánsan meghaladja a placebo (tanácsadás) és jelentősen meghaladja a bupropion és a nikotinpótló készítmények hatását [2, 122].

Két azonos, kettős vak klinikai vizsgálat hasonlította össze prospektíven a vareniklin (napi kétszer 1 mg), a nyújtott hatású bupropion (napi kétszer 150 mg) és a placebo hatásosságát a dohányzás abbahagyásában [123, 124]. Ezekben az 52 hetes időtartamú vizsgálatokban a betegek 12 héten át kaptak kezelést, amelyet egy 40 hetes kezelésmentes időszak követett. A két vizsgálat primer végpontja a szén-monoxid mérésével igazolt, 4 hetes

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

folyamatos absztinenciaráta volt a 9. héttől a 12. hét végéig. Minden kezelési ágban a kontroll időpontjában rövid konzultáció is történt. A fenntartó dózisban adagolt vareniklin hatásossága (absztinencia aránya) a kezelés 12. heténél 44%, a kontroll bupropion hatékonysága 29,5%, a placebo (tanácsadás) hatékonysága 17,7% volt. Vareniklin vs. placebo 9-12. hét közötti kezelési szakaszt értékelve EH: 3,85; 95%CI (2,70-5,50) $p < 0,001$; 52. hétnél EH: 3,09; 95%CI (1,95-4,91) $p < 0,001$. (két klinikai vizsgálat összevont adata). A vareniklin eredményesebbnek bizonyult a bupropionnal és a placebóval szemben. A két vizsgálatban az aktív kezelési fázisban a dohányzás utáni vágy és a megvonási tünetek a placebóhoz képest szignifikánsan csökkentek a vareniklin csoportba randomizált betegek körében. A vareniklin a placebóhoz képest szignifikánsan csökkentette a dohányzás pozitív megerősítő hatásait is, amely a kezelés során dohányzó betegekben fenntartja a dohányzás szokását.

Krónikus betegségben (ischemiás szívbetegség és COPD) szenvedő közepesen vagy erősen függő dohányzó betegeknél is igazolt a vareniklin szignifikáns hatásossága és biztonságossága csakúgy, mint pszichiátriai betegeknél. Ez utóbbi csoportban sem volt rosszabb kezelési kimenetel vagy nagyobb mellékhatás gyakoriság [125-127].

A gyógyszerhatóságok előírása szerint vareniklin alkalmazása előtt fel kell tárnai az esetleges pszichiátriai betegséget, illetve a kezelés során fellépő pszichiátriai jellegű tünetek esetén a kezelést félbe kell szakítani. A leggyakoribb nemkívánatos hatások azonban minden klinikai vizsgálatban és a metaanalízisek adatbázisaiban: émelygés, hányinger, különös álmok, fejfájás (XI. melléklet 6. TÁBLÁZAT Nemkívánatos események a leszokás során). A legtöbb panasz közepes, vagy enyhe súlyosságú és átmeneti. Más gyógyszerekkel együtt adható [2, 122].

Tíz randomizált, placebokontrollált vizsgálat biztonságossági adatait elemezve vareniklin kezelés mellett 10,7%-ban észleltek pszichológiai adverz eseményt (nem alvászavart), míg placebo mellett 9,7%-ban fordultak elő ilyen zavarok (RK: 1,02) [2].

A gyógyszer felírása során tájékoztatni kell a beteget a kezelés ajánlott időtartamáról, a dohányzásról, a leszokás napjának kitűzéséről és az adagolásról. Depresszív hangulatzavar fennállása esetén előzetes szakorvosi vizsgálat szükséges, és csak stabil állapotban kezdhető a terápia. A kezdődózis 0,5, illetve 2x0,5 mg, a fenntartó dózis 2x1 mg. A cigaretta letételét az alkalmazási előirat a terápia megkezdése utáni 8. npra javasolja. A javasolt kezelési időtartam 3 hónap, rendszeres kontrollal vagy viselkedésterápiás kezeléssel kiegészítve. Szükség esetén a napi dózis felezhető, illetve a terápia hossza növelhető [128].

A vareniklin 2006 óta világszerte elérhető a felnőtt dohányzók leszokásának elősegítésére. Hatásosságát, hatékonyságát és biztonságosságát nagyszámú randomizált kontrollált klinikai vizsgálat bizonyítja, monoterápiás alkalmazást tekintve a leghatékonyabb leszokás támogató gyógyszer, egyszerű orális formulával és áttekinthető alkalmazási javaslattal [2]. Az irányelv összeállításakor a gyártástechnológia változtatása miatt a gyógyszer nem hozzáférhető.

A két nagy bázisterápia hatékonyságának összevetése is lehetséges a publikált metaanalízisek alapján. Egy ilyen elemzés egyik fontos megállapítása, hogy a kombinált NPT hatékonysága megegyezhet a vareniklin hatékonyságával (EH=1,06; 95%CI (0,75-1,48)) [119].

Citizin

A Cochrane adatelemzés adataira támaszkodva Hajek és munkatársai 2013-ban publikáltak átfogó áttekintést a már korábban is használt citizin leszokás támogató hatékonyságáról és biztonságosságáról [129]. Nyolc kontrollált klinikai vizsgálatban bizonyult hatékonyak (EH=1,57; 95%CI (1,42-1,74)), hatékonyságát ezen belül két placebo-kontrollált vizsgálat adatait egyesítve is értékelték. Ez utóbbi vizsgálatok metaanalízise szerint a citizin csoportban az összetett hatékonysági mutató az absztinencia rátát tekintve háromszorosra emelkedett hat hónapos követés során a placebóval szemben (EH=3,29; 95%CI (1,84-5,90)). A leggyakoribb mellékhatások gastrointestinális jellegűek voltak (12% vs. 7,2%), nem volt különbség a fejfájást, álmatlanságot és émelygést

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

tekintve a kezelt és placebo csoport között. A súlyos mellékhatások száma nem különbözött a citizin és placebo csoportban. A munkacsoport a citizin hatékonyságát, biztonságosságát, mellékhatás profilját és tolerálhatóságát a már ismert és jól dokumentált leszokás támogató gyógyszerekkel is egybevethetőnek találta. A fentieket megerősítette egy 2016-ban publikált Cochrane metaanalízis, kiegészítve a citizinnek a nikotinpótlóval történő összevetésben észlelt nagyobb hatékonyságával [130].

A citizin felírásakor tájékoztatást kell adni a szedés elkezdésének módjáról, a dohányzás abbahagyásáról, a napi dózisiról, a várható mellékhatásokról és a kezelés időtartamáról.

A citizin esetében is a néhány napos feltitrlás megengedi a még megmaradt, lecsökkentett dohányzást, de adott napon (a terápia 5. napján) a cigarettát le kell tenni. Általában a jellemző enyhe vagy közepes súlyos mellékhatások a kezelés elején jelentkeznek, később elmúlnak és legtöbbször a nikotin megvonásával hozhatók összefüggésbe. Néhány tartósan szedett gyógyszer vérszintje emelkedhet, ezek dózisa kontrollálandó [131].

Előnye a citizin alkalmazásának a tablettás adagolási mód, a szemléletes szedési útmutató és a 25 napos kezelési időtartam. A legutolsó európai irányelv a széles körű elérhetőséget, tolerálhatóságot, hatékonyságot és biztonságosságot, illetve az alacsony önköltséget tekintve igen reménykeltő gyógyszerként minősíti a citizint, mely különösen jól illeszthető szervezett leszokás támogató programokhoz is [2].

Összefoglalás

A dohányzás leszokás támogató bázisterápiának számító nikotinpótló kezelés, a bupropion, a vareniklin (A/a) és a citizin (B/b) egyaránt növelik a sikeres leszokás esélyét és biztonságosságuk megfelelő a dohányzók széles körében. Monoterápiában leghatékonyabb a vareniklin, de a nikotinpótlók kombinációja a vareniklinnel azonos hatékonyságú lehet és hatékonyabb, mint a NPT monoterápiában alkalmazva. A citizin egyszerűen és biztonságosan alkalmazható, hatékony leszokás támogató gyógyszerként jelent meg terápiás lehetőségeink között. A vényköteles leszokást támogató gyógyszerek igen nagy előnye a nem vényköteles nikotinpótló gyógyszerekkel szemben, hogy mindenképpen kapcsolódik hozzá magasabb szintű (orvosi) tájékoztatás, amely növeli a gyógyszer adherenciát, ezen keresztül pedig az absztinenciaarányt.

A hatékony leszokás támogatás két alapköve a nikotinfüggés és a szokásfüggés csökkentése. Ehhez egyre több elérhető leszokás támogató konzultációs és intenzív támogatási forma és – hasonlóan más krónikus betegséghez – farmakoterápiás lehetőség áll rendelkezésre [2, 3, 132, 133].

A XI. mellékletben 7. TÁBLÁZATBAN A farmakoterápiás készítmények jellemzői láthatók.

6. Leszokást támogató ellátási algoritmus

A leszokás támogatás kétlépcsős ellátási szintjei

Valamennyi, alapellátásban és szakellátásban dolgozó szakembertől elvárható, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását (A), erősítse meg a dohányzó leszokási szándékát, a motivációját. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a minimálintervenciót. Ez jelenti a leszokás támogatásának első szintjét. Kevésbé időigényes, mint a programozott leszokás támogatás, az esetek egy részénél azonban megfelelő lehet, illetve bevezetheti a későbbi, második szintű intenzív leszokás támogatást (lásd 1. ÁBRA).

Magyarországon is jelen van minden támogatási forma, amely irányelvekben megfogalmazódik. A “tudunk segíteni” tanácsadói attitűd a dohányzók sokfélesége mellett is tájékoztatást tud adni a dohányzónak, többféle szempontot figyelembe véve. Szakmapolitikai megfontolás szerint elsődleges cél lehet az intenzív leszokás támogató tanácsadás intézményesített bővítése, amely szakmafüggetlen ambuláns tevékenységet jelent és kapcsolódhat a társszakmák ellátásaihoz. Dohányzó betegek, magas kockázatú páciensek esetében javasolt a

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

magasabb (szakemberi) szintű tanácsadásba való referálás, amely része lehet a betegellátásnak.

Első szint:

- Minimálintervenció és motiválás, szükség esetén javaslattétel farmakoterápiára.
- Helyszíne: alapellátás, ezen belül védőnői ellátás, járóbeteg ellátás, egészségfejlesztési iroda

Második (szakemberi) szint:

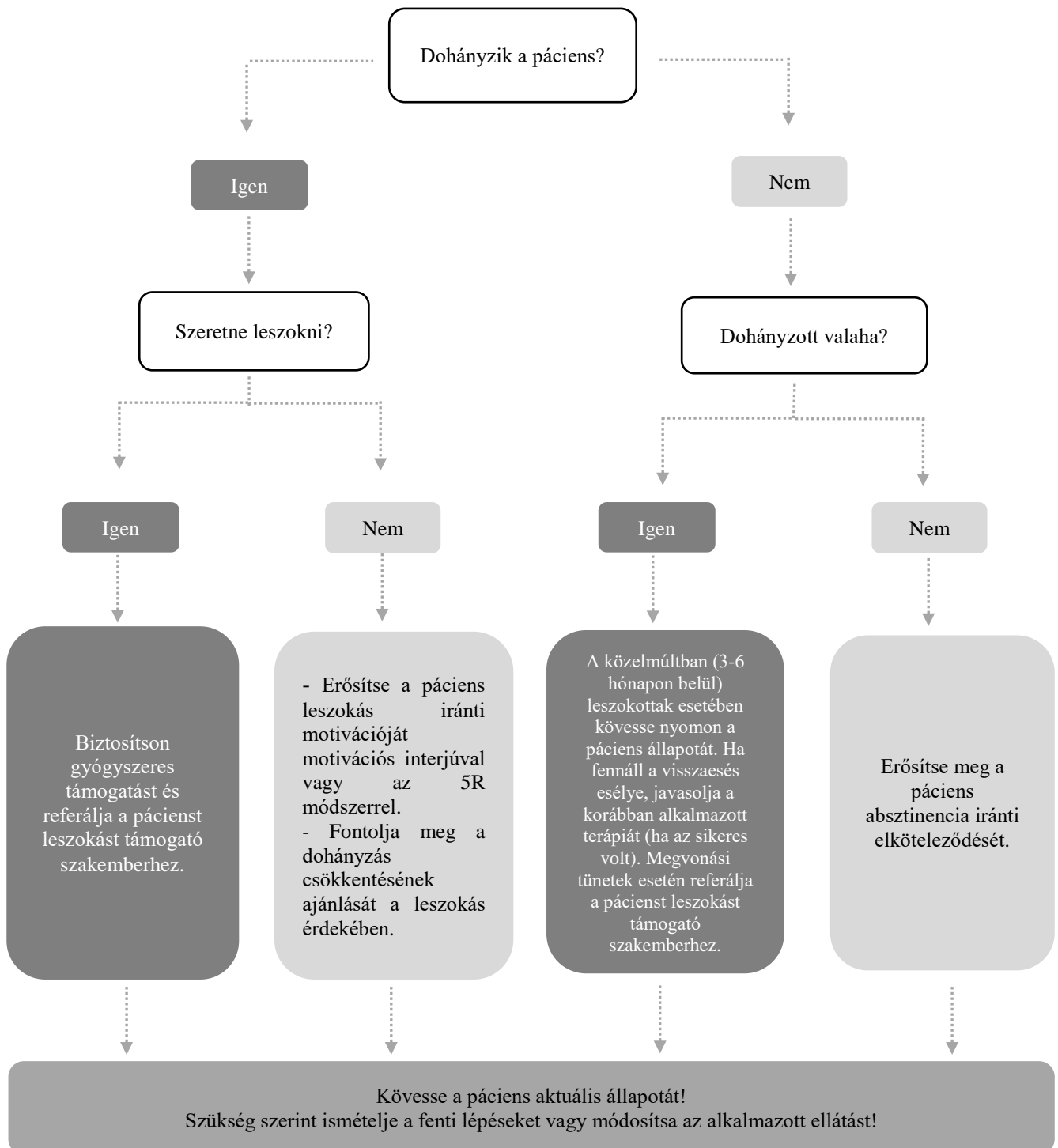
- Intenzív, programszerű vagy programozott leszokás támogatás: viselkedésterápia, szükség esetén farmakoterápiával.
- Helyszíne: leszokást támogató szakembert alkalmazó ellátó

Az ellátási szint kiválasztása**Dohányzási státusz és a dohányzó motivációja**

Az egészségügyi szakembereknek minden dohányzóval foglalkozniuk kell, és a leszokásra való motiváltság mértékétől függetlenül segítséget kell nyújtani a leszokáshoz. A leszokás támogatás szakemberi szintje felé történő referálás és/vagy a farmakoterápiás lehetőség kiválasztása azonban erősen függ a dohányzási státusztól és a dohányzó leszokás iránti motivációjától. Az intenzív tanácsadási formák tartalmának és hasznának hozzáértő ismertetése növelheti a dohányzó motivációját. Az egészségügyi gyakorlatban négyféle helyzettel találkozhat az ellátó, melyekhez az alábbi megközelítések javasoltak (lásd 3. ÁBRA):

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

3. ÁBRA - A leszokás támogatása a mindennapos egészségügyi gyakorlatban



Azon dohányzókat, akik aktuálisan nem szeretnének leszokni, motiválni kell a mihamarabbi leszokásra. Tizennégy randomizált vizsgálat metaanalízése alapján a motivációs interjú alkalmazása a minimálintervencióhoz vagy a megszokott gyakorlathoz viszonyítva 30%-kal növelte a féléves leszokási arányt.

Az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás hatékonyságát növeli a nem gyógyszeres módszer kombinációja gyógyszeres kezeléssel (A) (EH=1,27; 95% CI (1,02-1,58)) (a csak tanácsadási helyzethez viszonyítva) és viszont, a gyógyszeres kezelés hatékonyságát növeli a tanácsadás (A) (EH=1,82; 95% CI (1,66-2,00)) a csak gyógyszeres

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

kezeléshez viszonyítva [3]. 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 páciens beleegyezésével – a tanácsadónak konzultálnia kell a páciens kezelőorvosával. Ezzel párhuzamosan, egy már bevezetett gyógyszeres kezelés során fel kell ajánlani az intenzív egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás lehetőségét ott, ahol erre megfelelően képzett szakember, valamint szakrendelés rendelkezésre áll. A gyógyszeres kezelés és az intenzív tanácsadás hatékonysága egyenes arányban nő a tanácsadási alkalmak számával, éppen ezért – amikor csak lehet – a gyógyszeres kezelést több intenzív tanácsadási alkalommal is ki kell egészíteni [2, 3].

Krónikus légzőszervi, valamint szív- és érrendszeri, közepes vagy erős függést mutató betegeknél szignifikánsan jobb leszokási eredmény érhető el farmakoterápiával, illetve a farmakoterápia és a pszichés támogatás kombinációjával. Ismert szervi betegek leszokás támogatása során erős nikotinfüggéssel kell számolni, amely befolyásolja a választandó terápiát [1, 2].

Az ellátóhely kompetenciája, lehetőségei

A tanácsadás kétfélcős ellátása szükségessé teszi az egészségügyben dolgozók tájékozottságát a dohányzó páciensnek nyújtható és felajánlható segítséget tekintve. A képzett tanácsadó az ellátóhely lehetőségei és igényei szerint végezhet, szervezhet egyéni programszerű vagy programozott csoportos tanácsadást, illetve farmakoterápiával kiegészített terápiát.

A hazai leszokást támogató ellátás jellemzői:

Az egészségfejlesztési irodák (EFI) dohányzásról való leszokást támogató szakemberei a területi ellátásban jelentős szerepet játszanak.

Hasonló lehetőséget kínál a háziorvosi praxisközösségek ellátási rendszerében alkalmazott leszokást támogató szakember.

Gondozást végző szakorvosi ellátásban képzett leszokás támogató szakemberek lehetnek, így hazánkban leggyakrabban a tüdőgondozói rendeléseken. A dohányzás okozta szövödmények miatt kiemelten szükséges lenne a leszokást támogató szakemberi ellátás bevonása, illetve a szakemberi ellátásba történő referálás az angiológiai-érsébeszeti ellátásban, az intervenciós kardiológiai ellátásban és utógondozásban, kardiológiai rehabilitációban, diabétesz és stroke ellátásban, onkológiai ellátásban, várandósgondozásban.

7. A dohányzás és a leszokás támogatás speciális célcsoportjai, intézményi/ellátói szükségletei

A dohányzás abbahagyása minden dohányzó érdeke. Vannak azonban olyan csoportok, akik esetében koruknál (pl. serdülők vagy fiatal felnőttek) vagy állapotuknál fogva (pl. a várandós nők) a megfelelő támogató módszer kiválasztása a szokásosnál is fokozottabb körültekintést kíván. Rizikócsoportba tartozónak tekintjük továbbá a dohányzó szív- és érrendszeri betegeket, krónikus légzőszervi betegeket és a cukorbetegeket. Külön szakaszban foglalkozunk a pszichiátriai betegek, illetve a fel nem ismert, úgynevezett látens pszichiátriai betegek leszokásának a kérdésével.

Dohányzó nők

A dohányzás csökkenti a termékenységet és növeli a meddőség kockázatát. A női meddőség hátterében 13%-ban a dohányzás káros hatása áll. A dohányzó nők esetében átlagosan két hónappal később történik a fogamzás szemben azokkal, akik nem dohányoznak vagy legalább egy éve abbahagyták [3].

A dohányzás megváltoztatja az ösztrogén metabolizmusát premenopauzában és menopauzában is. A dohányzás és fogamzásgátlás együttes fennállása trombogén kockázatot jelent. Menopauzában a csökkent ösztrogénszint következtében megnövekszik a szív- és érrendszeri megbetegedés kockázata. A középkorú dohányzó nőknél atherogen lipidprofil, így gyakoribb koszorúér-megbetegedést és annak klinikai megjelenési formáit lehet

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

kimutatni. Az erősen dohányzó nők kardiovaszkuláris veszélyeztetettsége többszöröse a nemdohányzókének (A) [107].

Az adatok szerint a nők gyakrabban kérnek és fogadnak el segítséget a leszokás küzdelméhez, mint a férfiak. Mivel a nők hajlamosabbak az elhízásra, a depresszióra, és a hormonális ciklus is inkább meghatározza a kedélyállapotukat, fontos figyelembe venni ezeket a tulajdonságokat is a leszokási módszer kiválasztásánál.

Várandós dohányzók

Európában a nők 6-19%-a dohányzik a várandósság alatt, és a leszokó nők nagy része a szülés után újra visszatér a dohányzáshoz [2]. A várandósság alatti dohányzás hatására a méhlepény ereinek szűkülete és összehúzódása következtében fellépő oxigénhiány súlyos hatással van a magzat növekedésére és fejlődésére, és rontja későbbi életkilátását. Dohányzó várandósok esetében a születéskor mért testtömeg 200-250 grammal alacsonyabb a normatív értékhez képest. A lepényi keringés károsodása következtében gyakrabban kell spontán vetéléssel, magzati halálózással, koraszüléssel számolni. A dohányzó várandósok újszülöttjei kis súlyúak, gyakran 2500 gramm alattiak, és ehhez gyakrabban társulnak a legkülönbözőbb kórállapotok. A fejlődésbeli lemaradást nehezen hozzák be ezek az újszülöttek. A várandósságuk alatt dohányzó anyák gyermekein még tízéves korukban is mutatkozhat értelmi, érzelmi fejlettségbeli lemaradás és ezekből eredő viselkedési probléma (A). A várandósság alatti dohányzás némely gyermekkori rosszindulatú daganat előfordulásának a kockázatát is megnöveli [2].

Napi 1-5 cigarettát elszívó nők esetében a méhen kívüli várandósság kockázata 1,6-szorosára, napi 11-20 cigarettát szívók esetén 2,3-szorosára nő. A másodlagos dohányzás is negatív következményekkel jár a várandósság kimenetelére. Mind a dohányzó, mind a dohányfüstöt passzívan elszenvedő várandós anya vérében kimutatható többek között a kotinin és a kadmium, amelyek a köldökzsinór működésére hatva bizonyítottan gátolják a magzat növekedését. Hazai és nemzetközi tanulmányok igazolják, hogy az újszülött születési súlya a másodlagos dohányzók esetében kb. 100-150 grammal alacsonyabb a másodlagos dohányzásnak nem kitett várandósok újszülöttjeihez képest. Az alacsony testtömeghez továbbá kisebb hossz-, törzs- és fejkörfogot is társul. A másodlagos dohányzásnak kitett várandós nőknél 23%-kal nagyobb az esély a halvaszületésre és 13%-kal nagyobb valószínűséggel veleszületett fejlődési rendellenességgel hozzák világra gyermeküket [2].

A dohányzó várandósok három csoportba sorolhatók: vannak, akik spontán leszoknak, mások akkor teszik le a cigarettát, amikor megtudják, hogy várandósok, és vannak, akik továbbra is dohányoznak. Azok számára, akik önszántukból nem tudnak leszokni, bizonyított, hogy a 15 perces intenzív tanácsadás szignifikánsan növeli a dohányzás abbahagyását, a rövidebb és kevésbé egyénre szabott beavatkozásokkal szemben [2].

A viselkedésterápiás beavatkozások hatékonyan növelik az absztinenciát a várandós nők körében (RR 1,44; 95% CI (1,19-1,73)). A várandósok dohányzásról való leszokás támogatása nehéz feladat, mert a várandós nők számára nehezebb leszokni a dohányzás mögött meghúzódó szociális, gazdasági és egyéb fizikai okok miatt. A nikotin anyagcsere a várandósság alatt 60-140%-kal nő, ami hozzájárul az erőteljesebb sóvárgáshoz, ezáltal a leszokási nehézségekhez. Jól képzett egészségügyi szakemberek eredményesen léphetnek fel a dohányzással szemben, megragadva a „tanítható pillanatot” amikor a várandós anyák fogékonyabbak lehetnek a dohányzás abbahagyására. Fontos, hogy a dohányzás súlyos káros hatásai visszafordíthatók, ha a dohányzást a várandósság korai szakaszában abbahagyják. A bizonyított tény, hogy azok a nők, akik az első trimeszterében abbahagyják a dohányzást, hasonló súlyú újszülöttet szülnek, mint azok, akik soha nem dohányoztak [2].

Minden várandós nővel foglalkozó egészségügyi szakembernek, beleértve a háziorvosokat, szülésznőket, szülész-nőgyógyászokat, védőnőket és ápolókat, ismernie kell a legfrissebb bizonyítottan hatékony módszereket és alkalmazni azokat (A) [2].

Az egészségügyi szakembereknek határozott, ítélezéstől mentes tanácsot kell adniuk minden dohányzó nőnek a leszokásról, és segíteniük kell a dohányzóknak a leszokásban, ami magában foglalja a várandósság és a korai szülés utáni időszak alatti nyomon követést (A) [2]. A viselkedésterápia jelentősen javítja a dohányzásról való leszokás eredményét várandósokban, ezáltal növeli az újszülött súlyát és csökkenti a koraszülés kockázatát (A)

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

[134].

A nikotinpótló szerek alkalmazásának hatékonysága várandósság alatt ellentmondásos, ezért használata a leszokás támogatást végző szakember mérlegelése alapján csak olyan várandósoknál javallott, akik csak viselkedésterápiával nem tudnak leszokni (B) [134].

Megfelelő vizsgálatok hiányában, a bupropion és a vareniklin nem javallott leszokás támogatásra várandósság alatt (a bizonyíték szintje nem ismert) [120, 134].

Erőteljesen vitázni kell azzal a nézettel, hogy a dohányzó várandósnál a nikotin hiánya károsabb lehet a magzatra, mint a nikotinbevitel fennállása. Bár a dohányzás abbahagyásának legnagyobb haszna akkor van, ha még a várandósság előtt, de legalábbis a legelején (1. trimeszter) kerül rá sor, a leszokás bármely időpontban fontos és hasznos mind az anya, mind a magzat szempontjából, így a várandósság előtt, alatt és után is folyamatosan biztosítani kell a segítséget személyes tanácsadás formájában (A) [2].

Sok nő visszaszokik a szülés után. A csecsemőbe az anyatejjel nikotin jut, ha a szoptató anya dohányzik. A (már) nem szoptató anyák esetében pedig a másodlagos dohányfüstexpozíció gyermekre kifejtett káros hatásával kell számolni. Érdemes ennek megelőzésére ismételni a leszokás támogatást a szülést követően. A kórházi hazabocsátás előtt és a szülés utáni otthoni családlátogatások során a szülés utáni tanácsadásnak mindkét szülő esetében ki kell terjednie a visszaesés megelőzésére (A) [2]. A tájékoztató füzetek és az ismételt leszokási próbálkozás is hasznosnak bizonyultak e csoport visszaszokásának megelőzésében és leszokásának elősegítésében.

Serdülők

A dohányzók kb. 90%-a 21 éves kora előtt kezd dohányozni. A nikotinfüggőség gyorsan kialakul és a rendszeresen dohányzó fiatalok nagy része felnőttkorban is dohányozni fog. A serdülőkori dohányzás korai felismerése és kezelése kulcsfontosságú a rövid-, vagy hosszabbtávú súlyos egészségügyi következmények megelőzésében. A legfontosabb népegészségügyi törekvésnek a dohányzás primer prevenciójának kell lennie, az iskolai tantervbe történő beépítéssel. Az egészségügyi dolgozóknak – ezen belül is elsősorban a gyermek-alapellátás, valamint az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat szakembereinek –, fontos szerepük van a gyermekek, serdülők rászokásának megelőzésében a dohányzással kapcsolatos ismeretek átadásán keresztül, támogatva ezzel az egészségnevelési feladatot.

Az e-cigaretta használata is egyre népszerűbbé vált a korosztály körében. Komoly aggodalomra ad okot, hogy az e-cigaretta használata növelheti a napi dohányzásra való áttérés esélyét és alááshatja a leszokási kísérletekre tett erőfeszítéseket.

Számos személyes, környezeti és társadalmi tényező játszik szerepet a leszokás kimenetelében. Azon serdülőknél, akiknél magasabb a napi cigarettafogyasztás, valamint az alkoholfogyasztás, kevésbé valószínű a dohányzás abbahagyása [2]. A dohányzó barátok megléte is alacsonyabb leszokási aránnyal társul [2].

A fiataloknak nyújtott leszokást támogató tanácsadás során figyelembe kell venni, hogy a legtöbb esetben alábecsülik saját nikotinfüggőségüket és úgy vélik, hogy bármikor könnyen leszokhatnak a dohányzásról. Felmérések alapján a tizenéves korosztály nagy része gondolkodik a leszokáson és kísérletet is tesz arra, azonban próbálkozásaik ritkán tervezettek és sikeresek [2]. A leszokni vágyók közül legtöbben úgy döntenek, hogy abbahagyják a dohányzást szakképzett segítség nélkül, a kutatások azonban kimutatták, hogy a dohányzás abbahagyására irányuló programokban résztvevő fiataloknak kétszer akkora esélyük van a sikeres leszokásra [2].

A gyermekek és serdülők dohányzásprevencióját az iskola-egészségügynek kiemelt feladatként kell kezelnie! Ajánlott, hogy az erre kiképzett iskola-egészségügyi szakember működjön közre dohányzásleszokást támogató csoportfoglalkozások létrehozásában, külön a diákok és külön a dohányzó pedagógusok számára. Az

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

egészségügyi szakembereknek és a serdülőkkel dolgozó pedagógusoknak tisztában kell lenniük a tizenéves dohányzók igényeivel és preferenciáival [2]. A leszokást támogató tanácsadást a serdülők sajátos hiedelmeihez, érdeklődéséhez kell igazítani annak érdekében, hogy számukra a legmeggyőzőbb legyen. Kutatások azt találták, hogy a tizenévesek az egészségi következményeket, a csökkenő sportteljesítményt és csökkenő vonzerőt tartották a legfontosabb leszokás melletti érveknek. A dohányzás rövid távú hatásai meggyőzőbbnek bizonyultak, mint a hosszabb távúak [2]. A tanácsadás során szerepet kaphat a korosztályt érintő témák megközelítése, mint például az identitás kialakulása, családtól való függőség, a kortársakkal való azonosulás és az autonómia iránti vágy [2].

Serdülő dohányzóknál a viselkedésterápia a leghatékonyabb leszokás támogatási módszer (A) [134].

A korosztály esetében a legjelentősebb hatást az olyan viselkedésterápia alapú intervenciók érték el, mint az önmegfigyelésre, a megküzdési képességek erősítésére, a motiváció növelésére és a társas hatások kezelésére irányuló stratégiák [2]. Biztató eredmények kapcsolódnak az operáns kondicionálás elvét követő technikákhoz, amelynek során a kívánt viselkedést (pl.: a dohányzástól való tartózkodást) közvetlenül megerősítik jutalmakkal (pl.: utalványok, pénz). Az eredmények azt sugallják, ez a módszer önmagában vagy kognitív-viselkedésterápiával kombinálva hatékonyan ösztönözheti a serdülőket a dohányzásról való leszokásra.

A dohányzás káros hatásait ismerő gyermekek fontos szerepet játszanak a dohányzó szülők leszokásának motiválásában. Tájékoztatni kell ezt a csoportot a dohányfüst-expozíció (másodlagos dohányzás) káros hatásairól is. A szülők tájékoztatása a gyermekek másodlagos dohányzásnak való kitettségének kockázatairól csökkentheti az expozíciót, valamint a szülők dohányzási arányát. Ha a gyermek dohányzó családból származik, vagy ki van téve a másodlagos dohányzásnak, akkor javasolt a szülőknek is tanácsadást biztosítani. Kutatási eredmények alapján a tanácsadásban részesült szülők körében megnövekedett a leszokás iránti érdeklődés, a leszokási kísérletek száma, valamint a dohányzást abbahagyók aránya [2].

A tizenéveseket különböző kezelési formák segítségével lehet megközelíteni: egyéni vagy csoportos ülésekkel, egyéni telefonos tanácsadással, illetve az egyéni tanácsadást kombinálva telefonos vagy internetes üzenetekkel.

A dohányzásról való leszokás telefonos vonalai vonzóak lehetnek a tizenéves korosztály számára, ugyanis könnyen hozzáférhetők, részben anonimek tudnak maradni, és a hívó számára személyre szabhatók egy strukturált protokollon belül.

Az iskolai leszokást támogató programoknak számos előnye van, beleértve a serdülő korosztályhoz való nagy hozzáférési arányt. Vizsgálatok azt mutatják, hogy a serdülőkorúak dohányzásról való leszokását célzó programok nagyobb valószínűséggel hatékonyak, ha iskolai keretek között kerülnek megrendezésre, és a korosztály is az iskolai környezetet részesíti előnyben a leszokás támogatására más intézményekkel szemben [2]. Az eddigi néhány tapasztalat szerint az iskolákban működő, hosszabb időszakot felölelő, multimodális megközelítésű programok mellett csökkenthető a cigarettafogyasztás és a dohányzó fiatalok aránya.

Növekvő érdeklődés figyelhető meg a serdülőkorúak dohányzás leszokás támogatásában a technológia (pl.: szöveges üzenetek, digitális önszegítő anyagok, alkalmazások) bevonását illetően. Ezek hatékony stratégiának bizonyulnak a serdülők napi dohányzásának csökkentésében, azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján javasolt a technológia alapú beavatkozásokat személyes tanácsadással kiegészíteni [2].

A dohánytermék hirdetéseknek való kitettség nagyobb valószínűséggel jár együtt a serdülőkorúak dohányzásának megkezdésével vagy folytatásával (B) [2]. A cigaretta árak növelése összefüggést mutat a fiatalok nemdohányzók dohányzási szándékának csökkenésével, valamint a dohányzás csökkentésével és abbahagyásával (A/B) [2]. A korosztály számára való értékesítés korlátozását és tiltását célzó intézkedések is csökkentették a cigarettafogyasztást ebben a korcsoportban (B) [2].

Serdülők kezelésekor, naponta előforduló dohányzás és erős nikotinfüggőség esetén nikotinpótló terápia javasolt (B). A leszokás hatékonyságának növelése érdekében a nikotinpótló terápiát viselkedésterápiával kombináltan kell alkalmazni (A) [134]. A felnőttek dohányzás leszokásában jóváhagyott nikotinmentes gyógyszereket tekintve

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

nincs elegendő bizonyíték arra, hogy bármelyik ajánlott legyen a serdülők kezelésében [134].

Az egészségügyi szolgáltatóknak minden gyermekkorú és serdülőkorú pácienset meg kell kérdezniük a dohányzásról és az e-cigaretta használatról (A), valamint javasolt azt dokumentálniuk.

Állást kell foglalniuk a teljes dohány- és nikotinmentesség mellett, továbbá rövid tanácsadást és segítséget kell nyújtaniuk a leszokás elősegítésének érdekében (B).

A szakembereknek a tanácsokat a serdülő dohányzókra kell szabniuk, kiemelt figyelmet fordítva a rövid- és hosszútávú egészségi hatásokra, a személyes higiéniára (pl.: szag, rossz lehelet), a sportteljesítményre, a vonzerőre és a dohányzás költségeire (C).

A gyermek- és ifjúságegészségügyi szolgáltatóknak részt kell venniük dohányzásról való leszokásról szóló képzésben, hogy növeljék képességüket a dohányzó serdülők megszólítására a leszokás támogatásának céljából (A). A motivációs interjúk hatékonyan csökkentik a serdülőkorúak napi dohányzását (B).

A minimálintervenció és az „5A” módszer alkalmazása javasolt klinikai környezetben [2].

Dohányzó krónikus betegek, magas kockázatú dohányzók

Ismert betegséggel küzdő és tovább dohányzó betegek erősen függőnek tekinthetők. Sikeres leszokás a nem-gyógyszeres és gyógyszeres kezelés kombinációjával érhető el. Szükséges lehet minden orvos-beteg találkozásnál a minimálintervenció ismételt alkalmazása, a motivációs intervenció során a leszokást akadályozó tényezők és a sikertelen leszokási próbálkozások okának feltárása, a leszokás támogatásának felajánlása és sikeres absztinenciát követően a követés és relapszus prevenció.

Szív- és érrendszeri betegek

A dohányzás abbahagyása a kardiovaszkuláris preventív intézkedések közül a leghatékonyabb intézkedés, jelentős mértékben csökkentve a kardiovaszkuláris mortalitást és morbiditást. A kardiovaszkuláris betegségtől mentes életév-nyereség jelentős minden életkorban [135]. A szív- és érrendszeri betegséggel kórházba kerülő betegeknél a kórházi kezelés ideje alatt el kell kezdeni a leszokás támogatást (beleértve a farmakoterápiát) (A). A kórház elhagyását követő egy hónapban végzett szoros követés növeli a leszokás arányát (A) [134]. Stabil szív- és érrendszeri betegségben szenvedő betegeknél biztonságosan alkalmazhatónak és hatékonyan bizonyultak a nikotinpótló terápiák, a bupropion és a vareniklin (A) [134].

COPD betegek

Az intenzív tanácsadás és a farmakoterápia kombinációja a leghatékonyabb módszer a COPD beteg leszokás támogatására (B) [134].

A leszokásra kevésbé motivált COPD betegek dohányzásának csökkentéséhez hozzájárulhat a nikotinpótló terápia (B) [134]. Nagy dóziszú, vagy kombinált nikotinpótló terápia alkalmazása javasolt a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt alapján mérsékelt, vagy erős nikotinfüggő COPD beteg esetében (A). A nikotinpótló terápia hosszú távú alkalmazása (10 hét helyett fél-egy év) növeli a leszokás arányát COPD betegeknél (A). A vareniklin a COPD beteg állapotától és a nikotinfüggőség mértékétől függetlenül bizonyítottan hatékonyan támogatja a leszokást (B) [134].

A dohányzó krónikus légzőszervi vagy szív- és érrendszeri betegek függőségi szintje magyarázza, hogy placebo mellett igen kevesen, de három hónapos vareniklin mellett háromszor annyian tudják letenni a cigarettát [125, 126].

Daganatos betegek

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A dohányzás abbahagyása csökkenti a kumulatív dohányfüst expozíciót az élet során. Az idő múlásával változó mértékben a dohányzás abbahagyása csökkenti több daganatos megbetegedés kockázatát, amelyek ok-okozati összefüggésben állnak a dohányzással.

Elegendő bizonyítékkal rendelkezünk arra vonatkozóan, hogy a dohányzás abbahagyása csökkenti a tüdődaganatok, a gégedaganatok, a szájüregi- és garatdaganatok, a nyelvcsődaganatok, a hasnyálmirigydaganatok, a húgyhólyagdaganatok, a gyomordaganatok, a vastag- és végbéldaganatok, a májdaganatok, a vesedaganatok, a méhnyakrák és az akut myeloid leukémia kockázatát.

Ezenkívül epidemiológiai bizonyítékok dokumentálják, hogy a legtöbb ilyen daganat típus kockázata fokozatosan csökken, ahogy a sikeres leszokás óta eltelt idő hosszabbodik.

A tüdőrákos betegek dohányfüggőségének kezelésekor a következő szempontokat kell figyelembe venni:

- Motiváció: a bizonyítékok szerint a tüdőrák diagnózisa erősen motiváló külső tényező, ugyanakkor változó, hogy az adott dohányzó beteg mennyire képes elhatározni magát (belső motiváció) és fennálló nikotinfüggőségét csökkenteni.
- Stigma és önvád: vizsgálatok szerint a tüdőrákos betegek úgy érzik, megbélyegzésnek vannak kitéve, függetlenül attól, hogy jelenleg dohányoznak-e vagy sem.
- Hangulati ingadozás és ennek kezelése: a tüdőrák diagnózisának eredményeként a betegeknél fokozódik a stressz, a lelki teher érzése, ez fenntarthatja a nikotinfüggést.
- Füst- és aeroszol mentes otthonok: számottevő bizonyíték igazolja, hogy a füstmentes otthon és a támogató környezet segíti a sikeres leszokást.
- A terápia kimenetele szempontjából is fontos a dohánymentesség.

A daganatos betegek nikotinfüggősége magasabb lehet és a társbetegségek következtében rosszabb általános fizikai és lelki állapotuk miatt is nehezebb feladat lehet számukra a leszokás. Ezért esetükben intenzív és személyre szabott leszokást támogató programra van szükség, amely kombinálja a viselkedés megváltoztatására irányuló és a farmakoterápiás kezelést. A tanácsadás, a gyógyszeres kezelés és a motiváció erősítése hatásosan alkalmazható a daganatos betegeknél. A többféle gyógyszer kombinációját alkalmazó farmakoterápiás kezelés ugyancsak hatásos az erősen nikotinfüggő dohányzók esetében. Kedvező, fél év elteltével 40%-os leszokási arányt mutatnak azok a viselkedésterápiát és gyógyszeres kezelést alkalmazó programok, amelyekben az egészségügyi dolgozó az első hónapban nagyon intenzíven, majd legalább egy éven keresztül kíséri, támogatja a dohányzót [2].

Diabéteszes betegek

A leszokást követő 2-3 évben változhat a glikémiás kontroll (testsúlynövekedés ronthatja, több fizikai aktivitás javíthatja), ezért a beteg szoros követése indokolt és az alkalmazott diabétesz gyógyszerek módosítására lehet szükség (B) [134].

A bupropion alkalmazása nem ajánlott diabéteszes betegeknél a görcsrohamok előfordulásának magasabb kockázata miatt (C) [134].

Pszichiátriai betegek – szorongás és depresszió

A pszichiátriai betegek dohányzásról történő leszokása csak stabil pszichés állapotban kezdhető meg pszichiáter szakorvos bevonásával. Bizonyos mentális zavarok esetén (skizofrénia, affektív és szorongásos zavarok) a dohányzás előfordulása nagyobb mértékű az átlagpopulációnál. A legfontosabb a szorongás és a depresszió felismerése a releváns szakmai irányelvek ajánlásai szerint. Gyanú esetén, illetve ismerten pszichiátriai ellátásban részesülő leszokni vágyók esetében a leszokás támogatása a pszichiáter kezelőorvos/konzulens bevonásával és speciális tervezéssel történjen. Egyeztetéssel farmakoterápia (vareniklin, bupropion, vagy nikotinpótló terápia) adható. Régóta ismert tény, hogy bizonyos pszichiátriai zavarok esetén szignifikánsan magasabb – különböző vizsgálatok szerint átlagosan kétszeres – a dohányzók aránya az egészséges populációhoz képest. A krónikus skizofrén betegek legalább 60%-a, a bipoláris affektív betegek közül a mániások 71%-a, a major depressziósok 49%-a dohányzott egy nagy USA epidemiológiai vizsgálat adatai szerint. Az egyéb kémiai szerfüggőségben szenvedők (drog- és alkoholbetegek), valamint a nem kémiai szerhez kötődő, úgynevezett viselkedés addikcióban

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

szenvedő (pl. kóros játékszenvedély) betegek több mint 80%-a dohányzik. A skizofréniában szenvedő betegek jelentős hányada dohányzik, amelynek aránya a tartósan hospitalizált betegeknél tovább emelkedik (88%-ig). Ennek hátterében biológiai és pszichológiai/környezeti (pl. szorongáscsökkentés, unaloműzés) tényezők állhatnak.

A dohányzók körében legfontosabb a szorongás és a depresszió felismerése, amelyek pszichiáter közreműködését igényelhetik. A depresszió felismerését célzó szűrővizsgálatot a releváns szakmai irányelvek ajánlásai alapján kell elvégezni, amely azonban csak a gyanú megerősítését szolgálhatja, a diagnózis felállítását nem. Az alapellátás szintjén alapvetően két rövid kérdéssel van lehetőség felmérni a beteg depresszió szintjét. Ezek a következők: Érezte-e magát szomorúnak, depressziósnak, kétségbeesettnek az elmúlt hónapban? Volt-e olyan érzése, hogy az elmúlt hónapban nem leli örömeit dolgokban, nem érdeklődött bizonyos dolgok iránt? Mindkét kérdésre adott pozitív válasz a depresszió erős jeleként értelmezhető. Gyors kérdésként feltehető még, hogy az elmúlt két hétben legtöbbször szomorúnak érezte-e magát a beteg. Az erre adott pozitív válasz is a depresszió előre jelzője lehet. Azoknál a betegeknél, akiknél fennáll a depresszió minden esetben rá kell kérdezni a szuicid veszélyre is. A szorongás és a depresszió klinikai értékelésére validált klinikai tesztek használhatók a gyakorlatban (Hospital Anxiety and Depression Scale (1), Hamilton-depresszió alskála (2), Beteg Egészségi Állapot Kérdőív (PHQ) (3) és Beck-depresszió skála (4)).

Mentális problémákkal küzdőknél a leszokás támogatás megkezdése előtt javasolt a pszichiátriai vizsgálat. A bármilyen módon, bármilyen segítséggel történő leszokás során elvonási tünetek (vegetatív/pszichés) léphetnek fel, ezért a mentális betegség tüneteit mutató dohányzóknál fokozott óvatosság szükséges, és a krónikus pszichiátriai betegségben szenvedőknél a leszokás folyamata során is szakorvosi segítségre lehet szükség. Annak ellenére, hogy a nikotinfüggőség jelentős probléma a pszichiátriai betegek körében, a dohányzásról történő leszokásnál óvatosság, szoros pszichiátriai kontroll szükséges, mivel:

- Önmagában a nikotinelvonás is jelentős pszichés tünetekkel járhat (szorongás, inszomnia stb.).
- A dohányzás abbahagyása bármilyen módszerrel, az ismert vagy látens pszichiátriai betegeknél a betegség kiújulását, rosszabbodását idézheti elő.
- A leszokást támogató szakembernek körültekintőnek kell lennie a leszokni kívánó páciens anamnézisének felvételekor és a leszokási viziteken, a látens pszichiátriai kórkepek kiszűrése érdekében. Krízis helyzetben a leszokás időzítése későbbre teendő.
- Egyeztetéssel farmakoterápia (vareniklin, bupropion, vagy nikotinpótló terápia) adható. Súlyos mentális zavarokkal küzdő dohányzók esetében, mint a súlyos depresszió, skizofrénia és pszichózis, javasolt a farmakoterápia mennyiségi növelése, időbeni meghosszabbítása, szakorvosi kontroll mellett.

Vareniklinnel a pszichiátriai betegek (depresszió, szorongás, pszichotikus, bipoláris betegek) ugyanolyan arányban tudták letenni a cigarettát, mint a kontroll csoport. Skizofrén betegeknél nem bizonyított teljes mértékben a vareniklin használhatósága, további kutatások indokoltak. Depressziós betegeknél a pszichoszociális működés segítése jól kiegészítette a szokásos leszokástámogató tanácsadást, hosszú távon hatékonyan növeli az absztinencia kialakulását [2]. A vareniklin 6 hónapos szedése hatékonyan bizonyult a visszaesés megelőzésében, beleértve a skizofréniában szenvedő dohányzókat is, viszont igen erős pszichés mellékhatásokról számoltak be (depresszió, pszichózis, agresszió és öngyilkossági gondolatok) [3].

Rákkeltő kockázatnak kitett munkavállalók

A foglalkozási daganatok között első helyen állnak tüdő és a mellhártya rosszindulatú daganatai [136, 137]. A dohányzás és a munkahelyi rákkeltő hatás additív vagy akár multiplikatív módon növeli a tüdőrák kialakulásának a kockázatát. Azbeszt expozíció esetén például multiplikatív hatásra utalnak a kutatási eredmények [138]. Elérésüket segíti, hogy munkáltatójuknak foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást, illetve rendszeres, célzott egészségügyi ellenőrzést (surveillance) kell biztosítani számukra [139].

Leszokás támogatás és fekvőbeteg ellátás

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A dohányzás gátolja a traumás vagy műtéti eredetű sebgyógyulást, megnöveli a perioperatív halálozás és posztoperatív szövődmények előfordulásának valószínűségét, valamint elhúzódó gyógyulást, illetve kedvezőtlen kimenetelt okoz a plasztikai és fogászati sebészeti beavatkozásoknál (implantáció) [3, 140, 141]. Szívbeteg esetében nagyobb a valószínűsége egy második szívinfarktus kialakulásának, ha a beteg továbbra is dohányzik. Ismert az alsó végtagi és nyaki artériás megbetegedések erős dohányásfüggése, ami mind a sebészeti megoldás, mind a konzervatív kezelés során figyelembe veendő. Gyógyult, de folyamatosan dohányzó daganatos betegeknek emelkedett az újabb daganat megjelenésének esélye. Kórházba kerülő betegek esetében –különösen a dohányzás okozta vagy az általa kiújult – megbetegedés ténye és a dohányzás intézményi korlátozása jó lehetőséget teremt a dohányzás elhagyására való motiválásnak. Kórházban ápolatott beteg esetében kiemelt hangsúlyt kap a leszokásra való motiválás, hiszen a dohányzás meghatározhatja a beteg gyógyulásra való esélyét és általános egészségi állapotát.

Tervezett egészségügyi intézményi ellátás előtt

Elektív sebészeti beavatkozás előtt 6-8 héttel már dohányzás absztinencia javasolt (A) [2].

Akut beavatkozás után – tartós dohányzás absztinencia mellett – már hat hét után megfelelőznek a várható szövődmények (A) [2].

Minden beteget tájékoztatni kell arról, hogy a szövődmények elkerülése érdekében ajánlott abbahagynia a dohányzást a kórházba kerülés előtt és a gyógyulási folyamat idejére (kisebb műtéteknél három hét, ortopédiai műtéteknél három hónap) (A) [2].

Vizsgálatok alátámasztják, hogy vareniklinel végzett perioperatív leszokás támogatás – a megvonási tünetek mérséklése révén – fokozza a beteg leszokásra való motiváltságát, illetve a sikeres leszokás arányát a 3, 6 és 12 hónapos követésnél (A) [142]. Csak azon programok esetében igazoltak magasabb absztinenciarátát, ahol a betegek legalább 1 hónapos utánkövetésben részesültek (A) [2, 3].

Egészségügyi intézményi gyógykezelés alatt

A hatályos jogszabály értelmében nem dohányozhatnak a betegek, kivéve azokat, akik pszichiátriai intézetben pszichiátriai kezelés alatt állnak. Ajánlott, hogy a kórház minden betegellátó személyzete tájékozódjon a beteg dohányzásáról és nyújtsanak minimálintervenciót valamennyi dohányzó számára (A) [2].

A betegeket tájékoztatni kell arról, hogy tilos a kórházakban dohányozni (C) [2].

A telefonos leszokás támogatás elérésére vagy – intézeti elhelyezés esetén – a leszokás támogatásban jártas szakember elérhetőségéről tájékoztató kifüggeszhető.

A dohányzó betegek számára segítséget kell adni a dohánytermék utáni sóvárgás és a megvonási tünetek csökkentésére, valamint a hazabocsátás után a támogató szolgáltatást folytatni kell, erre elbocsátáskor és a dokumentációban fel kell hívni a figyelmet (A) [2]. Kórházi körülmények között szervezett tájékoztató program – amelybe a szakdolgozók vagy a klinikai pszichológus is bekapcsolódik – adhat alapot a kezelőszeméllyel együtt a nikotindependencia kezelésének elindításához. Legalább négy alkalommal 10-10 perces ülések javasoltak, lehetőleg erre speciálisan kiképzett szakemberrel. Individuális és csoportterápia is alkalmas forma, amelynek fő részét gyakorlati tanácsok, és ezek alkalmazása alkotja.

A szívinfarkttal vagy intervenció coronaria beavatkozási igénnyel kórházba kerülőknél már a kórházi szakaszban el kell kezdeni a tartós nem-dohányzásra való felkészítést [143, 144].

Dohányzó beteg sürgősségi ellátása (intenzív, szubintenzív ellátás) és az ellátó személyzet felkészültsége a leszokás támogatásra

A kórházi betegek esetében a kezelőszeméllyetnek fel kell készülnie az esetleg jelentkező – esetenként heves, főleg erős nyugtalansággal járó – megvonási tünetek ellátására.

Ez főleg sürgősséggel osztályra került betegeknek figyelendő és ellátást igénylő állapot lehet. A pszichés támogatás és gyakorlati tanácsok mellett javasolt a tünetek csökkentésére nikotinpótlók (tapasz, nyelv alatt oldódó

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

tabletta) beszerzése és alkalmazása, vagy távozáskor vareniklin és citizin alkalmazásának javaslata. A későbbiekben szakellátásba történő referálás indokolt.

Fekvő- és járóbeteg rehabilitációs keretek között történő leszokás támogatása

A leszokás elősegítése összhangban van a rehabilitációs célokkal. Légzési- és kardiológiai rehabilitációt végző intézetekben is javasolt a szakember általi ellátás magasabb szintjének biztosítása és a programszerű ellátás szervezése. Az ambuláns rehabilitációs ellátás keretében, annak részeként javasolt a dohányzás leszokás támogatási program. Gyakorlati megvalósíthatóságot mutat az ambuláns tüdőgyógyászati rendeléseken megvalósított négy alkalmas leszokás támogatási program, valamint a tüdőgyógyászati rehabilitációs osztályon végzett, rendszeresített nyílt csoportos, négy alkalmas foglalkozás [145, 146].

Jó gyakorlatot jelentenek az interaktív edukációs ülések. A rehabilitációban kezelt páciensek lehetnek frissen leszokottak vagy készülnek a leszokásra, illetve visszaesőként már tapasztalattal rendelkezők. Javasolt edukációs témák:

1. Leszokási szándék, motiváció tisztázása és erősítése.
2. Kritikus dohányzási helyzetek (nikotinéhség, sóvárgás, pszichés állapotok, stressz, szokás) és önmegfigyelés.
3. Önkontroll, megküzdési lehetőségek (gyakorlati tanácsok).
4. Megvonási tünetek és relapszus prevenció, gyógyszeres kezelési lehetőségek javallata és gyakorlati alkalmazása.

8. A cigarettától eltérő dohányterméket és nikotintartalmú terméket használók leszokás támogatása

A cigarettától eltérő, égetéssel és hevítéssel alkalmazott dohány és nikotintartalmú termékek (szivar, pipa, hevített dohánytermékek, gyógynövényes cigaretták, hevített gyógynövényes termékek), az e-cigaretták, illetve az orális és nazális alkalmazású dohány és nikotintartalmú termékek (füstnélküli dohánytermékek, nikotinos tasak) egészségkárosító hatásait az irányelv korábbi fejezetei részletezik.

A füstnélküli dohánytermékek (rágódohány, tüsszentésre szolgáló dohánytermék, szájon át fogyasztott dohánytermék) használatára rá kell kérdezni, és az ilyen termékeket használókat ösztönözni kell a leszokásra, illetve leszokást támogató intervenciót kell felajánlani (A) [116, 147].

A szivarozók, pipázók és más, nem cigaretta alapú dohányzók esetében is ösztönözni ajánlott a leszokást, és ugyanazt a leszokást támogató intervenciót kell ajánlani, mint a cigarettázóknak (C) [116].

Jelenleg ugyan nincs irányelvi ajánlás az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek használata következtében kialakult függőség kezelésének eredményességére, mindazonáltal ezen termékek fogyasztói esetében is alkalmazhatók a dohányzásról való leszokás támogatás hatékony kezelési módszerei, tekintettel a közvetett vagy alacsonyabb rendű bizonyítékokra [60, 148-153].

9. A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára

Az alábbi fontosabb hatóanyagok metabolizációjának csökkenése várható a dohányzásról való leszokás eredményeképpen (részletesen lásd a XI. melléklet 8. TÁBLÁZAT A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára), amellyel párhuzamosan az alkalmazott dózis monitorozására, egyes esetekben csökkentésére van szükség [154]:

- koffein;
- antipszichotikumok (pl. klozapin, olanzapin);
- szelektív szerotoninviszavétel-gátlók (SSRI) (pl. fluvoxamin);
- inzulin;
- takrin;
- teofillin.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról**1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban****A szakemberképzés lehetőségei és fejlesztése****A graduális oktatásban****Medikus képzés**

Mivel az egészségügyi ellátórendszer kiemelt színtere kell, hogy legyen a leszokás támogatásnak, az orvostudományi egyetemek fontos helyszínei lehetnek az ezzel kapcsolatos oktatásnak. Az USA népegészségüggyel foglalkozó kormányzati szerve, a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) és az Európai Hálózat a Dohányzás Megelőzésére (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, ENSP) ajánlása szerint a orvosok körében fontos a dohányzás visszaszorítása, valamint a bizonyítékokon alapuló hatékony leszokás támogató módszerek integrálása a képzési programjukba [2, 3].

Ezen nemzetközi ajánlásokon túl az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) 12. cikke is kiemeli az egészségügyi dolgozók képzésének fontosságát [155]. Egy egészségügyi hallgatók körében 70 országban 2005-2011 között végzett nemzetközi felmérés (Global Health Professions Students Survey) alapján az európai hallgatók körében volt a legmagasabb a dohányzók aránya [156]. A hallgatók több mint kétharmada értett egyet azzal, hogy az egészségügyi dolgozók példaképek és szerepük van a leszokás támogatásában. Ugyanakkor mindössze egyharmaduk nyilatkozott úgy, hogy a képzése során hallott erről a témáról, miközben több mint 80%-uk gondolja azt, hogy erre szükség lenne. Mindezek alátámasztják annak fontosságát, hogy az orvostanhallgatók, a fogorvostanhallgatók és a gyógyszerészek képzése során a dohányzás leszokás támogatás kiemelt figyelmet kapjon hazánkban is.

A medikusképzésre vonatkozó európai ajánlás

Az ENSP ajánlása szerint a leszokás támogatás témája kötelező elemként kell, hogy szerepeljen a orvosok oktatása során, ezen belül kiemelt figyelmet kell fordítani a rövid tanácsadás elsajátítására [2].

A orvosok oktatása során az alábbi témákat ajánlott tárgyalni:

- dohányzás epidemiológiája hazánkban, Európában és globálisan,
- dohányzóra válást befolyásoló tényezők,
- dohányfüggőség kialakulásának élettani és viselkedésen nyugvó alapjai, a kettős függés értelmezése,
- dohányzás egészségkárosító hatása,
- dohányzás egyéb (gazdasági, környezeti, stb.) hatásai,
- dohányzás visszaszorításának lehetőségei,
- az orvos szerepe a dohányzás visszaszorításában, a leszokás támogatás alapjai,
- dohányzás visszaszorítására vonatkozó jogi szabályozás.

A preklinikai (1-3.) évek alatt az elméleti ismeretek átadásán, míg a klinikai (4-6.) évek alatt a gyakorlati készségek kialakításán kell, hogy legyen a hangsúly. Az elméleti oktatás ajánlott időtartama minimum 10-12 óra, ami előadások, (kiscsoportos) megbeszélések és esetbemutatók segítségével valósítható meg. Ezek során az a cél, hogy a hallgatók tudatossága a dohányzással kapcsolatos témák iránt növekedjen. A klinikai periódus során a nemdohányzó attitűd és magatartás kialakítása érdekében több esettanulmány megvitatása ajánlott. Fontos hangsúlyozni a képzés során, hogy minden orvosnak érdeklődnie kell a páciensek (gyermekek esetén a szülők) dohányzási szokásairól, tanácsolniuk és segíteniük kell a leszokást. Ennek megfelelően a képzés klinikai szakaszában esettanulmányok és a dohányfüggőség kezelési lehetőségei kerülnek megvitatásra. A kurrikulumra vonatkozó részletes ajánlás a XI. melléklet 9. TÁBLÁZATBAN A medikusképzés kurrikuluma vonatkozó részletes ajánlás látható.

Az elméleti tudás elsajátítását írásbeli vizsga formájában, míg a készségek meglétét valamilyen gyakorlati feladat alapján célszerű értékelni. A képzés hatása az első és utolsó tanulmányi év során kitöltött anonim teszt segítségével

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

értékelhető, kiegészítve a hallgatóktól és oktatóktól származó visszajelzésekkel [2].

A képzés hatékonyságára vonatkozó kutatások eredménye

Egy nemrégiben megjelent irodalmi áttekintés és metaanalízis az egészségtudományi képzésben résztvevő hallgatók körében a dohányfüggőségre vonatkozó oktatás hatékonyságát értékelte [157]. A hallgatók tanácsadási készségei szignifikánsan javultak a rövid tanácsadást (5A) vagy a motivációs interjú oktató képzéseket követően, és a tanácsadás után fél évvel számottevő volt a nemdohányzó páciensek száma a kontrollcsoportéhoz képest.

A graduális egészségtudományi képzés

Valamennyi felsőfokú egészségügyi és szociális végzettséggel rendelkező szakembernek rendelkezni kell azzal az ismeretanyaggal és készséggel, melynek birtokában eredményesen tudnak közreműködni a dohányzás visszaszorításában, melyet a dohányzásleszokás támogatásának európai irányelve is hangsúlyoz [2]. Az egészségügyi ellátórendszer kiemelt színtere a dohányzás leszokás támogatásnak. Ezért kell, hogy az egészségtudományi képzésben a hallgatók ismerjék meg a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat és a dohányzásról való leszokást segítő módszereket. A felsőoktatásban végzett szakembernek foglalkoznia kell a gondozottal való találkozás során annak dohányzásával. Tájékoztatni kell a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásáról és javasolnia kell számára a dohányzás abbahagyását. A dohányzásleszokás-támogatás – szakdolgozó kompetenciáján belül a páciens egyéni szükségletéhez igazodva – minimálintervencióként nevesített módszerével támogatnia kell a leszokás folyamatát. A megfelelő ismerettel és jártassággal rendelkező egészségügyi szakdolgozónak – beleértve a kiterjesztett hatáskörű ápolót – kiemelt szerepe kell, hogy legyen a dohányzásról való leszokás támogatásában. E törekvés tekintetében kitüntetett helyzetben vannak a praxisokban/praxisközösségekben dolgozó ápolók.

A graduális egészségtudományi képzés keretében az alábbi témák feldolgozása javasolt:

- A dohányzás epidemiológiája.
- Dohányzás egészség károsító hatásai. A leszokás előnyei.
- A dohányzás és a nikotinfüggőség kialakulása, fizikai-, pszichológiai függés.
- A dohányzás környezeti, gazdasági és társadalmi következményei.
- A dohányzás termékenységre gyakorolt hatása. A várandósság alatti dohányzás.
- A dohányzás posztpartum időszakban. Anyatej és a dohányzás. Visszaesés szülés után.
- Alternatív dohányzási módszerek.
- Leszokás támogatásának viselkedésterápiás eszközei. A dohányzás leszokás alapelvei: megküzdés a kettős függéssel. Intenzív leszokás támogatás. Gyógyszermentes, magatartás-módosítást célzó módszerek. Farmakoterápiás módszerek, különös tekintettel a várandósságra és a posztpartum időszakra. Relapszus prevenció.
- Kommunikációs képesség fejlesztése speciális (dohányzás leszokás támogatási) helyzetekben. Asszertív kommunikációról általában és a tanácsadói attitűd.
- A leszokás motivációjának erősítése. A motivációs interjú alkalmazása a gyakorlatban.
- Szakdolgozó szerepe és lehetősége a rövid intervencióban. Rövid (minimál) intervenció, mint alapképesség szint. – Szituációs gyakorlat
- Dohányzás visszaszorítására vonatkozó jogi szabályozás (nemzetközi és nemzeti), stratégiája. A dohányipari manipulációkra való odafigyelés, ellenük való küzdelem.
- Csoportos tanácsadás jellemzői, gyakorlata. A tanácsadást kiegészítő biofeedback módszerek. Proaktív telefonos tanácsadás jellemzői.
- Partneri együttműködés a dohányzás leszokás támogatásában.

A posztgraduális képzésekbe való beillesztés

A posztgraduális képzésre vonatkozó európai ajánlás [2]:

A posztgraduális képzés célja a prevenció oktatása, a dohányzás tényének felismerése, a dohányfüggőség kezelése,

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

a leszokás támogatása.

A posztgraduális képzés keretében az alábbi témák feldolgozása javasolt:

- A dohányzás epidemiológiája.
- A dohányzás mögött meghúzódó tényezők.
- A dohányfüggőség kialakulásának élettani és viselkedésen nyugvó alapjai.
- A dohányzás egészségügyi kockázatai.
- A dohányzás környezeti, gazdasági következményei.
- A dohányzás visszaszorításának megközelítései.
- A dohányzás szabályozása, a nemdohányzók védelme (nemzetközi és hazai).
- Az orvos és más egészségügyi szakemberek szerepe a dohányzás visszaszorításában.
- A leszokás támogatás szintjei, módszerei, alkalmazása.
- A dohányzásról leszokást támogató programok és elérhetőségük, farmakoterápiás módszerek.

Védőnők képzési módszere

A képzés megkezdése előtt a résztvevők tesztet töltenek ki és megfogalmazzák elvárásaikat a képzéssel kapcsolatban. A résztvevők száma legfeljebb 25 fő. Javasolt oktatási forma: jelenléti és távoktatás. Online formában a tananyagot elérhetővé kell tenni a képzésen résztvevők számára [2].

Javasolt a dohányzásról való leszokást támogató képzési modul elvégzése védőnő, szülésznő, ápoló, mentálhigiénés szakember és a szociális munkások számára. A dohányzásról leszokást segítő intervenció szempontjából kitüntetett helyzetben vannak a védőnők, akik komplex, preventív, egészségvédelmi, családgondozási szolgáltatást biztosítanak hazánkban, amely egyedülálló Európában, hungarikum. Ők vannak a leggyakoribb kapcsolatban a gondozottal és annak családjával a lakóhelyükön. A várandós vagy szoptató édesanya, a magzat vagy a gyermek egészségére való hivatkozás jó alkalom lehet a dohányzás csökkentésére, abbahagyására, vagy a teljes leszokásra. A várandósok esetében a leszokás akkor lesz eredményes, ha valamennyi alap- és szakellátásban dolgozó szakember legalább a minimál-intervenciót köteles feladatának tekinti, és elkötelezetten részt vesz benne, az anyát szükség esetén további szakemberhez irányítja. Hatályos jogszabály szerint (várandós gondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet, a továbbiakban: rendelet) a védőnő feladata, hogy szükség szerint tájékoztatást adjon a dohányzás káros hatásairól, alkalmazza a leszokást segítő rövid intervenciót, és javasolja a várandósoknak a leszokást támogató tanácsadók igénybevételét [158]. A DLTK, a Védőnőkért, új szülők- és újszülöttekért Alapítvány, a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége, valamint a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar együttműködésben egy akkreditált, komplex leszokás támogatást segítő képzéssel tudja az érintett szakembereket felkészíteni. A képzés szakmai alapja az együttműködő szervezetek által közösen kifejlesztett és Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében megvalósított „A dohányzás leszokás ismeretanyaga és gyakorlata” elnevezésű akkreditált program. A képzés a WHO szakmai irányelveit figyelembe véve, az ENSP ajánlására épül. Cél az aktív anyai dohányzás és a környezeti dohányfüst ártalom csökkentése. A védőnők a tréning során a naprakész elméleti ismeretek, kommunikációs módszertani ismeretek mellett, interaktív, irányított saját élményű gyakorlati képzést is kapnak. A kétnapos képzés záróteszttel és értékelő kérdőív kitöltésével zárul. A két napos képzést egy hónapos gyakorlati időszak követi, ezalatt a védőnők megadott szempontok alapján teljesítik a tematikában meghatározott feladataikat a várandósok és családjuk körében, illetve saját környezetükben lévő dohányzók esetében. A gyakorlat során szerzett tapasztalatokat munkafüzetben, élménynaplóban rögzítik, mindezekről beszámolót készítenek. A tréner telefonos kapcsolattartással mentorálási lehetőséget biztosítottak. A tréning harmadik képzési napja a gyakorlaton szerzett élmények, tapasztalatok tematikusan vezetett feldolgozásáról és értékeléséről szól.

A képzés célja a védőnők felkészítése a leszokás támogatás napi gyakorlatára, valamint arra, hogy a védőnők képesek legyenek a nők, várandós és gyermekágyas-, szoptató anyák és családtagjaik leszokás iránti motivációjának felkeltésére, erősítésére, továbbá a szükséges ismeretanyag elsajátítása után megfelelő szakmai tudás és készségek birtokában támogassák a nőket és az anyákat a dohányzásról való leszokásban és egyénre szabott, tartós, eredményes viselkedésváltozási folyamatban.

A rendelet kimondja, hogy a várandósgondozás komplex egészségügyi szolgáltatás. Ezen belül a szülésznőnek is

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

foglalkoznia kell a dohányzó várandósok leszokás támogatásával, hogy segítséget nyújthasson a leszokásban vagy legalább a várandósság alatti szünetelésben. A rendelet értelmében a szülésznő alacsony kockázatú várandósok gondozása esetén felelős személynek minősül, a patológiás esetekkel viszont a fekvőbeteg osztályon találkozik. A várandósok kórházba utalása esetén a szülésznő tovább folytathatja a védőnő megkezdett leszokást támogató tevékenységét. Ezért szükséges, hogy a szülésznők, mint felelős személyek ugyancsak ismerjék a leszokás támogató programok ismeretanyagát, módszereit, egyéb szakmai tanácsadások igénybevételének lehetőségét, valamint a rövid intervenció szakmai irányelvben foglalt módszerét.

A fent ismertetett kompetenciafejlesztő képzés megvalósítása javasolt az ápoló alap- és mesterképzéseken is.

Más egészségügyi dolgozók képzése

Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, egészségfejlesztők és egészségügyi szakdolgozók graduális és posztgraduális képzése keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról leszokást segítő módszereket.

Fontos hangsúlyozni, hogy minden, egészségügyi ellátásban dolgozó, felsőfokú végzettségű szakember feladatai közé tartozik, hogy minimálintervenció keretében kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását. A minimálintervenció gyakorlatának oktatására (támogatás első szintje) a DLTK által szervezett 9 órás, akkreditált képzés által kerül sor (<https://www.leszokastamogatas.hu/szakembereknek/kepzesek/>).

Jelenleg a DLTK által szervezett 20 órás, akkreditált tanfolyam hivatott a leszokást támogató szakemberek képzésére (<https://www.leszokastamogatas.hu/szakembereknek/kepzesek/>). A tanfolyam elvégzését követően, a leszokást támogató tanácsadás második szintjének megfelelő tevékenységet végezheti erre képzett orvos, pszichológus, egészségfejlesztő és diplomás szakdolgozó.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása**A dohányzásról való leszokást segítő ellátás jelenlegi működése**

A dohányfogyasztás sikeres csökkentéséhez elengedhetetlen, hogy a dohányzók a lehető legtöbb ismeretet megkapják a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről és módjáról. Ezen törekvések figyelembevételével alakult meg a bevezetőben már részletezett feladatkörökkel bíró DLTK.

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendők ellátással együtt történő megválasztására. A leszokás támogatás módját a leszokni kívánó dohányzó közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, szakembernek tanácsos meghatároznia. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek – különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre –, a páciens kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő intenzív leszokás támogatási módszer megválasztását, ajánlását.

A tüdőbeteg-gondozó intézetek bázisán 2013-ban létrehozott akkreditált leszokás támogatási tanácsadást végző ellátók biztosítják az intenzív leszokás támogatás elérhetőségét a leszokni kívánó dohányzó számára a tüdőbeteg-gondozó rendelések, intézetek mintegy negyedében. Az egészségügyért felelős államtitkár továbbá 2020-ban elrendelte, hogy minden egészségfejlesztési irodának (EFI) rendelkeznie kell leszokás támogatásban képzett szakemberrel (elérhetőségek: <https://www.leszokastamogatas.hu/hol-kaphat-segitseget/>).

A dohányzásról való leszokást segítő ellátás fejlesztési iránya

A leszokás támogatás intenzív lehetőségei tehát Magyarországon jelenleg is elérhetők, azonban kívánalom, hogy ezek egyre inkább betegközeliek is legyenek. Ehhez több képzett szakemberre és több leszokáspontként működő ellátóhelyre van szükség.

A DLTK szervezésében, a 2018-2019-ben végzett tizenhét hónapos tüdőgondozói leszokást támogató program

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

azt igazolta, hogy a betegek leszokási sikerét az életkor (minél fiatalabb a páciens, annál eredményesebb a támogatás), továbbá a nikotinfüggőség mértéke (dohányzással töltött évek száma és dohányfogyasztás mértéke), illetve a tanácsadásokon való megjelenések száma és minősége határozta meg [145].

Az eredményes hosszú távú leszokáshoz elengedhetetlen, hogy a páciens megváltoztassa az életmódját, lássa a leszokásból származó személyes hasznát, ehhez pedig a szakember által vezetett és felügyelt, huzamosabb ideig tartó viselkedési és farmakoterápiás támogatás tudja hozzásegíteni a dohányzót. A program arra is rámutatott, hogy a leszokás támogatást hivatásuknak tekintő, felkészült egészségügyi szakemberek véleménye és tapasztalata szerint a tevékenység, megfelelő finanszírozás mellett, a forgalmas járóbeteg szakrendelőkhöz, illetve fekvőbeteg ellátó intézményekhez kapcsolódva, szakmafüggetlen leszokáspontként tudná a legeredményesebben betölteni funkcióját.

Az európai irányelvben megfogalmazott legmagasabb szintű leszokást támogató szakellátás követelményei az alábbiak:

- Legalább egy orvos és legalább további két egészségügyi dolgozó, akik közül legalább egy leszokást támogató szakember (a leszokást támogató szakellátás optimálisan szakemberek csoportjából áll: orvos, ápoló, pszichológus, dietetikus és adminisztratív munkatárs).
- Rendelkezésre áll a farmakoterápia és a viselkedésterápia lehetősége.
- Fix rendelési idő és önálló rendelési helyiség(ek).
- Megfelelő finanszírozás mellett önálló szakellátásként működő szolgáltatás szakmailag kompetens és motivált szakemberek közreműködésével.
- Minősített szakemberképzéshez kapcsolódó gyakorlat teljesítésére alkalmas helyszín.

A minősített szakemberképzés adja az alapját az önálló leszokást támogató szakellátásnak és a szükséges finanszírozás megteremtésének. A leszokást támogató szakemberképzés rendszerének kialakítása folyamatban van, melynek során a DLTK az orvosi egyetemek népegészségügyi tanszékeinek együttműködésével javaslatot tesz a minősített szakemberképzés során megszerezhető emelt szintű szakképesítési rendszer kialakítására orvosok és szakdolgozók számára.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők és azok megoldása)

A leszokást támogató szakellátás feltételeinek megteremtésére szakmafüggetlen tevékenységként van szükség.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Kevés célzott kutatás készült a leszokás támogatásával való együttműködést érintő tényezőkről. Itt az általános alapelvek ajánlhatók. Az együttműködést befolyásoló tényezők:

- a páciens dohányzási előtörténete;
- a dohányzással összefüggő problémákról visszajelzés és személyre szabott tájékoztatás;
- a leszokást támogató szakember segítő, pozitív kommunikációs stílusa, amely mentes a páciens elítélő, kritizáló mozzanatoktól, és tiszteletben tartja a páciens autonómiáját;
- a páciens jellemzőinek figyelembevétele és választási lehetőségek felkínálása (pl. gyógyszeres segítség, telefonos, egyéni személyes vagy csoportos tanácsadás).

1.4. Egyéb feltételek

Az ajánlások alkalmazását gátolja, hogy jelenleg a leszokástámogatásban használatos készítményekre nincs társadalombiztosítási támogatás. Ez a kiemelt kockázati csoportokban – költséghatékonyságot figyelembe véve – különösen fontos lenne.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

2.1.1. A DLTK honlapja gondoskodik arról, hogy a lakosság és a szakemberek minden ismeretet megkapjanak a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről. A honlap a szakemberek számára segítséget nyújt a leszokás evidencia alapú támogatásához. Összefoglalja a központ által nyújtott egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás jellemzőit és elérhetőségeit (<https://www.leszokastamogatas.hu>).

2.1.2. „Leteszem a cigit” honlapja segíti a leszokni vágyókat és hozzátartozóikat a leszokás folyamatában (www.leteszemacigit.hu).

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

2.2.1. Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt. Alkalmazás: a nikotinfüggés fizikai aspektusainak felmérésére alkalmas kérdőív

2.2.2. Nikotinfüggés-szűrőteszt. Alkalmazás: a nikotinfüggés pszichológiai aspektusainak felmérésére alkalmas kérdőív

2.2.3. Wisconsin nikotinfüggőségi motivációs kérdőív (WISDM-37). Alkalmazás: a nikotinfüggés részletes felmérésére alkalmas kérdőív

2.2.4. Dohányzási napló

2.2.5. Döntési egyensúly

2.2.6. Beck-féle depresszió kérdőív. Alkalmazás: depresszió felismerését célzó kérdőív, hivatkozás: Depresszió aktuálisan érvényes egészségügyi szakmai irányelve.

2.3. Táblázatok

1. TÁBLÁZAT - Az egyes nikotintartalmú termékekből felszívódott nikotin mértéke és a maximális koncentráció eléréséig eltelt idő

2. TÁBLÁZAT - A nikotinfüggés jellemzői

3. TÁBLÁZAT - Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok BNO kódjai

4. TÁBLÁZAT - A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága

5. TÁBLÁZAT - Javasolt kezdeti nikotinpótló kezelés a Dohányzás Súlyossága Index alapján

6. TÁBLÁZAT - Nemkívánatos események a leszokás során

7. TÁBLÁZAT - A farmakoterápiás készítmények jellemzői

8. TÁBLÁZAT - A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára

9. TÁBLÁZAT - A medikusképzés kurrikuluma vonatkozó részletes ajánlás

2.4. Algoritmusok

1. ÁBRA - A dohányzásról való leszokás támogatás folyamata

2. ÁBRA - A cigarettából és az egyes nikotinpótló termékekből származó nikotin vénás vérben mért koncentrációja és a csúcskoncentrációk elérése az eltelt idő függvényében

3. ÁBRA - A leszokás támogatása a mindennapos egészségügyi gyakorlatban

2.5. Egyéb dokumentum

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Szakmai célkitűzés, hogy Magyarországon a dohányzás prevalenciájában ötévente mintegy 5%-os csökkenés mutakozzon.

A leszokást támogató programok közül a gyakorlati alkalmazás időszakos ellenőrzésére a DLTK telefonos tanácsadásának keretében van lehetőség. A telefonos tanácsadás adatbázisa tárolja és összegzi a tanácsadás

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

indikátorait.

A tanácsadási gyakorlatra vonatkozó legfontosabb mutatók általában a következők:

- A leszokást támogató programba bevontak száma.
- Leszokási ráta: A program sikerességének értékelésére 6, illetve 12 hónap elteltével kerül sor. Az elemzés során fel kell mérni az adott tanácsadási programba bevontak 7 és 30 napos pontprevalenciáját, illetve tartós leszokási arányát (a mutatók értékelése részletesen lásd [159]).
- A találkozások száma (a megválasztott programtól függően).
- Az alkalmazott gyógyszerek típusa és mennyisége.

A minimálintervenció egyes elemeinek megvalósulása a különböző ellátók esetében eltérő módon monitorozható, de a dohányzási anamnézis felvétele, a minimálintervenció megtörténte és az ehhez kapcsolódó leszokás támogatás felé való referálás követése, illetve az intervenció eredménye az ellátási formától függetlenül, az alábbi indikátorokkal lehetséges:

1. A dohányzási szokások regisztrálásának gyakorisága: az alapellátás, a védőnők várandósgondozási rendszerében, valamint a járóbeteg-szakellátást és fekvőbeteg-szakellátást végzők dokumentációs rendszerében a nyilvántartottak hány százalékának került regisztrálásra a dohányzási szokása.
2. A dohányzási státusz megoszlása: a fenti ellátási típusokban milyen a részaránya azoknak,
 - akik jelenleg dohányoznak, és a közeljövőben le kívánnak szokni a dohányzásról;
 - akik jelenleg dohányoznak, és nem kívánnak leszokni a dohányzásról;
 - akik jelenleg nem dohányoznak, de korábban dohányoztak;
 - akik soha nem dohányoztak.
3. A minimálintervencióban részesültek részaránya: a fenti ellátási típusokban, a közeljövőben leszokni kívánó dohányzók közül azok részaránya, akik minimálintervencióban részesültek.
4. Leszokási ráta: a fenti ellátási típusokban, azon minimálintervencióban részesültek részaránya, akik egy év elteltével nem dohányoztak (várandósgondozás során, a védőnő bármelyik tanácsadás alkalmával a dohányzás abbahagyását regisztrálta).

A mérés módja és gyakorisága: A páciensek dohányzási helyzetével történő foglalkozásra két évente, illetve a leggyakoribb, egyéb irányú prevenciós megjelenéshez kapcsolódóan kerüljön sor. A dohányzási helyzet a páciens egészségügyi dokumentációjában legyen rögzítve. Kívánatos a tanácsadás és a tanácsadás kimenetelének ismételt rögzítése, valamint a sikeres absztinencia feljegyzése.

Az ajánlások terjesztésének terve

Az irányelv nyomtatott formában megjelenik az Egészségügyi Közlönyben, az érintett ellátási szakterületek hivatalos szakmai folyóiratában, az Egészségügyi Szakmai Kollégium és a Magyar Tüdőgyógyász Társaság honlapján, valamint releváns egészségügyi folyóiratokban figyelembe véve a 18/2013.(III.5.) EMMI rendelet 9.§ (9) bekezdésében foglaltakat. Az irányelv kiküldésre kerül valamennyi háziiorvostan tanszék számára.

A felsőfokú egészségügyi szakképzések keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról való leszokást segítő módszereket, az irányelv ajánlásai mentén.

A leszokást segítő ellátók munkájának értékelése az irányelvben meghatározott mutatók alapján történik. A módszertani központ honlapján közzéteszi az irányelvet és a javasolt betegtájékoztatókat.

Az irányelv tartalmának ismertetése akkreditált képzéseken, tudományos kongresszusokon és továbbképzéseken valósul meg a képzés céljának megfelelő mértékben.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv felülvizsgálata 3 év múlva tervezett. A felülvizsgálat folyamata, az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A Tüdőgyógyászat tagozatvezető kijelöli a fejlesztés felelősét, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait.

Az aktuális irányelv kidolgozásában részt vevő fejlesztőcsoport tagjai folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat.

A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben esetleg bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az esetleges soron kívüli változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

- [1.] Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. *Eük.* 2019; 2: 194-246.
- [2.] Behrakis PK, Clancy L, Dautzenberg B, et al. 2020 guidelines for treating tobacco dependence. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), Brussels, 2020. http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf
- [3.] U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2020. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>
- [4.] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992.
- [5.] European Union. Special Eurobarometer 506 “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes” Report. 2021. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
- [6.] World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. World Health Organization, Geneva, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>
- [7.] World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf
- [8.] World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic. World Health Organization, Geneva, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- [9.] GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018; 392(10159): 1923-1994.
- [10.] Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megbízásából a M.Á.S.T. Kft. által végzett felmérés. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019. https://www.leszokastamogatas.hu/wp-content/uploads/2021/03/Osszefoglalo_Felnott_Dohanyzas_Felmeres_2019_1.4.pdf
- [11.] Cselkó Z, Kovács G, Horváth I. A dohányzás helyzete Magyarországon. In: Európai lakossági egészségfelmérés, 2014 – Tanulmányok. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018; pp. 85-99.
- [12.] World Health Organization Regional Office for Europe. European Health Information Gateway. <https://gateway.euro.who.int/en/>
- [13.] Sandor J, Nagy A, Foldvari A, et al. Delivery of cardio-metabolic preventive services to Hungarian Roma of different socioeconomic strata. *Fam Pract.* 2017; 34(1): 83-89.
- [14.] Sándor J, Nagy A, Jenei T, et al. Influence of patient characteristics on general practitioners’ preventive service delivery and preventive performance indicators: a study in patients with hypertension or diabetes mellitus from Hungary. *Eur J Gen Pract.* 2018; 24(1): 183-191.
- [15.] Sándor J. A Modellprogram prevenciók szolgáltatásainak értékelése az alap- és végállapot-felmérés

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- eredményei alapján. Népegészségügy. 2017; 95: 69-77.
- [16.] Sipos V, Pálincás A, Kovács N, et al. Smoking cessation support for regular smokers in Hungarian primary care: A nationwide representative cross sectional study. *BMJ Open*. 2018; 8(2):e018932.
- [17.] 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
- [18.] 102/2005. (X. 31.) FVM rendelet a dohánytermékek gyártásáról, forgalmazásáról és ellenőrzéséről
- [19.] 2007. CXXVII. törvény az általános forgalmi adóról
- [20.] 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
- [21.] 2003. évi CXXVII. törvény a jövedéki adóról és a jövedéki termékek forgalmazásának különös szabályairól
- [22.] World Health Organization. Irányelvek az egészségügyi világszervezet (WHO) Dohányzás-ellenőrzési keretegyezménye 14. cikkének végrehajtásához (a dohányfüggőséget és dohányzás abbahagyását érintő keresletcsökkentési intézkedések https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/iranyelv_14_cikkhez.pdf)
- [23.] IARC Working Groups. Tobacco smoking – IARC monograph. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono100E-6.pdf>
- [24.] Drope J, Schluger N, Cahn Z, et al. The Tobacco Atlas. American Cancer Society and Vital Strategies, Atlanta, 2018.
- [25.] National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking - 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US). Atlanta, GA, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
- [26.] Gourlay SG, Benowitz NL. Arteriovenous differences in plasma concentration of nicotine and catecholamines and related cardiovascular effects after smoking, nicotine nasal spray, and intravenous nicotine. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1997; 62(4): 453-463.
- [27.] Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53018/>
- [28.] Schuller HM. Mechanisms of smoking-related lung and pancreatic adenocarcinoma development. *Nat Rev Cancer*. 2002; 2: 455–463.
- [29.] Zhu BQ, Heeschen C, Sievers RE, et al. Second hand smoke stimulates tumor angiogenesis and growth. *Cancer Cell*. 2003; 4: 191–196.
- [30.] Jorgensen ED, Zhao H, Traganos F, et al. DNA damage response induced by exposure of human lung adenocarcinoma cells to smoke from tobacco- and nicotine-free cigarettes. *Cell Cycle*. 2010; 9: 2170–2176.
- [31.] Dasgupta P, Kinkade R, Joshi B, et al. Nicotine inhibits apoptosis induced by chemotherapeutic drugs by up-regulating XIAP and survivin. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006; 103: 6332–6337.
- [32.] DeBry SC, Tiffany ST. Tobacco-induced neurotoxicity of adolescent cognitive development (TINACD): a proposed model for the development of impulsivity in nicotine dependence. *Nicotine Tob Res*. 2008; 10: 11–25.
- [33.] Grady SR, Wageman CR, Patzlaff NE, et al. Low concentrations of nicotine differentially desensitize nicotinic acetylcholine receptors that include $\alpha 5$ or $\alpha 6$ subunits and that mediate synaptosomal neurotransmitter release. *Neuropharmacology*. 2012; 62: 1935–1943.
- [34.] Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, et al. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain and Behavior*. 2013; 3(3): 302–326.
- [35.] Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000; 284: 2348-2351.
- [36.] KSH: A halálóki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012., 2014. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>
- [37.] Goodwin AK, Hiranita T, Paule MG. The reinforcing effects of nicotine in humans and nonhuman

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- primates: A review of intravenous self-administration evidence and future directions for research. *Nicotine Tob Res.* 2015; 17(11): 1297-1310.
- [38.] Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine and Tobacco Research.* 2000; 2(1): 19-37.
- [39.] Kovács G. Dohányzás és leszokás. Medicina Kiadó, Budapest, 2010.
- [40.] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public health consequences of e-cigarettes. The National Academies Press, Washington, DC, 2018.
- [41.] Leigh NJ, Palumbo MN, Marino AM, et al. Tobacco-specific nitrosamines (TSNA) in heated tobacco product IQOS. *Tob Control.* 2018; 0: 1–2.
- [42.] Forster M, Liu C, Duke MG, et al. An experimental method to study emissions from heated tobacco between 100-200°C. *Chem Cent J.* 2015; 16(9): 20.
- [43.] Lunell E, Fagerström K, Hughes J, et al. Pharmacokinetic comparison of a novel non-tobacco-based nicotine pouch (ZYN) with conventional, Tobacco-based Swedish snus and American moist snuff. *Nicotine & Tobacco Research.* 2020; 22(10): 1757–1763.
- [44.] Rensch J, Liu J, Wang J, et al. Nicotine pharmacokinetics and subjective response among adult smokers using different flavors of on!® nicotine pouches compared to combustible cigarettes. *Psychopharmacology (Berl).* 2021; 238(11): 3325-3334.
- [45.] Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, et al. Nicotine delivery and user ratings of IQOS heated tobacco system compared with cigarettes, Juul, and refillable e-cigarettes. *Nicotine Tob Res.* 2021; 23(11): 1889-1894.
- [46.] Picavet P, Haziza C, Lama N, et al. Comparison of the pharmacokinetics of nicotine following single and ad Libitum use of a tobacco heating system or combustible cigarettes. *Nicotine Tob Res.* 2016; 18(5): 557-563.
- [47.] Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR). Final opinion on additives used in tobacco products 2016. https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_051.pdf
- [48.] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 5. American Psychiatric Association, Washington, 2013.
- [49.] Pézses M. Fagerström Nikotinfüggőségi Teszt. In: Horváth Zs, Urbán R, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs (szerk.) Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban. Medicina Kiadó, 2021. pp. 452-456.
- [50.] Shiffman S, Sembower MA. Dependence on e-cigarettes and cigarettes in a cross-sectional study of US adults. *Addiction.* 2020; 115(10): 1924-1931.
- [51.] Foulds J, Veldheer S, Yingst J, Hrabovsky S, Wilson SJ, et al. Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking E-cigarette users. *Nicotine Tob Res.* 2015; 17(2): 186-192.
- [52.] Etter JF, Eissenberg T. Dependence levels in users of electronic cigarettes, nicotine gums and tobacco cigarettes. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 147: 68-75.
- [53.] Döme P, Lazáry J, Rihmer Z. A nikotin farmakológiája és nikotinaddikció neurobiológiája. In Kovács G. (szerk.) Dohányzás és leszokás. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2020.
- [54.] Fekete M. A dohányzás abbahagyásának nemkívánatos következményei. In Kovács G. (szerk.) Dohányzás és leszokás. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2020.
- [55.] Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, et al. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control.* 2009; 20(4): 417-435.
- [56.] Tombori I, Paksi B, Urbán R, et al. A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján. *Epidemiológiai tanulmányok.* 2010; 151(9).
- [57.] Gans HJ. Népszerű kultúra és magas kultúra In Wessely A. (szerk.) A kultúra szociológiája. Osiris-Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1998.
- [58.] Businelle MS, Kendzor DE, Reitzel LR, et al. Mechanisms linking socioeconomic status to smoking cessation: A structural equation modeling approach. *Health Psychology.* 2010; 29(3): 262–273.
- [59.] Tamás P, Zsolt P. A társadalmi kommunikáció szociológiájáról. In Béres I., Horányi Ö. (szerk.)

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- Társadalmi kommunikáció. Osiris, Budapest, 2001.
- [60.] Prochnow JA. E-cigarettes: A practical, evidence-based guide for advanced practice nurses. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2017; 13(7): 449–455.
- [61.] 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól
- [62.] Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence. Report for the Australian Department of Health. National Centre for Epidemiology and Population Health, Canberra, 2022. https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/262914/1/Electronic%20cigarettes%20health%20outcomes%20review_2022_WCAG.pdf
- [63.] Harvanko A, Havel C, Jacob P, et al. Characterization of nicotine salts in 23 electronic cigarette refill liquids. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019; 22(7): 1239-1243.
- [64.] Ganguly K, Upadhyay S, Rahman M, et al. Expert opinion on heated tobacco products. Unit of Integrative Toxicology, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. 2022.
- [65.] World Health Organization. Heated tobacco products – A brief. 2020. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/443663/Heated-tobacco-products-brief-eng.pdf
- [66.] Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco companies introduce “tobacco-free” nicotine pouches. *Tobacco Control*. 2020; 29(1): 145-146.
- [67.] Quan G, Jie Y, Gonghuan Y, et al. Chinese “herbal” cigarettes are as carcinogenic and addictive as regular cigarettes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009; 18 (12): 3497-3501.
- [68.] St.Helen G, Jacob P, Nardone N, Benowitz NL. IQOS: examination of Philip Morris International’s claim of reduced exposure. *Tob Control*. 2018; 27: 30-36.
- [69.] Moazed F, Chun L, Matthay MA, et al. Assessment of industry data on pulmonary and immunosuppressive effects of IQOS. *Tob Control*. 2018; 27: 20-25.
- [70.] Nabavizadeh P, Liu J, Havel CM, et al. Vascular endothelial function is impaired by aerosol from a single IQOS HeatStick to the same extent as by cigarette smoke. *Tob Control*. 2018; 27: 13-19.
- [71.] Pataka A, Kotoulas S, Chatzopoulos E, et al. Acute effects of a heat-not-burn tobacco product on pulmonary function. *Medicina*. 2020, 56, 292.
- [72.] Bak JH, Lee SM, Lim HB. Safety assessment of mainstream smoke of herbal cigarette. *Toxicol Res*. 2015; 31(1): 41-48.
- [73.] Ferkol TW, Farber HJ, La Grutta S, et al.: Electronic cigarette use in youths: a position statement of the Forum of International Respiratory Societies. *European Respiratory Journal*. 2018; 51: 1800278.
- [74.] A Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2019-2020. évi hazai megvalósításáról. Záró tanulmány. Budapest, 2020. https://fokuszpont.dohanyzasviszszazoritasa.hu/sites/default/files/2020-08/01_MIDF_2020_Tanulmany_20200706.pdf
- [75.] Keogh A. Nicotine pouches. *Br Dent J*. 2021; 230: 61–62.
- [76.] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2004.
- [77.] Troelstra SA, Coenen P, Boot CR, et al. Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2020; 46(1): 5-18.
- [78.] National Cancer Institute, World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute and World Health Organization, Bethesda, MD, 2016.
- [79.] Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS. Prevention effectiveness: A guide to decision analysis and economic evaluation. 2nd ed. Oxford University Press, New York, NY, 2003.
- [80.] Shultz JM, Novotny TE, Rice DP. Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAMMEC II software. *Public Health Reports*. 1991; 106(3): 326-333.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- [81.] Centers for Disease Control and Prevention. Smoking attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 2000-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008; 57(45): 1226–1228.
- [82.] Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press, New York, NY, 1996.
- [83.] Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(3): 1-10.
- [84.] Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control*. 2009; 18(4): 262-267.
- [85.] World Health Organization. The European tobacco control report 2007. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68117/E89842.pdf
- [86.] Országos Egészségfejlesztési Intézet. A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon. Kiemelt megállapítások. Budapest, 2012. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf
- [87.] Johannesson M, Jönsson B, Kjekshus J, et al. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group*. *N Engl J Med*. 1997; 336(5): 332-336.
- [88.] Caro J, Klittich W, McGuire A, et al. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ*. 1997; 315(7122): 1577-1582.
- [89.] Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, et al. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003; 59(3): 201-206.
- [90.] Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM. Systematic review of the cost-effectiveness of varenicline vs. bupropion for smoking cessation. *Int J Clin Pract*. 2012; 66(2): 171-182.
- [91.] Ladapo JA, Jaffer FA, Weinstein MC, et al. Projected Cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2011; 171(1): 39-45.
- [92.] Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*. 2010; 65: 711-718.
- [93.] Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, et al. Cost-effectiveness of an intensive smoking cessation intervention for COPD outpatients. *Nicotine Tob Res*. 2012; 14(6): 657-63.
- [94.] Richard P, West K, Ku L. The return on investment of a Medicaid tobacco cessation program in Massachusetts. *PLoS ONE*. 2012; 7(1): e29665.
- [95.] Ferketich AK, Pennell M, Seiber EE, et al. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res*. 2014; 16(6): 786-793.
- [96.] Cantor SB, Deshmukh AA, Luca NS, et al. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav*. 2015; 45: 79-86.
- [97.] Ong MK, Glantz SA. Free nicotine replacement therapy programs vs implementing smoke-free workplaces: a cost-effectiveness comparison. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(6): 969–975.
- [98.] Villanti AC, Curry LE, Richardson A, et al. Analysis of media campaign promoting smoking cessation suggests it was cost-effective in prompting quit attempts. *Health Affairs*. 2012; 31(12): 2708-2716.
- [99.] Tengs TO, Osgood ND, Chen LL. The cost-effectiveness of intensive national school-based anti-tobacco education: results from the tobacco policy model. *Preventive Medicine*. 2001; 33(6): 558-570.
- [100.] Ronckers ET, Groot W, Ament AJ. Systematic review of economic evaluations of smoking cessation: standardizing the cost-effectiveness. *Medical Decision Making*. 2005; 25(4): 437-448.
- [101.] Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence (4/7), 2006.
- [102.] PESCE www.tabac-liberte.com
- [103.] Cohen DJ, Clark EC, Lawson PJ, et al. Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. *Patient Educ Couns*. 2011; 85: 8-15.
- [104.] Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns*. 2009; 76: 25-30.
- [105.] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic*

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- Reviews 2008; 1.
- [106.]Nemzeti Népegészségügyi Központ. Egészségnevelési programok. https://egeszsegvonal.gov.hu/maradj-egeszseges/egeszsegnevelési-programok.html#egszsgfejleszts_s_egszsgnevels
- [107.]Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. (AHA guidelines). *Circulation*. 2007; 115.
- [108.]Tóth E, Cselkó Z, Darwish D, et al. A magyarországi dohányzásleszokást támogató telefonos tanácsadás. *Lege Artis Medicinæ*. 2022; 32(01-02): 55-60.
- [109.]Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, et al. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 8.
- [110.]Vadász I, Beke M, Huzián I, et al. Dohányzásról leszokást segítő országos program – öt év tapasztalatai. *Medicina Thoracalis*. 2000; 53: 140-144.
- [111.]NICE Guidelines. Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
- [112.]Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ*. 2000; 321: 329-333.
- [113.]Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 11.
- [114.]Anthonisen N, Connett J, Muttay R. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 166: 675-679.
- [115.]Rennard S, Hughes J, Cinciripini PM, et al. Flexible Quit Date Study Group. A randomized placebo-controlled trial of varenicline for smoking cessation allowing flexible quit dates. *Nicotine Tob Res*. 2012; 14(3): 343-350.
- [116.]Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 2008.
- [117.]Aubin H, Farley A, Lycett D, et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345: 4439.
- [118.]Pénzes M. Leszokás és testsúlygyarapodás. In Kovács G., Horváth I. (szerk.) *Dohányzás és leszokás*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2020.
- [119.]Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 31.
- [120.]Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 12.
- [121.]Stead LF, Perera R, Mant D, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. 2012; 4.
- [122.]European Medicines Agency. Champix Alkalmazási előírás. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_hu.pdf
- [123.]Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296(1): 56-63.
- [124.]Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296(1): 47-55.
- [125.]Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest*. 2011; 139(3): 591-599.
- [126.]Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010; 121(2): 221-229.
- [127.]Fagerström K, Hughes J. Varenicline in the treatment of tobacco dependence. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008; 4(2): 353-363.
- [128.]Mojica WA, Suttorp M J, Sherman SE, et al. Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 26(5): 391-401.

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

- [129.]Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2013; 68(11): 1037-1042.
- [130.]Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 5.
- [131.]Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Liberisan Alkalmazási előírás. https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=191228?onlyDest=1
- [132.]Fényes M, Cselkó Z. A dohányzás leszokás farmakoterápiája. *Gyógyszerészet*. 2018; 62, (11): 643-649.
- [133.]Fényes M. Új farmakoterápiás lehetőség a dohányzásról történő leszokásban. *Orvostovábbképző Szemle*. 2021; 28(1): 77-81.
- [134.]Behrakis PK, Papadakis S, Vardavas C. Tobacco cessation guidelines for high risk groups (TOB.g) 2017. <http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>
- [135.]Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003; 290: 8697.
- [136.]World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva, 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
- [137.]Takala J. Eliminating occupational cancer. *Ind Health*. 2015; 53(4): 307-309.
- [138.]Klebe S, Leigh J, Henderson DW, et al. Asbestos, Smoking and Lung Cancer: An Update. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(1): 258.
- [139.]26/2000. (IX. 30.) EüM rendelet a foglalkozási eredetű rákkeltő anyagok elleni védekezésről és az általuk okozott egészségkárosodások megelőzéséről.
- [140.]Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am J Med*. 1992; 93: 22-24.
- [141.]Whiteford L. Nicotine, CO and HCN: the determined effect of smoking on wound healing. *Br J Comm Nurs*. 2003; 8(12): 22-26.
- [142.]Jiménez-Ruiz CA, et al. ERS Statement on smoking cessation, *Eur Resp Journal* 2015; 46: 61-79.
- [143.]Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018; 39(2): 119-177.
- [144.]Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2016; 37, 267–315.
- [145.]Cselkó Z, Tisza J, Fényes M, et al. Tüdőgondozók közreműködésével végzett leszokást támogató program eredményei, tanulságai és jövőbeli fejlesztési irányai. *Medicina Thoracalis*, 2020; 73(1): 18-19.
- [146.]Fényes M, Cselkó Z, Pataki E. Tennivalók dohányfüggő betegekkel a (cardio)pulmonalis rehabilitációban. *Medicina Thoracalis*, 2022; 75, 3: 140-141.
- [147.]Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 10.
- [148.]Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Pharmacological interventions for vaping cessation. *Canadian Journal of Health Technologies* 2021; 1(4). <https://www.canjhealthtechnol.ca/index.php/cjht/article/download/rc1357/rc1357>.
- [149.]WHO. How to quit e-cigarettes? WHO; 2021. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/how-to-quit-e-cigarettes>
- [150.]Rosen JB, Mallory GB, Hgoppin GB. Management of smoking and vaping cessation in adolescents. 2021. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-smoking-and-vaping-cessation-in-adolescents>
- [151.]Greenhalgh EM. Cessation interventions for e-cigarette users. In Greenhalgh EM, Scollo MM és Winstanley MH (szerk.) *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Cancer Council Victoria, Melbourne, 2021. <https://www.tobaccoinAustralia.org.au/chapter-18-harm-reduction/indepth-18b-e-cigarettes/18b13-cessation-interventions-for-e-cigarette-users>.
- [152.]Yuko Noda, Ryuhei So, Misaki Sonoda, et al. Usefulness of the smartphone app-based smoking cessation program for conventional cigarettes, heated tobacco products, and dual use: A retrospective

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

study. 2022.

- [153.]Solimini R, Ruokolainen O, Cselko Z, et al. Good Practice Statements for the treatment of nicotine dependence. Tobacco Prevention & Cessation. 2023; 9(July):24.
- [154.]Medicines Information Centre, Pharmacy Department. Smoking and Drug Interactions. Mersey Care NHS Trust, 2007. http://www.merseycare.nhs.uk/Library/What_we_do/Clinical_Services/Public_Health/Smoking_Interactions.pdf
- [155.]WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), World Health Organization, 2003. <https://fctc.who.int/>
- [156.]Sreeramareddy CT, Ramakrishnareddy N, Rahman M, et al. Prevalence of tobacco use and perceptions of student health professionals about cessation training: results from Global Health Professions Students Survey. BMJ. 2018; 8(5), e017477.
- [157.]Hyndman K, Thomas RE, Schira HR, et al. The effectiveness of tobacco dependence education in health professional students' practice: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International journal of environmental research and public health. 2019; 16(21), 4158.
- [158.]26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
- [159.]West R, Hajek P, Stead L, et al. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction. 2005; 100(3): 299-303.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE**1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja**

A Egészségügyi Szakmai Irányelv újításának megkezdésekor a Tüdőgyógyászat tagozatvezető és egyben irányelvfejlesztő felelőse jelölte ki a fejlesztőcsoport tagjait és határozta meg a tagok feladatait. Az irányelv egyértelműen leírja, hogy bármely egészségügyi ellátó feladattal rendelkezik a dohányzásleszokás támogatásában. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a dohányzásleszokás támogatásban szakértők, illetve az intenzív leszokás támogatás ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelv [1] az érvényben lévő európai [2] (2020 Guidelines for Treating Tobacco Dependence) és USA [3] (Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. 2020) dohányzásleszokást támogató irányelvek elemzése és értékelése után került átdolgozásra. Az egészségügyi szakmai irányelv újításának megkezdésekor az európai ellátók számára meghatározó európai irányelv frissült, illetve az USA irányelv, aktualizált tartalma átültetésre került.

A egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének meghatározó eleme volt a szisztematikus szakirodalom-keresés, a szelekció és az elemzés. Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfiában, a PubMed-en és a Cochrane-adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az adatbázisokban a következő keresőszavakat és kombinációkat használtuk: „dohányzás”, „leszokás”, „irányelv”, „nikotin”, „nikotinfüggőség”, „bupropion”, „vareniklin”; „smoking”, „cessation”, „guideline”, „nicotine”, „nicotine dependence”, „bupropion”, „varenicline”.

3. A felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A bizonyítékok és az ajánlások szintjei és indoklásuk részletezése a jelen dokumentum IV. fejezetében a 3. és 4. pont alatt található. [5]

A bizonyítékok szintjének és az ajánlások erősségének meghatározása követi a nemzetközi gyakorlatot. Új eredmények változtathatnak a bizonyítékok és ajánlások szintjein, ezért az új tanulmányok és ajánlások tükrében

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

időszakos módosítások szükségesek, melyekre általában az irányelvek megújításakor kerül sor, indokolt esetben korábban. Az ajánlások változása a klinikai gyakorlat változását eredményezi, a jó gyakorlatok elterjedését elősegítve.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

5. Véleményezés módszere

Véleményezésre azokról a szakterületekről kérte fel a fejlesztőcsoport vezetője az Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatainak vezetőit, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. Ezek az alapellátásban részt vevő szakterületek, mint a felnőtt és gyermek betegeket ellátó háziorvoslás és az iskola egészségügy, az ápolási, szakdolgozói és szülésznői, a fog- és szájbetegségek, a gyógyszerészet és a védőnői szakterületek. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET**1. Alkalmazást segítő dokumentumok****1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

- 1.1.1. Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ, <https://www.leszokastamogatas.hu>
- 1.1.2. Leteszem a cigit, <http://www.leteszemacigit.hu>

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

- 1.2.1. Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Fagerström Nikotinfüggőségi Teszt (FTND)

| |
|--|
| <p>1. A reggeli felébredést követően mikor szívja el az első cigarettáját?</p> <p>3 = 5 percen belül 2 = 6–30 perc 1 = 31–60 perc 0 = 60 perccel később</p> |
| <p>2. Nehezen állja meg, hogy ne dohányozzon olyan helyeken, ahol ez tilos (például munkahelyen, könyvtárban, moziban)?</p> <p>1 = Igen 0 = Nem</p> |
| <p>3. Ha fel kellene hagynia valamelyik cigarettával, akkor melyiktől válna meg a legnehezebben?</p> <p>1 = A reggeli elsőtől 0 = Az összes többitől</p> |
| <p>4. Hány szál cigarettát szív el egy nap?</p> <p>0 = 10 vagy kevesebbet 1 = 11–20 2 = 21–30 3 = 31 vagy többet</p> |
| <p>5. Többet dohányzik a felébredés utáni órákban, mint a nap további részében?</p> <p>1 = Igen 0 = Nem</p> |
| <p>6. Dohányzik-e akkor is, amikor annyira beteg, hogy szinte az egész napját az ágyban tölti?</p> <p>1 = Igen 0 = Nem</p> |

Az összesített pontszám javasolt értelmezése:

0-2: Nagyon alacsony

3-4: Alacsony

5: Közepes

6-7: Magas

8-10: Nagyon magas

1.2.2. Nikotinfüggési szűrőteszt

NIKOTINFÜGGÉSI SZŰRŐTESZT

Kérjük, válaszolja meg a következő kérdéseket az IGEN vagy a NEM válaszok bekarikázásával. Abban az esetben, ha úgy érzi, hogy a kérdés önre nem igaz vagy nem vonatkozik, akkor karikázza be a NEM-et.

| | | | |
|----|--|------|-----|
| 1. | Gyakran vannak olyan napjai vagy időszakai, amikor jóval többet dohányzik, mint amennyit szeretne? | IGEN | NEM |
| 2. | Próbált-e már leszokni, vagy csökkenteni az elszívott cigaretták mennyiségét, és azt tapasztalta, hogy nem sikerült elérni a célt? | IGEN | NEM |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | |
|-----|--|------|-----|
| 3. | Miután abbahagyta a dohányzást, vagy csökkentette az elszívott cigaretták számát sóvárgott-e cigaretta után/vágyott-e nagyon a cigarettára? | IGEN | NEM |
| 4. | Amikor abbahagyta a dohányzást, vagy csökkentette a napi elfogyasztott cigaretta mennyiségét tapasztalta-e az alábbi tünetek valamelyikét? Ingerültség, idegesség, nyugtalanság, koncentrációs nehézségek, fejfájás, álmoság, gyomorpanaszok, lelassult szívritmus, étvágnövekedés vagy a testsúly növekedése, levertség/depresszió. | IGEN | NEM |
| 5. | Volt-e már úgy, hogy azért kezdett ismét dohányozni, hogy elkerülje, vagy megszüntesse ezeket a tüneteket? | IGEN | NEM |
| 6. | Akkor is folytatta a dohányzást, amikor olyan komoly egészségügyi problémája volt, amivel nem volt tanácsos dohányozni? | IGEN | NEM |
| 7. | Akkor is folytatta a dohányzást, amikor megtudta, hogy a dohányzás önnek egészségkárosodást okozott? | IGEN | NEM |
| 8. | Akkor is folytatta a dohányzást, amikor megtudta, hogy a dohányzás önnek pszichológiai/mentális problémákat okozott? | IGEN | NEM |
| 9. | Érezte-e már valaha, hogy függ a cigarettától? | IGEN | NEM |
| 10. | Volt már valaha, hogy feladta a munkáját vagy a társas tevékenységeit azért, hogy dohányozhasson? | IGEN | NEM |

1.2.3. Wisconsin nikotinfüggési motivációs kérdőív (WISDM-37)

WISCONSIN NIKOTINFÜGGÉSI MOTIVÁCIÓS KÉRDŐÍV (WISDM-37)

Kérjük, hogy pontozza, mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal az alábbi skála alapján.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| Egyáltalán nem igaz rám | | | | | | | Nagyon is igaz rám nézve | | | | |
| 1. Gyakran gyújtok rá úgy, hogy szinte észre se veszem. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. A cigaretta befolyása alatt vagyok. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Rendszerint rá akarok gyújtani, amint felébredek. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Nehéz figyelmen kívül hagyni azt az érzést, hogy rá akarok gyújtani. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. A cigaretta aromája kellemes. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Gyakran dohányzom azért, hogy gondolataimat tovább tudjam a feladataimra összpontosítani. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. A dohányzással szabályozom az éhségérzetemet és azt, hogy mennyit eszem. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Az életem tele van dohányzásra emlékeztető dolgokkal. | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | A dohányzástól pillanatok alatt jobban érzem magam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | A nélkül gyújtok rá, hogy elhatároznám. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | A cigaretta jó társaság, akár egy közeli barát. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Bizonyos dolgok látványa és illata erősen késztet a dohányzásra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | A dohányzás segít a kitartó összpontosításban. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Gyakran gyújtok rá automatikusan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Jó az íze a legtöbb cigarettának, amit egy nap elszívok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Néha úgy érzem, hogy a cigaretta uralja az életemet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Gyakran sóvárgok a cigaretta után. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | A legtöbb ember, akivel az időmet töltöm, dohányzik. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | Dohányzásom egyik fő oka, hogy vigyázzak a testsúlyomra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Néhány cigarettának, amit elszívok, különösen jó íze van. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Rá vagyok kattanva a cigarettára. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Néha úgy érzem, hogy a cigaretta a legjobb barátom. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | A dohányzás iránti késztetésem egyre erősödik, ha nem gyújtok rá. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Ha mást látok, cigarettázni, akkor én is nagyon rágyújtanék. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Néha azon kapom magam, hogy öntudatlanul nyúlok a cigarettáért. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. | A cigaretta nélkül egyedül érzem magam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. | A barátaim vagy a családtagjaim közül sokan dohányoznak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. | Más dohányzók erős dohányzónak tartanának. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. | Ha nem gyújthatok rá néhány órán keresztül, akkor a cigaretta utáni sóvárgásom elviselhetetlenné válik. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. | A legtöbb barátom és ismerősöm dohányzik. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 31. Reggelente a felébredést követő első félórában rágyújtok. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. A dohányzás segít a gondolkodásban. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. A dohányzás tényleg segít jobban érezni magam, ha le vagyok törve. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. A dohányzás megakadályozza, hogy túl sokat egyek. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. Nem vagyok ura a dohányzásomnak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. Erős dohányzónak tartom magam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 37. Még jó kedvemben is feldob egy cigaretta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

A WISDM-37 pontértékének számítása a skála tételeire adott értékek átlagolásával történik:

| A skála neve | A hozzá tartozó tételek | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|
| 1. Érzelmi kötődés a cigarettához | 11. | 22. | 26. | |
| 2. Automatizmus | 1. | 10. | 14. | 25. |
| 3. Kontrollvesztés | 2. | 16. | 21. | 35. |
| 4. A kognitív működés javulása | 6. | 13. | 32. | |
| 5. Sóvárgás | 4. | 17. | 23. | 29. |
| 6. Kulcsingerek | 8. | 12. | 24. | |
| 7. Társas/környezeti megerősítők | 18. | 27. | 30. | |
| 8. Íz | 5. | 15. | 20. | |
| 9. Tolerancia | 3. | 28. | 31. | 36. |
| 10. Testsúlykontroll | 7. | 19. | 34. | |
| 11. Az érzelmek javítása | 9. | 33. | 37. | |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

Dohányzási napló

Dátum:

| Cigaretta | Időpont | Mennyire erős a sóvárgás? (0-5) | Hogyan érzi magát? | | | | | | | | Kivel van és mit csinál? |
|-----------|---------|---------------------------------|--------------------|----------------|---------|-----------|---------|-------|--------|------------|--------------------------|
| | | | Boldog | Szomorú/levert | Nyugodt | Unatkozik | Feszült | Dühös | Fáradt | Frusztrált | |
| | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | | | | | |
| 24. | | | | | | | | | | | |
| 25. | | | | | | | | | | | |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

1.2.4. Döntési egyensúly

DÖNTÉSI EGYENSÚLY

Ez a gyakorlat segítheti Önt abban, hogy megértse, hogyan is áll a leszokással kapcsolatban. Írja le a táblázatba a gondolatait! Gyűjtsön össze minél több szempontot a táblázat kérdéseire válaszolva!

| | |
|---|---|
| <i>MI AZ, AMI JÓ A DOHÁNYZÁSBAN?</i> | <i>MI AZ, AMI NEM JÓ A DOHÁNYZÁSBAN?</i> |
| | |
| <i>MI AZ, AMI NEM ANNYIRA JÓ A LESZOKÁSBAN?</i> | <i>MI AZ, AMI JÓ A LESZOKÁSBAN?</i> |
| | |
| <i>EZEK AZ OKOK, AMELYEK VISSZATARTHATJÁK ÖNT A VÁLTOZÁSTÓL</i> | <i>EZEK AZ OKOK, AMELYEK MEGERŐSÍTHETIK ÖNT A LESZOKÁSBAN</i> |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

1.3. Táblázatok

1. TÁBLÁZAT - Az egyes nikotintartalmú termékekből felszívódott nikotin mértéke és a maximális koncentráció eléréséig eltelt idő.

| Termék | A biohasznosulás mértéke egységre számolva | A maximális koncentráció eléréséig eltelt idő |
|---|--|---|
| Cigaretta | 1–2 mg [27] | 5 percen belül [27] |
| Füst nélküli dohánytermékek (rágódohány, orron, vagy szájon át fogyasztható dohánytermékek) | 3,6–4,5 mg [27] | 20–30 perc [27] |
| Elektronikus cigaretta | Megfelelhet a hagyományos cigarettából származó nikotin értékének és a felszívódás dinamikájának (vagy meg is haladhatja azt) [40]. | |
| Hevített dohánytermékek | 1,4±0,2 mg [41] | 150°C körül kezd felszabadulni a nikotin a dohánylevélből és 160–180°C-on meredeken emelkedik a kibocsátott nikotin mennyisége [42]. Egyes vizsgálatok szerint a cigarettával megegyező, mások szerint annál kevesebb időnek kell eltelnie a maximális koncentráció eléréséig (4-8 perc) [45, 46] |
| Nikotinos rágógumi (2 mg, 4 mg) | 1 mg, 2 mg [27] | 30 perc [27] |
| Nikotinos inhaláló | 2 mg/patron [27] | 20–30 perc [27] |
| Nikotinos orrspray | 0,5 mg [27] | 10 perc [27] |
| Nikotinos tapasz | 15–22 mg (16–24 óra alatt) [27] | 4–9 óra [27] |
| Nikotinos tasak | Terméktől függően a nikotintartalom 50-59%-a (3 mg nikotintartalmú termék esetén 1,59 mg, 6 mg nikotintartalmú termék esetén 3,51 mg [43]) | 30-35 perc [44]; 61-66 perc [43] |

2. TÁBLÁZAT - A nikotinfüggés jellemzői

| A nikotinfüggés DSM-5 kritériumai [48] | A dohányzással kapcsolatos specifikumok |
|--|---|
| A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, ami legalább két tünetben manifesztálódik az alábbiakból, ugyanabban a 12 hónapos periódusban. | |
| 1. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig használják, mint eredetileg szándékozták. | |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | |
|---|---|
| 2. Állandó szerkíváncsiság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására. | Hazánkban – az egymástól eltérő vizsgálatok eredményei szerint – a dohányzóknak 30-40%-a kíván leszokni, 50-60%-uk már meg is próbálta. Jellemző a dohányzók életében a leszokás többszöri sikertelen kísérlete. Mindössze a dohányzók 4-8%-a éri el az egyéves absztinenciát saját maga kezdeményezésére, segítség nélkül [116]. A dohányzók kis hányada (mintegy 2%) vesz igénybe módszertanilag validált és szakember által nyújtott segítséget [10]. |
| 3. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, használatára (pl. láncdohányzás) vagy a hatásaitól való megszabadulásra. | |
| 4. Sóvárgás, vagy erős vágy, vagy készletelés a szerhasználat iránt. | |
| 5. Ismétlődő szerhasználat, amely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni fontos szerepvállalási kötelezettségek elmulasztását eredményezi. | |
| 6. Folyamatos szerhasználat annak ellenére, hogy tartós, vagy visszatérő szociális, vagy interperszonális problémákat eredményez, amelyeket a szerhasználat okozott vagy súlyosbított (pl. vita másokkal a dohányzásról). | |
| 7. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt. | |
| 8. Ismétlődő szerhasználat olyan helyzetekben, amikor az fizikailag veszélyes (pl. dohányzás az ágyban). | |
| 9. A szerhasználat folytatása olyan állandóan meglévő vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amiről az egyén tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja. | Az egyén egészségi állapotának rosszabbodása vagy súlyos következmények ellenére is sokszor fenntartja dohányzási szokását. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | |
|---|--|
| <p>10. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyik jellemez:</p> <p>A szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye az intoxikáció vagy kívánt effektus elérése érdekében, vagy</p> <p>A szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken a hatás.</p> | <p>A nikotinbevitel okozta kellemetlen toxikus tünetekkel szemben gyorsan kialakul a tolerancia a rendszeres dohányzás során.</p> <p>A nikotinnal kapcsolatos intoxikáció – a szokásos használat esetében – enyhe és rövid időtartamú, rendszerint a dohányzással kapcsolatos kísérletezés időszakára korlátozódik.</p> <p>A legtöbb dohányzó eléri a maximális adagját pár hónap vagy év alatt.</p> <p>A rendszeres dohányzó napi adagja kellemetlen tüneteket okozna a kezdő használónak.</p> <p>A reggeli első cigaretták a „legjobb” megerősítők. A délelőtti cigaretták nagyobb megerősítő erővel bírnak, mint a nap második felében elszívottak.</p> |
| <p>11. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:</p> <p>A szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonási szindróma, vagy</p> <p>Ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonási tünetek csökkentésére vagy elkerülésére.</p> | <p>A nikotin bevitelének megszakításakor vagy a bevitt mennyiségének csökkentésekor fellépnek a megvonási tünetek.</p> <p>A dohányzás abbahagyása vagy csökkentése nagyon hamar, akár 2 órán belül kiválthat megvonási tüneteket.</p> <p>A rágyújtást követően mintegy 10 másodperc alatt csökkennek a megvonási tünetek.</p> |

3. TÁBLÁZAT – Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok és egyéb dohányzáshoz kapcsolódó BNO kódok

| | |
|-------|--|
| F17.0 | Dohányzás okozta akut intoxikáció |
| F17.1 | Dohányzás okozta káros használat (abúzus) |
| F17.2 | Dohányzás okozta dependencia (szindróma) |
| F17.3 | Dohányzás okozta megvonási szindróma |
| F17.4 | Dohányzás okozta megvonási szindróma delíriummal |
| F17.5 | Dohányzás okozta pszichotikus zavar |
| F17.6 | Dohányzás okozta amnesztikus szindróma |
| F17.7 | Dohányzás okozta reziduális és késői (kezdetű) pszichotikus zavar |
| F17.8 | Dohányzás okozta egyéb mentális és viselkedészavarok |
| F17.9 | Dohányzás okozta nem meghatározott mentális vagy viselkedészavarok |
| P04.2 | Az anya dohányzása miatt érintett újszülött és magzat |
| T65.2 | Dohány és nikotin toxikus hatása |
| Z71.6 | Tanácsadás dohányzás ügyben |
| Z72.0 | Dohányzás |
| Z81.2 | Dohányzás a családban |

4. TÁBLÁZAT - A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága

| A bizonyíték mértéke | Módszer | Számszerűsített mutató (amennyiben hozzáférhető) |
|---|-------------------------------------|--|
| 1. Bizonyítottan hatásos módszerek – A/a szintű | Orvosi tanács és minimálintervenció | EH=1,66; 95%CI (1,42-1,94) [2, 3]. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | |
|---|--|--|
| evidencia | Motivációs interjú | Összesítve: RK=1,26; 95%CI (1,16-1,36). Mind az egyszeri (RK=1,26; 95%CI (1,15-1,40)), mind a többszöri alkalommal végzett (RK = 1,20; 95%CI (1,02-1,42)) motivációs interjú növelte a leszokás valószínűségét [2, 3]. |
| | Intenzív egyéni tanácsadás | A minimálintervencióhoz, az önségítő anyagok hatásához és a megszokott gyakorlathoz viszonyítva: RK=1,57; 95%CI (1,40-1,77) [3]. |
| | Intenzív csoportos tanácsadás | Az önségítő anyagok hatásához viszonyítva: RK=1,98; 95%CI (1,60-2,46) [2]. |
| | Proaktív telefonos tanácsadás | Proaktív tanácsadás nem tanácsadáshoz viszonyítva: RK=1,37; 95%CI (1,26-1,50) [2, 3]. Proaktív versus reaktív: RK=1,27; 95%CI (1,20-1,36) [2, 3]. |
| 2. Bizonyítottan hatásos módszerek – B/a szintű evidencia | Mobiltelefonon alapuló intervenciók (SMS-küldés) | Randomizált kontrollált vizsgálat hathónapos követés eredménye: RK = 2,14; 95%CI (1,74-2,63). A hosszabb távú követéseknél nem igazolódt az intervenció eredményessége. Az SMS-küldésen, az okostelefon alkalmazáson alapuló és a web alapú intervenciókat javasolt kiegészíteni tanácsadással (B/a) [2, 3]. |
| | Web alapú intervenció | Metaanalízis alapján a hosszabb távú leszokás eredménye valamennyi program típusra összevontan mérsékelt hatású: EH = 1,19; 95%CI (1,06-1,35). A viselkedés változásra építő, interaktív jellegű web alapú programok hatásosabbnak bizonyultak: RK=2,10; 95%CI (1,25-3,52) (B/a) [2, 3]. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | |
|---|---|---|
| | Önsegítő anyagok | Csak a „testre szabott” önsegítő anyagok bizonyultak eredményes leszokást segítő eszköznek RK=1,28; 95% CI (1,18-1,37). A dohányzókra szabott anyagok hatásosabbak, mint az általános tartalommal bíró anyagok, azonban a leszokásra gyakorolt hatásuk csekély (B/a) [2, 3]. |
| 3. Nincs elégséges bizonyíték a hatásosságukról, további vizsgálatok szükségesek. Mindaddig azonban, amíg nem állnak rendelkezésre bizonyítékok, úgy kell állást foglalni, hogy hatástalanok. | Hipnoterápia | Nem vonható le következtetés, mert a tanulmányokban közölt adatok heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót [2]. |
| | Kiegészítő testedzés programok | A tanulmányok nagyon eltérő felépítése miatt a szerzők nem végeztek hagyományos metaelemzést. 15 tanulmányból egy mutatott kedvező hatást a 12 hónapos absztinenciát illetően [2]. |
| | Elektronikus cigaretta | Az e-cigaretta leszokás támogatásban játszott szerepének eredményessége egyelőre nem bizonyított, ezért egészségügyi szakember leszokás támogatásra ne javasolja (B/c) [2, 3]. Az e- cigaretta használata fenntartja a nikotinfüggőséget [40]. |
| | Okostelefon alkalmazások | Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték arra vonatkozóan, hogy az okostelefon alkalmazások önmagukban növelnék a leszokás valószínűségét (c) [3]. |
| 4. Bizonyítottan nem hatásos | Akupunktúra és a hozzá kapcsolódó újabb eljárások | Rövid távú hatás: RK=1,18; 95%CI (1,03-1,34) Hosszú távú hatás a megszokott gyakorlathoz viszonyítva: RK=1,05; 95% CI (0,82-1,35) [2]. |
| | A partner támogatásának növelése. | 6-9 hónapos absztinencia RK=0,99; 95% CI (0,84-1,15), illetve 12 vagy több hónapos absztinencia RK=1,04; 95% CI (0,87-1,24) [2]. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | |
|--|---|---|
| | Biofeedback (a dohányzás negatív következményeinek műszeres visszajelzése, pl. CO-szint-mérés, spirometria) | Az alapellátásban sem a kilélegzett szén-monoxid koncentrációjának visszajelzése nem növelte a leszokás arányát: RK=1,06; 95%CI (0,85-1,32), sem a spirometriás adatok bemutatása: RK=1,18; 95%CI (0,77-1,81) [3]. A további tanulmányokban közölt adatok heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót. |
|--|---|---|

5. TÁBLÁZAT – Javasolt kezdeti nikotinpótló kezelés a Dohányzás Súlyossága Index alapján [2]

| Reggeli első cigarette | Naponta elszívott cigaretták száma | | | |
|------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | <10 szál | 10-19 szál | 20-29 szál | >30 szál |
| <5 perc | | Magas dóziszú tapasz +/- orális NPT | Magas dóziszú tapasz +/- orális NPT | 2 magas dóziszú tapasz |
| <30 perc | | Magas dóziszú tapasz | Magas dóziszú tapasz +/- orális NPT | Magas dóziszú tapasz +/- orális NPT |
| 30-60 perc | Ø NPT vagy orális NPT | Orális NPT | Magas dóziszú tapasz | Magas dóziszú tapasz +/- orális NPT |
| >60 perc | Ø NPT vagy orális NPT | Ø NPT vagy orális NPT | Orális NPT | |
| Alkalmanként | Ø NPT vagy orális NPT | Ø NPT vagy orális NPT | | |

6. TÁBLÁZAT - Nemkívánatos események a leszokás során [2]

| | Vareniklin | Bupropion | Cítizin | Placebo |
|-------------|------------|-----------|---------|---------|
| Émelygés | 28% | 9% | 12% | 9% |
| Álmatlanság | 14% | 21% | | 13% |
| Fejfájás | 14% | 11% | | 12% |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

7. TÁBLÁZAT - A farmakoterápiás készítmények jellemzői [2]

| Farmakoterápiás készítmény | Kontraindikáció | Mellékhatás | Dózis | A kezelés időtartama | Elérhetőség | Monoterápia hatékonysága (becsült absztinenciaráta az elhagyást követően) | | Kombinációs lehetőség |
|---|--|--|--|--|----------------------|---|-----------|---|
| | | | | | | 6 hónap | 12 hónap | |
| Nikotinos tapasz | 14 év alatt | lokális bőrirritáció, alvászavar | 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 (vény nélkül) | 23,4-26,5% | 20,3% | nikotinos rágógumi bupropion |
| Nikotinos rágógumi | 14 év alatt | emésztési panaszok, szájnyálkahártya-irritáció | 1-24 cigaretta/nap esetén: 2 mg (max. 24 db/nap) ≥25 cigaretta/nap esetén: 4 mg (max. 24 db/nap) | 8-12 hét | OTC (vény nélkül) | 19,0-26,1% | 8,2-11,2% | nikotinos tapasz |
| Bupropion (Magyarországon jelenleg nem törzskönyvezett dohányzásleszokás indikációban) | epilepszia, táplálkozási rendellenesség | alvászavar, szájszárazság, görcs | 3 napig 150 mg reggel, majd 2x150 mg (a kezelést 1-2 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni) | 8-12 hét, amely 6 hónapig kiterjeszhető | vényköteles | 24,2 % | 16,1% | nikotinos tapasz |
| Vareniklin | veseelégtelenség, dialízis, 18 év alatti életkor, várandósság, szoptatás, óvatosság: depresszió, szorongás | émelygés, hányinger, alvási rendellenesség (különös álmok) | 0,5 mg 3 napig, 2x0,5 mg 4 napig, majd 2x1 mg (a kezelést 1 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni) | 12 hét, mely 6 hónapig kiterjeszhető | vényköteles | 33,2 % | 26,1% | nikotinos készítmények (nincs kontraindikációja és erős dohányzóknál) |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | | | | | | |
|---------|--|--|------------------------------|--------|-------------|--|--|--|
| | | | | | | | | lehet használni, de további vizsgálatok szükségesek) |
| Citizin | veseelégtelenség, dialízis, 18 év alatti életkor, várandósság, szoptatás, instabil angina, közelmúltban lezajlott myocardialis infarctus, klinikailag jelentős arrhythmia, közelmúltban lezajlott stroke, óvatosság: depresszió, szorongás | émelygés, hányinger, alvási rendellenesség (különös álmok) | 1,5 mg napi utasítás szerint | 25 nap | vényköteles | | | |

8. TÁBLÁZAT - A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára [148]

| Hatóanyag | A dohányzás hatása | A leszokás hatása | A leszokás során alkalmazott eljárás |
|--|---|---|--|
| Hipnotikumok és anxiolitikumok (benzodiazepinek, zolpidem, zopiklon) | Enzimindukciónak köszönhetően fokozott kiválasztás, ami alacsonyabb plazma szintet eredményez. Magasabb nikotinszint esetén kisebb mértékű a nyugtató hatása. A nikotin központi idegrendszerre kifejtett hatása miatt csökkent hipnotikus hatás. | Csökkent kiválasztás következtében emelkedhet a plazmaszint. Benzodiazepint használó pácienseknél fokozódhat a nyugtató hatás a leszokást követően. | A tünetek követése. Szükség lehet a dóziscsökkentésre. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | |
|--|---|---|--|
| Antipszichotikumok (pl. klórpromazin, klozapin, flufenazin, haloperidol) | A dohányzás hatására emelkedhet egyes antipszichotikumok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint. A dohányzás hatására fokozódhatnak az antipszichotikumok mellékhatásai. | Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint. Szükség lehet a dóziscsökkentésre. | A mellékhatások követése. Fokozott nyugtató hatás, illetve mellékhatás (alacsony vérnyomás, álmoság, extrapiramidális tünetek) előfordulása esetén dóziscsökkentés szükséges. |
| Antidepresszánsok (pl. SSRI, triciklikus antidepresszánsok, mirtazapin, duloxetin) | A dohányzás hatására emelkedhet egyes antidepresszánsok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint. | Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint. | A mellékhatások követése. Szükség lehet a dóziscsökkentésre. |
| Demenciában használt gyógyszerek (acetilkolinészteráz-inhibitorok, memantin) | A dohányzásnak nincs jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére, memantin esetében előfordulhat emelkedett plazmaszint. | Nincs ismert jelentős klinikai hatás. | A tünetek követése. |
| Antikonvulzívumok (karbamazepin, valproát, fenitoin) | A dohányzásnak nincs jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére. | Nincs ismert jelentős klinikai hatás. | A tünetek követése. |
| Lítium | A dohányzás fokozza a koffein metabolizmusát. A koffeinszint jelentős mértékű megváltozása befolyásolhatja a lítium plazmaszintjét. | Indirekt módon befolyásolhatja a lítium kiválasztását. | A plazmaszint ellenőrzése a tünetek rosszabbodása esetén. |
| Analgetikumok (dextropropoxifen, kodein) és gyulladáscsökkentők (diflunisal, fenilbutazon) | Dohányzás hatására gyorsabban választódik ki. | Fokozódik a hatóanyagra adott válasz. | A válaszreakció követése. |
| Antiaritmiás szerek (flekainid, lignokain) | A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a plazmaszint. Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük. | Dóziscsökkentésre lehet szükség. | A mellékhatások követése, dóziscsökkentés. |

A dohányzásról való leszokás támogatásáról

| | | | |
|--|---|--|--|
| Béta-receptor-blokkolók | A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a béta-blokkolók hatása. Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük. | Dóziscsökkentésre lehet szükség. | A vérnyomás és a szívfrekvencia ellenőrzése. Szükség lehet dóziscsökkentésre. |
| Diuretikumok (furosemid) | A nikotin gátolja a vizeletkiválasztást és csökkenti a furosemid hatását. | Klinikai hatása nem egyértelmű. | A válaszreakció követése. |
| Antihisztaminok (cimetidin, ranitidin) | Dohányzás hatására csökken a plazmaszint. A cimetidin és kisebb mértékben a ranitidin csökkenti a nikotin ürülését a szervezetből. | Fokozódhat az antihisztaminokra adott válaszreakció. | A válaszreakció követése. |
| Inzulin | A dohányzás csökkenti az inzulin felszívódását és növelheti az inzulinrezisztenciát. Dohányzó inzulinfüggő cukorbetegnek több inzulinra lehet szükségük. | A leszokás javítja a glikémiás kontrollt. Csökkenhet az inzulinszükséglet. Szükség lehet az inzulin dózisének módosítására. | A hypoglykaemia ellenőrzése. A vércukorszint gyakoribb ellenőrzése. Inzulinfüggő cukorbetegnek kevesebb inzulinra lehet szükségük. |
| Teofillin/aminofillin | Enzimindukciónak köszönhetően a dohányzás növeli a teofillin kiválasztását. Dohányzóknak csökken a teofillin fél életideje. Dohányzóknak nagyobb adagokra van szükségük. | A leszokást követően jelentősen megemelkedik a teofillin plazmaszintje. A teofillin szűk terápiás ablakkal bír, ezért előfordulhat mérgezés. | Mérgezés tüneteinek követése (pl. palpitáció, émelygés). Plazmaszint-ellenőrzés és dóziscsökkentés (jellemzően harmadával). |
| Véralvadásgátlók (warfarin, heparin) | A dohányzás enyhén fokozza a warfarin metabolizációját és kiválasztását. Dohányzóknak csökken a heparin fél életideje és fokozódik a kiválasztása. Dohányzóknak nagyobb adagokra lehet szükségük. | INR/protrombinidő növekedhet. | Szigorú követést igényel. A dózist egyénileg kell módosítani az INR/protrombinidőnek megfelelően. |

9. TÁBLÁZAT - A medikusképzés kurrikuluma vonatkozó részletes ajánlás [2]

| Témakörök | Részletes témalista | Preklinikai oktatás | Klinikai oktatás* |
|--|--|---------------------|-------------------|
| Dohányzás prevalenciája, dohányzóvá válást befolyásoló tényezők | Alap epidemiológiai információk | B2 | |
| Dohányzás egészségkárosító hatása | Dohányfüst összetétele, egészségre kifejtett hatása | B1 | |
| | Légzőrendszeri hatások | B1 | B2 |
| | Szív- és érrendszeri hatások | B1 | B2 |
| | Daganatos betegségek és vérképzőszervi hatások | B1 | |
| | Urogenitális rendszerre kifejtett hatások | B1 | |
| | Várandósságra és gyermekekre vonatkozó hatások | B1 | |
| Dohányfüggőség, annak egyéni és populációs jelentősége | A dohányfüggőség neurobiológiája | B1 | B2 |
| | A dohányfüggőség kognitív és viselkedéses aspektusai | B1 | B2 |
| Dohányzás környezeti hatásai | Beltéri levegő minősége, szennyezők | B1 | |
| | Környezetszennyezés, tűzveszély | B1 | |
| Dohányzás társadalmi és gazdasági hatásai | Egyéni hatások | B2 | |
| | Közösségi hatások | B2 | |
| Dohányzás visszaszorítására vonatkozó jogi szabályozás | Nemzetközi szint (WHO FCTC) | B2 | |
| | Nemzeti szabályozás | B2 | |
| Dohányzás visszaszorítás koncepciója és stratégiái | MPOWER stratégiák | B2 | |
| | Releváns nemzeti szabályozások | B2 | |
| Az orvos magatartása, szerepe a dohányzás visszaszorításában | Nemdohányzó magatartás, mint szerepmódel | B2 | B2, D2 (B3, D3) |
| | Leszokás támogatása, "5A" és "5R" használata | B1 | B3, D3 |
| | Bizonyítékokon alapuló leszokás támogató módszerek | B1 | B2 |
| | Leszokás a klinikai gyakorlatban | B1 | (B3) |
| | Relapszusprevenció | B2 | B3 |
| | A dohányzás visszaszorításának támogatása, vezetése | | D3 (B3) |
| | A dohányipari manipulációkra való odafigyelés, ellenük való küzdelem | B1 | B3 (D3) |
| | Leszokás támogatás speciális csoportokban: sebészet, COPD, szív- és pszichiátriai betegségek | | B3 (D3) |
| | Média szerepe a dohányzás visszaszorításában | B2 | |
| Dohányzás visszaszorítása a mindennapokban és együttműködés más szervezetekkel | Dohányzás visszaszorításában részt vevő kormányzati és nem kormányzati intézetek | B2 | |

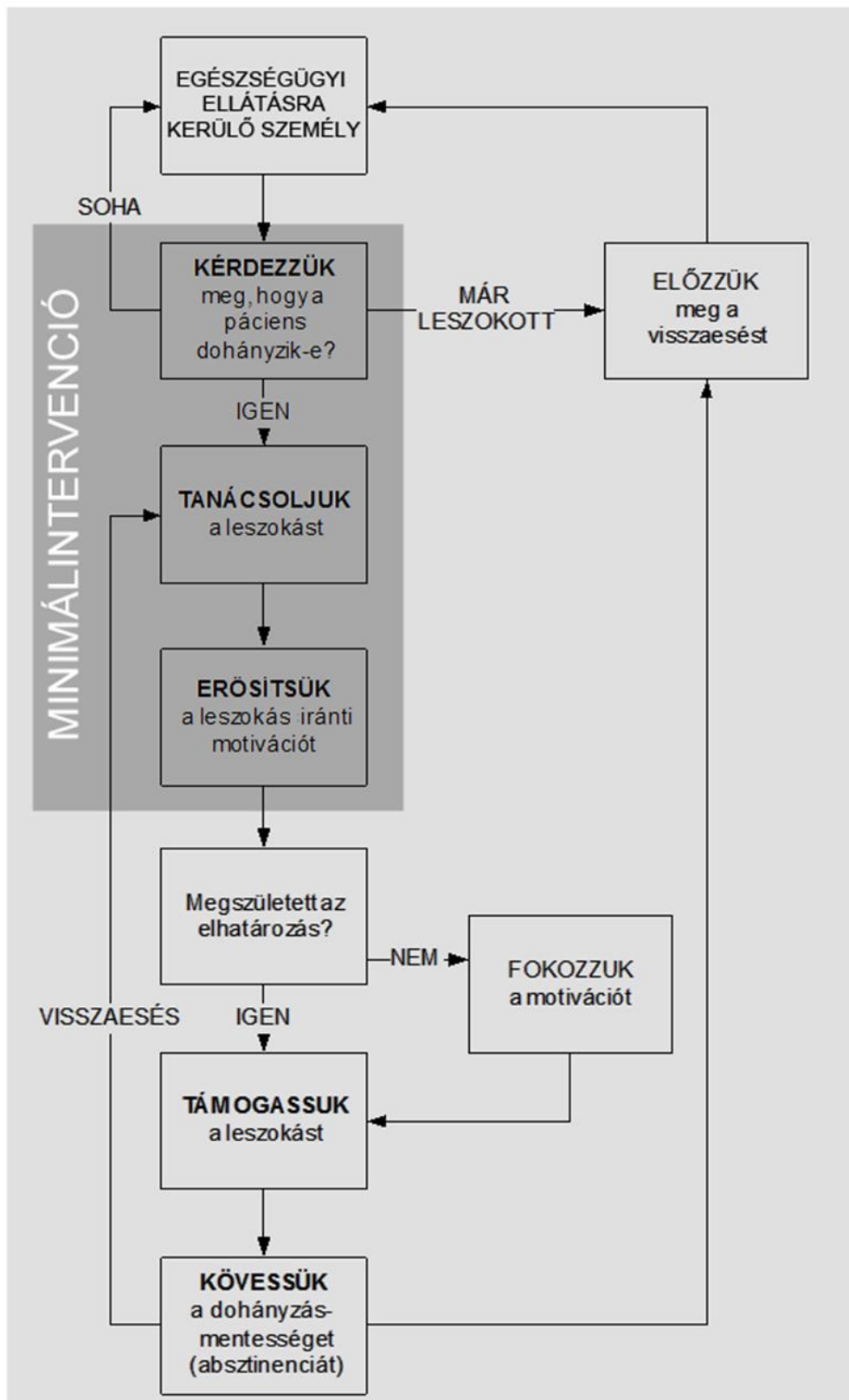
* A zárójelben jelzett tevékenységek elsősorban a rezidensképzésre vonatkoznak.

B1: ismeret; B2: összefüggések megértése; B3: alkalmazás a klinikumban; D1: tudatosság; D2: attitűd; D3: viselkedés

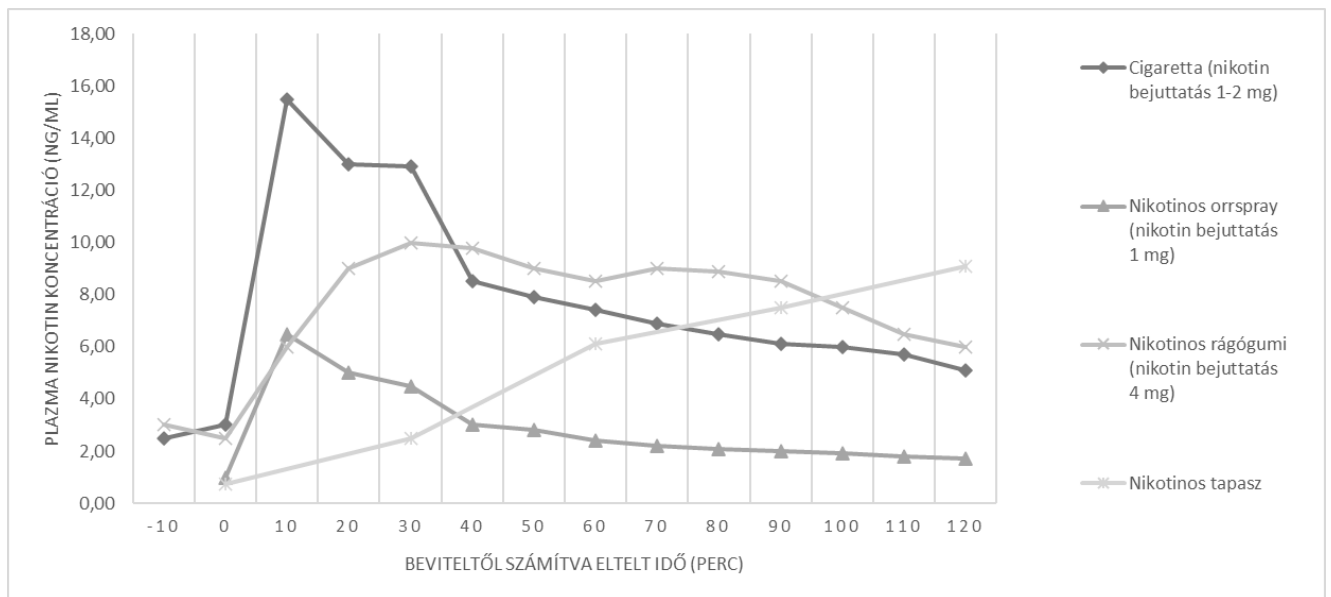
1.4. Algoritmusok

1. ÁBRA - A dohányzásról való leszokás támogatás folyamata

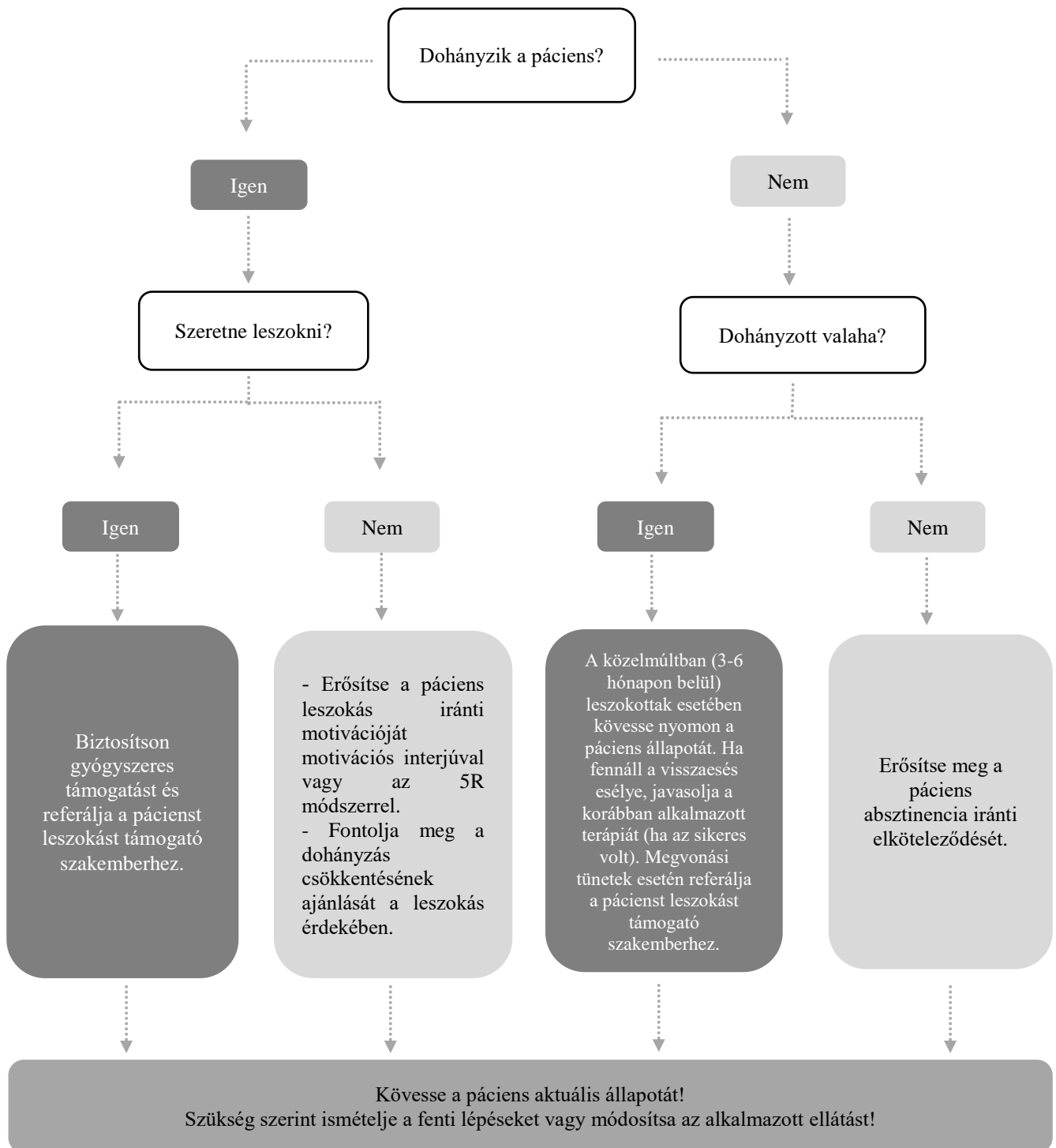
A LESZOKÁSTÁMOGATÁS FOLYAMATA



2. ÁBRA - A cigarettából és az egyes nikotinpótló termékekből származó nikotin vénás vérben mért koncentrációja és a csúcskoncentrációik elérése az eltelt idő függvényében.



3. ÁBRA - A leszokás támogatása a mindennapos egészségügyi gyakorlatban



1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs