

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Pénzes Melinda

Substance use prevention – Expert opinion: Melinda Pénzes

Szerző:	Pénzes Melinda ¹ ✉
Beküldve:	2020. 10. 06.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6020
Kulcsszavak:	dohányzásprevenációs program; elektronikus cigaretta; füstmentes dohánytermékek; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	tobacco prevention program; electronic cigarette; smokeless tobacco products; harm reduction; youth; expert opinions

Milyen szemléletet és gyakorlatot javasol Ön a szakemberek számára a serdülők dohányzásának és droghasználatának megelőzésére és visszaszorítására?

Válaszomban a serdülőkorú dohányzás megelőzésével kapcsolatban teszek javaslatot.

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének 12. cikke fogalmazza meg az oktatás, képzés és lakossági tudatosság jelentőségét a dohányzás visszaszorítása érdekében, amelynek egyik részét az iskolai dohányzásprevenációs programok képezik.¹ Habár az iskolai programoknak önmagukban csekély a hosszú távú, dohányzást megelőző hatékonysága, azonban ezek egy átfogó, többkomponensű dohányzásprevenációs program részeként kifejezetten hatékonyá válhatnak, ha tartalmazzák az iskolai dohányzás általános korlátozását, továbbá tömegkommunikációs kampányokat és más közösségi intézkedéseket.² Az iskolai preventív programok jelentős előnye, hogy ezen az úton szinte minden serdülő elérhető, valamint a megelőzés az iskolai élet mindennapjainak szerves részévé válhat. Az elmúlt négy évtizedben különböző típusú iskolai dohányzás megelőzési programok alakultak ki. Egyesek csupán a dohányzás gyakoriságával és káros hatásaival kapcsolatos információk átadásra összpontosítottak, mások viszont arra helyezték a hangsúlyt, hogy

készségeket fejlesszenek a dohányzás elkezdését meggátoló életvezetési, vagy visszautasítási technikák kialakítása érdekében, míg az úgynevezett multimodális programok nemcsak a tanulókat célozták meg, hanem a pedagógusokat, szülőket és más, iskolához kapcsolódó közösségeket is.³

A hazai iskolákban a ténylegesen zajló dohányzásprevenáció gyakoriságáról, a kivitelezés módjáról, tartalmáról, illetve korlátairól kevés információ áll rendelkezésre. Az elmúlt évtizedekben számos iskolai dohányzás- és egyéb drogprevenációs program valósult meg, amelyek túlnyomórészt az általános iskolák 5. évfolyamától kezdődően jelentek meg, azonban keveset tudhattunk meg a foglalkozások gyakoriságáról, tartalmáról és hatékonyságáról.⁴

Azok a tanulmányok, amelyek a hazai iskolai drogprevenációs programokat tekintették át, módszertanilag heterogén, többnyire hiányosan megtervezett, spontaneitáson alapuló és szakszerűtlenül végrehajtott beavatkozásokat találtak, amelyek leginkább a legális és illegális drogok egészségügyi következményeivel foglalkoztak.^{4,5} Egy másik vizsgálatban magyar serdülők arról számoltak be, hogy elsősorban a dohányzás egészségre káros következményeiről hallottak az iskolai dohányzás megelőzési foglalkozásokon.⁶

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Csak információátadásra szorítókozó intervenciók hatékonyságáról a serdülők dohányzó magatartásával kapcsolatban kevés bizonyíték áll rendelkezésünkre.^{5,7} Úgy tűnik, hogy a dohányzásprevenációs programoknak ez a típusa növelheti az egészségre káros hatások ismeretét, de hosszú távon korlátozottan, vagy egyáltalán nem gyakorol hatást a fiatalok dohányzással kapcsolatos döntéseire.^{5,8,9} A preventációs programok ráadásul gyakran nem jutnak el a fiatalok fokozott kockázatú csoportjaihoz, illetve a dohányzásnak nem azokat a következményeit hangsúlyozzák, amelyek a legnagyobb gondot jelentik a fiatal populációban.¹⁰ Bár elengedhetetlen a dohányzás káros következményeivel kapcsolatos ismeretek bővítése, de önmagában nem elegendő ahhoz, hogy a serdülők tájékozottan dönthessenek a követendő magatartásról. Ezenfelül érdemes volna figyelni az igényeikre, ugyanis többet akarnak tudni arról, hogy mi az oka a dohányzás elkezdesének, szívesen meghallgatnák a már leszokottak véleményét a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásairól, illetve a különféle dohánytermékek és azok egészségügyi megítélése is foglalkoztatja őket.^{6,11}

Egy tanulmányban az iskolai alkalmazottak szemszögéből is vizsgálták az ott folytatott dohányzásprevenációs foglalkozások kivitelezési és tartalmi jellemzőit.¹² Az eredmények szerint a foglalkozások tanévenkénti átlagos óraszama (legmagasabb óraszám átlaga = 3,03; szórása = 2,02, amely a 8. osztályosok körében fordult elő) jelentősen elmaradt az ajánlásoktól, amelyek évente legalább 10 foglalkozásból álló programot tartanak hatásosnak.⁵ Figyelembe véve a dohányzást kipróbáló és rendszeresen dohányzó magyar serdülők arányát az 5. évfolyamtól kezdődően, a vizsgált iskolákban a prevenció időzítése és intenzitása is elmaradt az ajánlásoktól.^{5,13} Éppen ezért megfontolandó volna a szerhasználatot, így a dohányzást megelőző programokat már az általános iskolák alsó tagozatára is kiterjeszteni, hogy mire a fiatalok a kipróbálás szempontjából leginkább veszélyeztetett életkorba lépnek, már rendelkezzenek azokkal a készségekkel, amelyekkel kellően ellen tudnak állni a kipróbálást motiváló ingereknek.^{5,14,15,16} Az iskolai megelőző programok létjogosultságát tovább erősíti, hogy a nagyvárosi általános iskolás, dohányzó serdülők szerint ezek hatékonyak lehetnének a dohányzók arányának

csökkentésében, különösen abban az esetben, ha a fokozott kockázatú fiatalokra összpontosítanak.⁶

Hasonlóan a hazai iskolai drogprevenciót elemző vizsgálatok eredményeihez, Fekete és munkatársai tanulmánya is azt igazolta, hogy a foglalkozások jellemzően nem interaktív módon zajlottak.^{4,12,17,18} A preventációs programok hatékonyságának további sarkalatos pontja a foglalkozásvezető személye, akinek a kellő hatásgyakorlás érdekében nemcsak megfelelő szakmai tudással és motivációval szükséges rendelkeznie, hanem egyúttal hitelesnek is kell lennie.^{5,11} A tanulmányok eredményei alapján a foglalkozásokat leggyakrabban az iskola pedagógusai vezették, annak ellenére, hogy a megkérdezettek szerint a korlátokat főként a munkatársak elégtelen prevenció képzése vagy az oktatási segédanyagok hiánya jelentette.¹² Egy korábbi vizsgálat alapján évente, országosan, a pedagógusok mindössze 10%-a vett részt valamilyen szerfogyasztás megelőzésére (is) irányuló továbbképzésben.⁴

A vizsgált iskolák jelentős részében a dohányzásprevenációs foglalkozást más, többnyire külső közreműködők vezették, akik azt ugyan érdekesebbé, vonzóbbá tehetik, de általában nem javítják a program hatékonyságát, ha nem rendelkeznek kellő képzettséggel az iskolai egészségfejlesztés területén.^{5,12} Az iskolák alkalmazottai legkevésbé a kortárs diákokat jelölték foglalkozásvezetőnek, tehát nem javult a helyzet egy korábbi tanulmány eredményeihez képest, melyben a diákok 10%-a számolt be ugyanerről.^{12,19} Jelentős javulásnak tekinthető viszont, hogy 2013-ban már a tanulók 33%-a vett részt kortársak által vezetett prevenció foglalkozáson.²⁰

Fekete és munkatársai tanulmányában a megkérdezett iskolák a dohányzást megelőző foglalkozások legjelentősebb korlátjaként az általánosan felmerülő idő- és pénzhiányt tüntették fel. Ugyanakkor a foglalkozások korlátaiban iskolatípusonként is jelentkeztek különbségek. A gimnáziumok az idő- és a pénzhiány mellett elsősorban a prevenciót végzők képzésének elégtelenségét jelölték meg. A szakközépiskolák és szakiskolák az oktatási segédanyagokat hiányolták és arra is utaltak, hogy a dohányzás megelőzés általában nem kap kiemelt figyelmet az intézményben, vagy nem része a kötelező tananyagának. Általános iskolákban jellemzően az időhiány

vagy az oktatási segédanyagok hiánya fordult elő.¹²

A közelmúltban (2009–2012.) magyar serdülők körében prospektív módszerrel azonosíthatóvá vált a dohányzással kapcsolatos magatartás időbeli alakulása, és az ezt befolyásoló kockázati tényezők szerepe.²¹ A követéses vizsgálat eredményei rávilágítottak arra, hogy a különböző dohányzó magatartást mutató csoportokban más és más kockázati tényezők kerülnek előtérbe, amelyek figyelmen kívül hagyásával nem lehet célzott prevenció programokat tervezni. A kockázati tényezők közül a cigarettázó barátok jelenléte és a rosszabb tanulmányi eredmény stabil kockázati tényezőnek bizonyult a rendszeres dohányzás kialakulásában. Emellett az újrasztrukturált családszerkezetnek kifejezett kockázati szerepe lehet a kísérletezésben és a rászokásban. Utóbbit illetően a lányoknak fokozottabb a veszélyeztetettsége. Dohányzók körében jellemző volt a nagyobb összegű zsebpénz, amely korai serdülőkorban elősegítheti a rendszeres dohányzás megjelenését, majd később az állandósulását. Ugyancsak a dohányzók csoportjában, de késői serdülőkorban jelentkezett a szülői dohányzás előrejelző (prediktor) hatása.²¹

Az említett longitudinális kutatásban az alternatív dohánytermékek² serdülőkori kipróbálását is vizsgálták.²¹ A vizsgálat végén a cigarettát valaha kipróbáló fiatalok túlnyomó többsége már használt valamilyen egyéb dohányterméket. Korai serdülőkorban különösen intenzíven növekedett az alternatív dohánytermékekkel való kísérletezés. Az ADT-k kipróbálása elsősorban a fiúkra és idősebb serdülőkre volt jellemző, akik a cigarettát 13 éves koruk után próbálták ki, valaha már cigarettáztak napi rendszerességgel, illetve aktuálisan is gyakrabban cigarettáztak, valamint jobb volt a tanulmányi eredményük. Népszerűségi sorrendben a vízpipa állt az első helyen, amelyet az ízesített cigaretták, szivar/szivarka, kézzel sodort cigaretta és a pipa kipróbálása követett. Látens osztályelemzéssel kétféle kipróbálási mintázatot azonosítottak, azt bizonyítva, hogy a

többféle ADT-vel próbálkozó csoport mellett a serdülőknek egy olyan csoportja is létezik, akik elsősorban az ízesített dohánytermékek felé fordulnak.²¹

Mindezek alapján, főleg az iskolai színtereken a dohányzással kapcsolatos intervenciókra, valamint figyelembe véve az ADT-vel kapcsolatban megfogalmazott nemzetközi prevenciók kívánalmakat, hazai vonatkozásban javaslatom a következők:^{22,23,24,25,26}

1. az eltérő dohányzási fázisban lévő tizenéveseket értelmetlen összevontan kezelni a prevenció beavatkozások során, mert a differenciálatlanul közvetített üzenetek és készségek nagy valószínűséggel hatástalanok maradnak, ha továbbra is a jelenlegi hazai gyakorlatot követjük. Egységes és teljes iskolai közösségeket, illetve azokon belül osztályokat megcélzó intervenciók helyett érdemesebb lenne célzott beavatkozásokat tervezni. A célcsoportok differenciálása egyrészt alapul vehetné az egyes dohányzói életutakat. Másrészt, ha egy intervenció több, eltérő dohányzói életút csoportot célozna meg, a hangsúlyt a közös kockázati tényezőkre lehetne helyezni, mint például a dohányzó barátokra, az iskolai teljesítményre és a dohányzással kapcsolatos elvárásokra.²⁷
2. Újra kell gondolni a prevenció programok időzítését és intenzitását. Számos tanulmány utal arra, hogy a 11–12 éves életkor jelentős fordulópont a dohányzóvá válás folyamatában, ezért már ennél fiatalabb korban a dohányzás témakörére is figyelmet kellene fordítani.^{28,29} A hazai óvodai és iskolai dohányzás megelőzési programok hatásvizsgálatai azt igazolják, hogy már az 5–10 éves korosztályt is foglalkoztatja a dohányzás.³⁰ Ám ha a prevenció beavatkozások alkalmi jellegűek maradnak, később nem lesz érdemi változás a serdülők dohányzásában. Az iskolai intervenciók hatékonysága nem feltétlenül akkor érvényesül, ha a foglalkozások intenzívek, hosszú idejűek, hanem akkor, ha

² alternatív dohánytermékek: az ADT-k igen változatos formában, méretben, ízesítésben jelennek meg a piacon és alternatívát kínálnak a gyárilag előállított cigarettához képest. A füstképző ADT-k közé sorolható a kézzel sodort cigaretta, szivar, szivarka, vízpipa, a vágott pipadohány és az ízesített cigaretták. A füstmentes dohánytermékek klasszikus példája a finomra őrölt, orrnálkahártyára felszippantható dohánypor (régiben a tubák), és a csikokra vágott dohánylevél, amelyet szájuüregben rágya használnak (ennek eredeti magyar neve a bagózás). Újabb termékként említhető a snüssz, amely a rágódohány használatának civilizáltabb formája. A legújabb dohánytermékek szájban teljesen feloldódó változatban készülnek (például dohánypelletta, dohánylapocska, dohányrúd).

rövidebbek, de sok elemből állnak, valamint későbbi életkorban kiegészülnek emlékeztető elemekkel.⁵

3. Kívánatos lenne, hogy a beavatkozások tartalma ne csak korcsoportonként, de dohányzói csoportok szerint is differenciálódjon. A kipróbálás és progresszió szempontjából kritikus életkort megelőzően mindenképpen javasolt az adott korosztály életkori sajátosságaihoz igazított, általános megközelítésű prevenció. Ebbe beletartozna a dohányzás egészségre ártalmas és egyéb következményeinek tudatosítása, valamint olyan hatások feldolgozása, amelyek a gyermeket a szülők, kortársak, oktatási intézmény és a média felől érhetik.²⁹ A kritikus életkortól kezdve a szekunder prevenciónak, azaz a dohányzás progresszió megelőzésének és a leszokás elősegítésének is javasolt megjelennie, amelyek során olyan védő tényezőkre is figyelmet kellene fordítani, mint a jobb iskolai teljesítmény elérésének elősegítése, vagy a sport- és más közösségi tevékenységekben való részvétel támogatása.³¹
4. A megelőzés során is elengedhetetlen az innovatív módszerek alkalmazása. Manapság már az interaktív foglalkozások sem biztos, hogy megfelelnek az Y és Z generációk igényeinek. Éppen ezért az „okos” elektronikus eszközökben és az internetes közösségi oldalakban rejlő lehetőségeket is szükséges mérlegelni az új, fiatalok számára élménydúsabb intervenciók fejlesztésekor. Emellett nélkülözhetetlen a kortárssegítők szerepének növelése, ráadásul a hazai középiskolások jelentős hányada nyitott az egészségvédelemmel kapcsolatos közösségi feladatokra.¹⁷ Az iskolai dohányzásprevenció számos korlátja áthidalható volna a rendelkezésre álló erőforrások kreatív felhasználásával, valamint az iskolai egészségfejlesztés jó gyakorlatainak országos hozzáférhetősége révén.
5. A dohányzó kortársak és legjobb barátok hatása a kipróbálás és rászokás egyik következetesen azonosított kockázati tényezője, de ezt jelentősen ellensúlyozhatja a protektív szülői jelenlét, a megfelelő szülő-gyermek kötődés, az állandó szülői ellenőrzés és esetenként a szankciók alkalmazása. Megfigyelték, hogy a szülői hatások egészen a serdülőkor közepéig erőteljesek maradnak és egyrészt direkt védő szerepük érvényesül

a dohányzás progressziójának megakadályozásában, másrészt indirekt módon korlátozzák a dohányzó barátok számát, így a gyermek a kortársak közül inkább a nem dohányzókat fogja választani.^{32,33,34} Következésképpen kívánatos volna, ha a prevenció programok egy kortárs- és egy szülői modult is tartalmaznának. A kortárs-komponensnek a nemdohányzó normák elfogadására és ezek megerősítésére kellene irányulnia, míg a szülői-komponens a szülő-gyermek kapcsolat javításának lehetőségeit, a monitorozás mikéntjét, dohányzással kapcsolatos

szabályállításokat és szükség esetén a szülő(k) leszokásban való támogatását tartalmazná.^{32,35} A család-alapú intervenciók önmagukban is, de különösen, ha iskola-alapú dohányzásprevenció intervenciókhoz kapcsolódnak és nagy intenzitásúak, serdülőkorban hatékonyak lehetnek a cigaretta kipróbálás és a rászokás megelőzésében.³⁶

6. A serdülőkori dohányzásprevenciójában érdemes figyelembe venni a zsebpénz szerepét is, főleg a 11–15 éves korosztályban azoknál, akik már kipróbálták vagy kísérleteznek a dohányzással. Egy másik célcsoport a tizenévesek szülei, akik számára a család-alapú intervenciókban hangsúlyozni kellene, hogy a zsebpénz összegének kontrollálása hatásos eszköz lehet gyermekük rendszeres dohányzóvá válásának megelőzésében. A bőségesebb zsebpénz kisebb mértékű szülői szerepvállalásra vagy elégtelen szülői kontrollra utalhat.^{37,38,39}
7. A megelőzési programokat az ADT-kre is javasolt kiterjeszteni, különös tekintettel azokra a termékekre, amelyeket a serdülők leggyakrabban használnak. Tudatosítani kellene az egyes ADT-k, illetve az ADT-k többes használatának ártalmasságát az egészségre. Tanácsos volna a használat motivációit is megvitatni, ezek ugyanis gyakran téves képzeteken alapulnak a fiatalok körében. Ezenfelül nemcsak iskolai, hanem a teljes populációt lefedő tömegkommunikációs kampányok is ajánlatosak lennének annak érdekében, hogy visszaszorítsuk a társadalmilag egyre elfogadottabb és divatos ADT-k használatát. Mindezekhez napjainkban már szinte kötelező az innovatív, digitális technológiák és kommunikációs csatornák lehetőségeinek kiaknázása.

8. Minden dohányzásprevenciós program tervezése során szem előtt kellene tartani, hogy jelenleg úgy tűnik, egyedül a társas készségeket fejlesztő programoknak van hosszabb távon is a rászakást megelőző hatása.⁴⁰

Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

Az ártalomcsökkentés a dohányzás vonatkozásában a következőt jelenti: egy termék akkor ártalomcsökkentő, ha a dohányzással kapcsolatos össz-mortalitást és -morbidityt annak ellenére képes csökkenteni, hogy a termék használata folyamatosan fenntarthatja a dohányással kapcsolatos toxikus anyagokkal való expozíciót.⁴¹ Az ártalomcsökkentés alapvetően a felnőtteket célozza meg, fiatalok körében viszont népegészségügyi szempontból kedvezőtlen hatása lehet, mivel – ha nem is szándékosan, de – a dohányhasználat fokozódását idézheti elő a prevenciós tevékenységek egyidejű alásásával.⁴¹ Annak ellenére, hogy egyes egyének számára az ártalomcsökkentés előnyös lehet, populációs szinten is valószínűleg kedvezőtlen népegészségügyi következményekkel járna, mint ahogy már több esetben bebizonyosodott, például a „light” cigaretták, vagy a füstmentes dohánytermékek népszerűsítése következtében.⁴¹ A fiatalokat célzó ártalomcsökkentő tevékenységeknek ugyancsak a betegségek kockázatának mérséklése kell, hogy a céljuk legyen, de úgy, hogy közben ne hordozzák magukban a függőség kockázatát illetve a függőség súlyosbodásának a kockázatát.⁴¹ Az új típusú dohánytermékek, az elektronikus cigaretták és az új füstmentes dohánytermékek a serdülőkre vonatkozó ártalomcsökkentés kritériumainak egyértelműen nem felelnek meg, mivel egyrészt mindegyik termék tartalmazza a függőségért felelős nikotint, valamint hosszú távú egészségi hatásait jelenleg még nem ismertek.

Bár jelenleg egyre több bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a füstnélküli dohánytermékek (például snüssz, rágódohány, e-cigaretta) kevésbé ártalmasak, mint a hagyományos cigaretta vagy más füstképző dohánytermékek, azonban egyik sem ártalmatlan, mivel számos toxikus és

rakkeltő vegyület jut használatukkal a szervezetbe.^{42,43,44} Ez igaz a hevítéses technológián alapuló új típusú dohánytermékekre, vagy a nikotint tartalmazó új füstmentes dohánytermékekre (például nikotinos tasak), melyek egészségre gyakorolt hatásairól jelenleg kevés illetve elenyésző információ áll rendelkezésre, ám az eddigi vizsgálatok alapján ezek szintén nem tűnnek ártalmatlannak.^{45,46}

A füstmentes dohánytermékek közül a snüssz forgalmazása Magyarországon tilos (az Európai Unióban kizárólag Svédországban engedélyezett), tehát ezt semmilyen módon nem lehet népszerűsíteni a serdülők, a diákok számára. A rágódohány, a tasakos rágódohány, az e-cigaretta, és egyéb új típusú dohánytermékek a Nemzeti Dohányboltokban forgalmazhatók, 18 éven felüliek számára. Mindezek serdülő diákok számára, ártalomcsökkentés céljából történő népszerűsítése egyrészt a magyar jogi szabályozások alapján, másrészt az ártalomcsökkentés általános irányelvei, valamint a nemzetközi és hazai dohányzásról leszokást támogató irányelvek ajánlásai alapján egyértelműen nem javasoltak.

Érdemes kicsit elgondolkozni az ártalomcsökkentés dilemmáján. A felnőttekre általában úgy tekintenek, hogy felelősségteljesen tudnak dönteni a dohányzásról vagy a nikotinhasználatról, azonban a dohányzást elkezdő és esetleg rászokó gyermekeket még nem lehet teljes mértékben felelősnek tekinteni magatartásukért, éppen ezért védeni kellene őket.⁴⁷ Az ártalomcsökkentés dilemmája serdülőkre nézve is felmerülhet, azonban a felnőttekre érvényes ártalomcsökkentés lehetőségeit esetükben általában nem alkalmazzák a gyakorlatban. A serdülők többsége úgy mond „jó gyerek”, akik jó tanulók, tartózkodnak az egészségre kockázatos magatartásoktól és viselkedésük is megfelelő, de nem szabad megfélemlíteni a „rossz gyerekekről”, akik könnyedén belemennek az egészségre kockázatos viselkedésekbe, tanulmányi eredményük nem éppen kedvező és gyakran valamilyen magatartászavarban is szenvednek. Míg a „jó gyerekek” körében a szerhasználattal kapcsolatban a zéró toleranciát lehet alkalmazni, ez a „rossz gyerekek” esetében kevésbé működik és esetükben talán az ártalomcsökkentő megközelítés relevánsabb lenne. Mindezeket a dohányzás problémakörére is rá lehet vetíteni, tehát míg

a serdülők többsége – a „jó gyerekek” – esetében egyértelműen a primer prevenciót és az „ártalom-megelőzést” kellene hangsúlyozni, addig nem lenne szabad megfelekedni az esetleg komplex viselkedési problémákkal és (nikotin-) függőséggel küzdő fiatalokról – a „rossz gyerekekről” – sem, akik számára az e-cigaretta vagy más új típusú dohány- illetve nikotinközvetítő termékek ártalomcsökkentő hatásuk által segíthetnének, hogy egészségüket kevésbé drasztikusan károsítsák.⁴⁷ Azonban ezt a lehetőséget mégis a világon mindenhol elvetik, mert a serdülőket célzó ártalomcsökkentő lehetőségek kritériumainak nem felelnek meg.⁴¹

Eddigi kutatások arról számoltak be, hogy a skandináv országokban élő felnőttek körében a snüsszre való áttérésnek ártalomcsökkentő hatása lehet, azonban az USA-ban a cigarettáról a füstmentes dohánytermékekre való átváltás nem volt jellemző, így népegészségügyi szempontból ártalomcsökkentésről sem lehet beszélni.⁴⁸ Egy svéd serdülők körében végzett longitudinális vizsgálatban a cigarettázásról a snüsszre való átváltás ugyancsak nem volt jellemző a vizsgálat 11 éve alatt, viszont akik dohányoztak és snüsszt is használtak (kettős használók) serdülőként, felnőttekben háromszor nagyobb eséllyel voltak dohányzók.⁴⁸ Az USA-ban közel 19 000 serdülő részvételével végzett vizsgálatban azt találták, hogy a füstmentes dohányterméket használó serdülők háromnegyede füstképző dohánytermékeket is használt egyidejűleg, vagyis ebben az esetben sem lehet ártalomcsökkentésről beszélni.⁴⁹

A cigarettáról a füstmentes dohánytermékekre történő váltás többszörös folyamat, függ az országon belüli hozzáférhetőségtől, a használat elterjedtségétől, a forgalmazás reklámstratégiáitól és a nemzeti dohányzéspolitikától is.⁴⁸ A füstmentes dohánytermékek népszerűsítésének populációs szinten nagy valószínűséggel nincs semmilyen előnye, mivel úgy tűnik, hogy túlnyomórészt kettős használat alakulna ki, így inkább az ártalom fokozódását idéznék elő.⁴⁹ Mivel hazánkban nincs hagyománya és elenyésző mértékű a szájon át fogyasztott füstmentes dohánytermékek (a rágódohány) használata, ezért a felnőtt dohányosok körében sem várható népszerűségének fokozódása, serdülő diákok számára pedig nem lehet cél ennek a dohánytermékeknek a népszerűsítése.⁵⁰

Manapság újabb és újabb nikotintartalmú termékek jelennek meg, amelyekkel a dohányipar a vásárlópiacát próbálja fenntartani. Ám ezen új termékek egészségi hatásairól még nagyon korlátozott ismereteink vannak. Ráadásul mivel ezek általában ízesített termékek és használatuk diszkrét vagy egy modern kütyü-szerű eszköz-höz kötött, a fiatal korcsoportok számára rendkívül vonzó lehet a kipróbálásuk és használatuk.^{42,51,52} Egyike ezen termékeknek a nikotinos tasak/párna (*nicotine pouch*), amely nikotintartalmú fehér porral előre töltött kis tasakok formájában kerül forgalomba a dohányzást helyettesítő nikotintartalmú termék kategóriában. Hasonlóan a sznüsszhöz, a nikotinos tasakot/párnát is a szájüregbe helyezik, azonban utóbbi nem tartalmaz dohányt. A nagy dohányipari cégek különböző ízesítésű és nikotintartalmú tasakokat/párnákat forgalmaznak, amelyek akár csökkentett kockázatú termékek is lehetnek, azonban jelenleg nincsenek tudományos bizonyítékok erre vonatkozóan (Robichaud et al. 2019).⁵¹ Továbbá az sem ismert, hogy a nikotinos tasakok/párnák mennyire hatékonyan képesek a nikotint a szervezetbe juttatni, bár egy vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy a magasabb nikotintartalmú tasakok/párnák nikotinközvetítése ugyanolyan gyors, mint a hagyományos füstmentes dohánytermékeké.⁴⁶

A már dohányzó vagy nikotinközvetítő terméket használó serdülők körében nem tanácsos az ártalomcsökkentés népszerűsítése, hanem mindenképpen a komplett, minden dohánytermékre és nikotinközvetítő termékre kiterjedő, szakember által vezetett leszokás támogatás lenne javasolt. Ennek magyarázatait a következőkben lehet röviden összefoglalni.

1. A fejlődésben lévő központi idegrendszer fokozottan érzékeny a nikotin iránt, így jóval gyorsabban alakulhat ki nikotinfüggőség serdülőkorban. A nikotinhasználat ebben a kritikus időszakban megzavarhatja olyan agyi hálózatok fejlődését, amelyek a figyelem, a tanulás és a függőségre való hajlam szabályozásában vesznek részt, valamint egyes tanulmányok alapján a serdülőkorban elkezdett dohányzás hosszú távon akár magatartás-zavarokkal és egyéb pszichiátriai betegségekkel is összefüggésbe hozható.^{53,52}
2. A gyermekorvosok a fiatalok e-cigaretta használata során egyre többször tapasztalják

- az úgynevezett „nikotin-betegséget” (*nicotine-sickness*). A jelenség oka, hogy mivel az e-cigarettázásnak nincs egy magától értetődő stop-pontja, mint egy cigaretta elszívásának, az e-cigarettázás során nem feltétlenül érzékelik a fiatalok, hogy vége az e-cigarettázási alkalomnak, hanem folyamatosan tovább inhalálják az aeroszolt készülékükből, így akaratlanul is magasabb nikotin-expozíciónak teszik ki magukat. Egy tolerálható határ felett azonban megjelennek a „nikotin-betegség” tünetei: hasi fájdalom, hányinger, hányás, remegés, súlyosabb esetben légzési nehézség/elégtelenség vagy szívroham.⁵³
3. Az USA-ban számos közoktatási kampány működik a fiatalok dohányzásának és e-cigaretta használatának megelőzése érdekében, amelyek különböző színtereken (iskolai, internet, egészségügyi ellátás, telefonos vagy személyes jelenlétben alapuló) elérhetőek, például az FDA által indított „The Real Cost” kampány, vagy a „Smokefree Teen: Quit Vaping”, vagy a „Vaping Equals”, vagy „Truth Initiative”. Ezen programok egyikében sincs jelen az ártalomcsökkentés lehetősége, valamint olyan prevenciós programot sem publikáltak tudomásom szerint, amely serdülők számára a dohányzás ártalomcsökkentését célozná meg.⁵³
 4. Jelenleg nincs olyan nemzetközi szakmai irányelv vagy szisztematikus áttekintő tanulmány, amely dohányzó serdülők számára az ártalomcsökkentést javasolná, vagy egyáltalán felvetné ennek a lehetőségét. Dohányzó serdülők esetében a magatartásorvoslás a leginkább hatékony módszer, erős nikotinfüggőség esetén kiegészítve a nikotinpótló kezeléssel.^{54,55,52}

HIVATKOZÁSOK

- ¹ WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). World Health Organization, Genf, Svájc, 2003.
- ² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for comprehensive tobacco control programs - 2014. 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, U.S., 2014.
- ³ Thomas RE, McLellan J, Perera R. (2013) School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev, 4:CD001293.
- ⁴ Paksi B, Demetrovics Zs, Nyírády A, és mtsai. A magyar-országi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. Addiktológia. 2006; 5(1–2): 5–36.
- ⁵ Nádas E, Rác J, Urbán R. A szerfogyasztás megelőzésére irányuló iskolai egészségfejlesztési programok szakmai útmutatója. Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnológiai Intézet, Budapest, 2009.
- ⁶ Péntes M, Balázs P. Dohányzásellenes intézkedések hatékonyságának megítélése serdülők körében. Egészségtudomány. 2013; 57(1): 57–74.
- ⁷ Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 3:CD001293.
- ⁸ Péntes M, Balázs P, Foley KL. Changes in smoking-related health knowledge and smoking status of Hungarian adolescents. New Medicine. 2015; 19(4): 137–141.
- ⁹ Mazanov J, Byrne D. Changes in adolescent smoking behaviour and knowledge of health consequences of smoking. Australian J Psychol. 2007; 59(3): 176–180.
- ¹⁰ Marti J. A best-worst scaling survey of adolescents' level of concern for health and non-health consequences of smoking. Soc Sci Med. 2012; 75(1): 87–97.
- ¹¹ Berkes T. Az OEFI dohányzás-megelőzési iskolai oktatócsomag tesztelésének tanulságai. 2009.
- ¹² Fekete M, Péntes M, Balázs P. Iskolai dohányzás-prevenációs programok jellegzetességei. Egészségtudomány. 2016; 60(2): 55–69.

- ¹³ Németh Á, Költő A. (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*, 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011.
- ¹⁴ Pikó B, Varga Sz. Mi motiválja a fiatalok dohányzását és alkoholfogyasztását: magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orv Hetil.* 2014; 155(3): 100–105.
- ¹⁵ Huszka P. Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata 12–16 évesek körében. *Egészségfejlesztés.* 2012; 53: 9–15.
- ¹⁶ Mucsi J, Mucsi A. Gödöllői dohányzásmegelőzési program: dohányzás és prevenció tizenéves fiatalok körében. *Tüdőgyógyászat.* 2008; 2: 3–9.
- ¹⁷ Feith HJ, Melicher D, Máthé G, és mtsai. Tapasztalatok és motiváltság: magyar középiskolások véleménye az egészségvédő programokról. *Orv Hetil.* 2016; 157(2): 65–69.
- ¹⁸ Gritz A. Közoktatási intézmények drog-prevenációs programjai a főváros XVII. kerületében – tapasztalatok, trendek, dilemmák. *Népegészségügy.* 2010; 88(2): 126–130.
- ¹⁹ Péntes M, Balázs P. Budapesti és nagyvárosi serdülők dohányzással kapcsolatos ismeretei. *Egészségtudomány.* 2010; 54(4): 31–46.
- ²⁰ Balku E, Demjén T, Kimmel Zs, Vitrai T. Nemzetközi ifjúsági dohányzás felmérés, Egészségügyi Világszervezet. Összefoglaló tanulmány 2013. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2013.
- ²¹ Péntes M. A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola. 2016.
- ²² Gilreath TD, Leventhal A, Barrington-Trimis JL, és mtsai. Patterns of alternative tobacco product use: emergence of hookah and e-cigarettes as preferred products amongst youth. *J Adolesc Health.* 2016; 58(2): 181–185.
- ²³ Nădășan V, Foley KL, Péntes M, és mtsai. Use of electronic cigarettes and alternative tobacco products among Romanian adolescents. *Int J Public Health.* 2016; 61(2): 199–207.
- ²⁴ Doran N, Godfrey KM, Myers MG. Hookah Use Predicts Cigarette Smoking Progression Among College Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2015; 17(11): 1347–1353.
- ²⁵ Kowitz SD, Patel T, Ranney LM, és mtsai. Poly-tobacco use among high school students. *Int J Environ Res Public Health.* 2015; 12(11): 14477.
- ²⁶ Nasim A, Khader Y, Blank MD, és mtsai. Trends in alternative tobacco use among light, moderate, and heavy smokers in adolescence, 1999–2009. *Addict Behav.* 2012; 37(7): 866–870.
- ²⁷ Abroms L, Simons-Morton B, Haynie DL, Chen R. Psychosocial predictors of smoking trajectories during middle and high school. *Addiction.* 2005; 100(6): 852–861.
- ²⁸ Bernat DH, Erickson DJ, Widome R, és mtsai. Adolescent smoking trajectories: results from a population-based cohort study. *J Adolesc Health.* 2008; 43(4): 334–340.
- ²⁹ Riggs N, Chou C-P, Li C, Pentz MA. Adolescent to emerging adulthood smoking trajectories: when do smoking trajectories diverge, and do they predict early adult-hood nicotine dependence? *Nicotine Tob Res.* 2007; 9(11): 1147–1154.
- ³⁰ Demjén T. A dohányzás megelőzése fiatalok körében. In: Kovács G (szerk.), *Dohányzás és leszokás.* Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest. 2010; 370–388.
- ³¹ Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Tercyak KP, és mtsai. Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13(12): 2023–2034.
- ³² Mahabee-Gittens EM, Xiao Y, Gordon JS, Khoury JC. The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. *Addict Behav.* 2013; 38(4): 1905–1911.
- ³³ Simons-Morton B, Chen R, Abroms L, Haynie DL. Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychol.* 2004; 23(6): 612–621.

- ³⁴ Pikó B, Balázs MÁ. A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia*. 2012; 32(2): 173–187.
- ³⁵ Vitória PD, Salgueiro MF, Silva SA, De Vries H. The impact of social influence on adolescent intention to smoke: combining types and referents of influence. *Br J Health Psychol*. 2009; 14(Pt 4): 681–699.
- ³⁶ Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015a; 2:CD004493.
- ³⁷ Chen C-Y, Lin I-F, Huang SL, és mtsai. Disposable income with tobacco smoking among young adolescents: a multilevel analysis. *J Adolesc Health*. 2013; 52(6): 724–730.
- ³⁸ Ma J, Zhu J, Li N, és mtsai. Cigarette smoking in Chinese adolescents: importance of controlling the amount of pocket money. *Public Health*. 2013; 127(7): 687–693.
- ³⁹ Ausems M, Mesters I, van Breukelen G, De Vries H. Do Dutch 11–12 years olds who never smoke, smoke experimentally or smoke regularly have different demographic backgrounds and perceptions of smoking? *Eur J Public Health*. 2003; 13(2): 160–167.
- ⁴⁰ Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015b; 5(3): e006976.
- ⁴¹ Henningfield JE. Regulatory Strategies to Reduce Tobacco Addiction in Youth. *Tob Control*. 2003; 12(90001): 14i–24.
- ⁴² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Kathleen Stratton, Leslie Y. Kwan, and David L. Eaton, eds. Washington, D.C.: National Academies Press. 2018.
- ⁴³ Fairchild AL, Bayer R, Lee JS. The E-Cigarette Debate: What Counts as Evidence? *Am J Public Health* 2019; 109(7): 1000–1006.
- ⁴⁴ Colilla SA. An Epidemiologic Review of Smokeless Tobacco Health Effects and Harm Reduction Potential. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2010; 56(2): 197–211.
- ⁴⁵ Peruga A, Fayokun R, Mauer-Stender K, Ciobanu A, Lebedeva E. Heated Tobacco Products - A Brief. World Health Organization. 2020.
- ⁴⁶ Lunell E, Fagerström K, Hughes J, Pendrill R. Pharmacokinetic Comparison of a Novel Non-Tobacco-Based Nicotine Pouch (ZYN) With Conventional, Tobacco-Based Swedish Snus and American Moist Snuff. *Nicotine Tob Res*. 2020; 22(10): 1757–1763.
- ⁴⁷ Kozłowski LT. Minors, Moral Psychology, and the Harm Reduction Debate: The Case of Tobacco and Nicotine. *J Health Polit Policy Law*. 2017; 42(6): 1099–1112.
- ⁴⁸ Grøtvedt L, Forsén L, Ariansen I, Graff-Iversen S, Lingaas Holmen T. Impact of Snus Use in Teenage Boys on Tobacco Use in Young Adulthood; a Cohort from the HUNT Study Norway. *BMC Public Health* 2019; 19:1265.
- ⁴⁹ Agaku IT, Ayo-Yusuf OA, Vardavas CI, Alpert HR, Connolly GN. Use of Conventional and Novel Smokeless Tobacco Products Among US Adolescents. *Pediatrics*. 2013; 132(3): e578–e586.
- ⁵⁰ Cselkó Zs, Kovács G, Horváth I. A Dohányzás Helyzete Magyarországon. In: Tokaji K (Ed.) Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014. Pp. 85-112. Központi Statisztikai Hivatal. 2018.
- ⁵¹ Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco Companies Introduce “tobacco-Free” Nicotine Pouches. *Tob Control*: tobaccocontrol-2019-055321. 2019.
- ⁵² Surgeon General’s Advisory on E-Cigarette Use Among Youth (2018) Centers for Disease Control and Prevention (US).
- ⁵³ Singh S, Windle SB, Filion KB, et al. E-Cigarettes and Youth: Patterns of Use, Potential Harms, and Recommendations. *Prev Med*. 2020; 133: 106009.
- ⁵⁴ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Szakmai Irányelve a Dohányzásról Való Leszokás Támogatásáról. 2019.
- ⁵⁵ Towns S, DiFranza JR, Jayasuriya G, Marshall T, Shah S. Smoking Cessation in Adolescents: Targeted Approaches That Work. *Paediatr Respir Rev*. 2017; 22: 11–22.