

# Intervenciók az orvosi gyakorlatban a serdülőkori dohányzás visszaszorítására

Pócs Dávid dr. ■ Barabás Katalin dr. ■ Kelemen Oguz dr.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

A dohányzás megelőzését és a leszokást segítő intervenciók a jelenleg ismert legköltséghatékonyabb egészségügyi eljárások közé tartoznak. Értékük felbecsülhetetlen a serdülőkori dohányzást tekintve, hiszen a felnőtt dohányosok többsége serdülőként kezd el dohányozni. Emellett jól ismert irodalmi adat, hogy minél korábban kezdi el valaki a dohányzást, annál nehezebb leszoknia, és a dohányzás következményei egy életen keresztül elkísérik. Ebben a közleményben a serdülőkkel foglalkozó orvosok számára összefoglaltuk azokat a módszereket és beavatkozásokat, amelyekkel a serdülőkori dohányzás visszaszorítható. A nemzetközi irányelvek praktikus és rövid intervenciót ajánlanak, melyek jól alkalmazhatók a mindennapi orvosi gyakorlatban. A dohányzás megelőzésében az egészségügyi ellátást végző orvosok szerepe kulcsfontosságú. A társadalom szemében az orvos elismert személy, aki hiteles információkat nyújthat a dohányzásról és a leszokásról. Kutatások igazolták, hogy az orvosi praxis serdülőkorú páciensei körében egy rövid, célvezérelt beszélgetéssel a dohányzás prevalenciája tovább csökkenthető. A XXI. század egyik kiemelt egészségügyi kihívása a dohányzás visszaszorítása, melyet már gyermek- és serdülőkorban el kell kezdeni. Erre hatékony, klinikai vizsgálatokkal alátámasztott módszerek állnak rendelkezésünkre, melyek ismerete nélkülözhetetlen a serdülőkkel foglalkozó orvosok számára.

Orv Hetil. 2018; 159(15): 593–602.

**Kulcsszavak:** dohányzás, prevenció, serdülők, beavatkozás, leszokás

## Interventions in medical practice to reduce tobacco use among adolescents

Interventions to facilitate prevention of tobacco use and smoking cessation are the most cost-effective health care measures. They are invaluable among adolescents, since adult smokers start smoking in adolescence. There is evidence that early smoking initiation makes cessation difficult and it is associated with lifelong health risks. Our study aims at reviewing current approaches and interventions that can help health care professionals involved in paediatric care to reduce tobacco use in adolescence. International guidelines include short, practical interventions that are easy to apply by health care professionals in the primary and paediatric care. In tobacco use prevention, the role of health care professionals is of special importance. They have social respect, therefore they can provide credible information on tobacco use and cessation. Studies have found that short, goal-oriented counselling can further reduce the prevalence of smoking among adolescents presenting to their health care professional. Reduction of tobacco use is one of the primary health care goals in the 21<sup>st</sup> century, which should be started as early as childhood and adolescence. There have been several evidence-based approaches, which are essential for health care professionals involved in adolescent care.

**Keywords:** smoking, prevention, adolescent, intervention, cessation

Pócs D, Barabás K, Kelemen O. [Interventions in medical practice to reduce tobacco use among adolescents]. Orv Hetil. 2018; 159(15): 593–602.

(Beérkezett: 2018. január 5.; elfogadva: 2018. január 21.)

**Rövidítések**

5A = Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange; 5R = Risks, Roadblocks, Relevance, Rewards, Repetition; 5T = Tudakozódás, Tanácsadás, Tájékozódás, Támogatás, Tevékenység ellenőrzése; REAL = Refuse, Explain, Avoid, Leave

(Megjegyzés: az angolszász hagyományokra épülő orvosképzés előszeretettel használ emlékeztető eszközként betűszavakat (REAL), illetve azonos betűvel kezdődő szósorozatokat (5R, 5A). Ezek egy részét a magyar irodalom fordítás nélkül vette át, máskor hasonló jellegű rövidítésekkel próbálkozik: az 5A magyarul az 5T-vel adható vissza – a cikkben mi is használjuk ezeket a segítő rövidítéseket.)

A serdülőkori dohányzásprevenációs és leszokástámogató intervenciók létjogosultságát megerősítik a hazai epidemiológiai adatok. A 2016-os Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérésben részt vevő diákok 25,5%-a volt dohányzó a felmérés idején, akiknek 51%-a megpróbált legalább egyszer leszokni a megelőző évben a dohányzásról, de csak 32%-uk kapott valamilyen segítséget a leszokáshoz [1]. A hazai szakirodalomban az elmúlt évtizedekben számos példaértékű közlemény született a serdülőkori dohányzást meghatározó tényezők feltárájáról [2–6]. Tudomásunk szerint azonban eddig még nem publikáltak olyan hazai közleményt, mely a nem dohányzó serdülőket célzó intervenciókat részletezné az orvosi gyakorlatban. A dohányzásleszokás támogatásának hazai irányelve ugyan részletesen kifejti az „5A” minimálintervenciót felnőtteknél [7], azonban a dohányzó serdülőkre vonatkozó specifikumokat kevésbé ismerteti. Ezzel az összefoglaló közleménnyel ez a hiánypótlás a célunk.

**A felnőtt- és a serdülőkori dohányzás jellemzői**

A felnőtt- és a serdülőkori dohányzás között számos különbség azonosítható, azonban a jelen közleményben azok bemutatására törekedtünk, melyek az orvosi gyakorlatban a serdülőkori intervenciókhoz elengedhetetlenek (1. táblázat).

Elsőként kiemelnénk, hogy amíg a felnőtt dohányosok általában egy dohányterméket használnak, addig a serdülőkre két vagy több dohánytermék kipróbálása és használata jellemző [8]. Ezért fontos, hogy serdülőkkel foglalkozó egészségügyi szakemberként tájékozottak legyünk az alternatív dohánytermékek egészségkárosító hatásai-val kapcsolatban. Például a vízpipa egyre elterjedtebb a serdülők körében, melynek füstje (a szén tökéletlen égése következtében) magasabb koncentrációban tartalmaz szén-monoxidot és karcinogén vegyületeket, mint a cigarettafüst [9]. Az elektromos cigaretta ugyan kevésbé ártalmas, de korántsem veszélytelen a serdülőkre nézve [10]. Végül a füstmentes dohánytermékek használata is jellemző erre a korosztályra, ilyen termék például a serdülők körében közkedvelt snüsz (jellemzően filteres do-

1. táblázat | A felnőtt- és a serdülőkori dohányzás fontosabb különbségei

Felnőttkori dohányzás	Serdülőkori dohányzás
Általában <i>egy</i> dohánytermék használata.	Jellemzően <i>két vagy több</i> dohánytermék használata.
<i>Nem jellemzők a tévhitek</i> a dohányzással kapcsolatban.	<i>Életkori sajátosságuk</i> a tévhitek a dohányzással kapcsolatban.
Tipikus leszokási motivációk: <i>hosszú távú hatások</i> (krónikus állapotok, illetve azok hirtelen rosszabbodása).	Tipikus leszokási motivációk: <i>rövid távú hatások</i> (akut betegségek, teljesítményromlás, lelki és kozmetikai hatások).
Hozzáférhető szakellátási szint: <i>egyéni, csoportos és telefonos leszokástámogatás.</i>	Hozzáférhető szakellátási szint: <i>elsősorban telefonos (és internetes) leszokástámogatás.</i>
Javasolt farmakoterápia: <i>vareniklin vagy nikotinpótló készítmények.</i>	Javasolt farmakoterápia: <i>nikotinpótló készítmények.</i>
Kialakult a dohányzási szokás <i>(csak a dohányzókra irányul az intervenció).</i>	A dohányzás progressziója <i>(a nem dohányzókra is irányul az intervenció).</i>

hánytermék, melyet az ínyhez helyeznek). A snüsz a szájuüregi daganatok kialakulásával hozható összefüggésbe [11].

A serdülők kevés tapasztalattal és ismerettel rendelkeznek a dohányzásról, ezért fogékonyak a dohánytermékek használatával kapcsolatos tévhitekre [12]. Ezeknek a tévhiteknek a tisztázása kiemelt preventív értékkel bír [13], ajánlott beépíteni az orvos-serdülő kommunikációba. Sajnos gyakori tévhit, hogy a fiatalok és a felnőttek többsége dohányzik [8], ami megerősítheti azt az attitűdöt, hogy a dohányzás divatos. A valóság természetesen az, hogy a dohányosok kisebbséget alkotnak, sőt több mint 50%-uk próbál leszokni [1]. Egy másik kártékony tévhit, hogy a dohánytermékek alkalmi használata nem tekinthető dohányzásnak [8]. A serdülők a felnőttekhez képest sokkal fogékonyabbak a nikotindependencia kialakulására [14]. A függőség már a rendszeres napi használat előtt, még az alkalmi dohányzás során létrejön, akár napok-hetek alatt [15]. Végül meg kell még említenünk a dohányzás direkt testsúlycsökkentő hatásával kapcsolatos tévhitet, ami elsősorban a serdülő lányokat kényszeríti a dohányzás elkezdésére [3, 16]. A dohányzásleszokás során jelentkezhet néhány kilogrammos testsúlygyarapodás, de a dohányzás közvetlenül nem okoz testsúlycsökkenést [17].

Felnőtt- és serdülőkorban a leggyakoribb leszokási motiváció az egészség és az anyagi megtakarítás [18], ezek kommunikációjában azonban vannak bizonyos serdülőkori sajátosságok. Érdemes figyelembe venni, hogy a krónikus betegségek helyett a serdülők figyelmét jobban felkeltik a dohányzás rövid távú hatásai: az akut betegségek (például a gyakori nátha, köhögés, köpetürítés), a teljesítményromlás (például a tanulmányi, a szexuális és a sportteljesítmény romlása), a lelki hatások (például a sikertelen leszokási kísérletekből fakadó csökkent önér-

tékelés és kitartás), illetve a kozmetikai hatások (például a pattanások, ráncok, sárga fogak, töredezett haj) [19]. Természetesen a leszokás támogatása során az előremutató és pozitív kommunikáció részesítendő előnyben (például „A leszokás után kevesebbet leszél náthás, és javul a teljesítményed”) [20]. Az anyagi megtakarítás kapcsán olyan elérhető lehetőségeket tanácsos említeni (például telefon, fesztivál- vagy mozijegy), melyeket a serdülők értékesnek tartanak [21].

A leszokást támogató módszerek és az ezt biztosító intézményrendszer serdülők esetében is kétszintű [7]. Az első (alapellátási) szint az úgynevezett „5A” minimálintervenció, melyet a későbbiekben ismertetünk. A második (szakellátási) szint a „programszerű” leszokástámogatás, mely speciálisan képzett szakember segítségével valósul meg [7]. Magyarországon közfinanszírozott, egyéni és csoportos leszokástámogató program jellemzően a 18 év fölötti felnőttek számára érhető el a tüdőszűrő állomásokon (a felnőtt pulmonológiai szakrendelés keretei között). A közfinanszírozás mellett a szülői beleegyezés igénye miatt is nehezen férhető hozzá ez a lehetőség a serdülő korosztály számára. A jövőben indokolt lenne a felnőttek leszokásának támogatásához hasonló, korosztály-specifikus programok indítása. Tehát jelenleg a serdülőket elsődlegesen a telefonos szakellátási szinthez célszerű irányítani (06-80-44-20-44), hiszen számukra kifejezetten előnyös, hogy ez ingyenes és anonim [20]. Ugyanakkor az életkori sajátosságok miatt tanácsos a szakmailag elfogadható internetes felületek használatát is javasolni a serdülőknek (www.leteszema-cigit.hu, www.leszokasvonal.hu és www.leszokaspont.hu) [6]. Bár 18 év alatt kevés adat áll rendelkezésre, az amerikai ajánlások a serdülőknek is javasolják a nikotinpótló készítmények használatát, szakember felügyelete mellett, a törvényes képviselő beleegyezésével [14]. Jelenleg a vareniklin a leghatékonyabbnak tekinthető, leszokást támogató készítmény, biztonságos alkalmazásához azonban még nem áll rendelkezésre megfelelő számú klinikai vizsgálat a 18 év alatti korosztályban [20].

Végezetül, míg a felnőttek esetében általában kialakult dohányzási szokásokkal állunk szemben, és elsősorban rendszeres dohányzókkal találkozunk és foglalkozunk, addig a serdülőkorú dohányzásra a progresszió jellemző [22]. Ezért is fontos, hogy külön figyelmet fordítsunk a nem dohányzó serdülőkre, különösen azokra, akiknél a dohányzás elkezdésének prediktorai azonosíthatók [8]. Ezeket a veszélyeztetett serdülőcsoportokat célozzák a későbbiekben részletezett intervenciók. Ezekkel a rövid és célvezérelt beszélgetésekkel a dohányzás prevalenciája bizonyítottan csökkenthető az orvosi praxisban [23]. Az intervenció rövid, átlagos időtartama nem több öt percnél, így minden orvos-serdülő találkozáskor kivitelezhető. Természetesen az is fontos, hogy az orvos nem dohányzó viselkedést modellezzon, mert csak így hiteles a serdülő számára [24].

## Dohányzási anamnézis felvétele serdülőknél

A serdülők dohányzási anamnézisének tanácsos előzetesen egy kérdőívvel felvenni, például a váróteremben vagy a kórteremben (lehetőleg a serdülő egyedül, szülő nélkül töltsse ki). Ezzel időt takaríthatunk meg, és bizalmas környezetet biztosíthatunk az értékelhető válaszokhoz. A kérdőív ugyanakkor lehetőséget nyújt az anamnézis részletes felvételéhez, így az intervenció során célzottan a problémás kérdésekkel foglalkozhatunk. Összeállítottunk egy kérdőív mintát, melyben igyekeztünk összegyűjteni a gyakorlati szempontból releváns kérdéseket (lásd a *Mellékletben*).

Az „5A” (magyarul 5T-vel fordították) minimálintervenció első lépése a „Tudakozódás” („Ask”), mely a dohányzási státusz feltárására utal [7, 20]. Ahogyan azt korábban is említettük, és a kérdőív mintában is olvasható, a cigaretta mellett érdemes rákérdezni az alternatív dohánytermékek használatára is [8]. A kategorizálás szempontjából, annak eldöntésére, hogy dohányzó vagy nem dohányzó-e a serdülő, az elmúlt 30 nap szerhasználata (a havi prevalencia) az irányadó [15].

Nem dohányzó serdülők esetében a minimálintervenció „Tájékozódás” („Assess”) lépése azoknak a prediktoroknak a felmérésére irányul, melyek hajlamossá teszik a serdülőt a dohánytermékek használatára [24]. Ezek alapján elkülöníthető egy alacsony és egy magas rizikójú csoport (*1. ábra*). A *Mellékletben* található kérdőív mintában az „igen” válasz valamilyen prediktív faktorra utal, amelynek alapján a kliens a magas rizikójú csoportba sorolható. Jelentőségük miatt elsősorban a dohányzás elkezdésére hajlamossá tevő, legfontosabb személyi faktorokat (dohánytermékek kipróbálása és korábbi használata), környezeti faktorokat (a legjobb barátok dohányzása, a megkínálások gyakorisága), illetve viselkedési faktorokat (dohánytermék elfogadása, a dohányzás szándéka) gyűjtöttük össze [8]. Természetesen számos más prediktor is hajlamossá teszi a dohányzásra, melyek tetszőlegesen felhasználhatók az anamnézisé felvételben; például a dohányzással kapcsolatos elvárások [5], az alacsony iskolázottság és jövedelem [25], a rossz tanulmányi eredmények [26], a negatív érzelmek és depresszió [2, 27], más tudatmódosító szer használata [28], szülői attitűd [4] és a negatív életesemények (például szülőök válása) [29].



1. ábra | A serdülők klasszifikációja az intervenciókhoz

Dohányzó serdülők esetében a „Tájékozódás” („Assess”) lépése a leszokási hajlandóság felmérésére irányul [30], melynek praktikus és kutatásokkal is alátámasztott kommunikációs módszere az úgynevezett „vonalzótechnika” [31], mely a serdülőknél is sikeresen alkalmazható [32]. Ahogyan a kérdőív mintában látható, 1-től 10-ig terjedő skálán érdemes felmérni, hogy a kliens számára mennyire fontos a leszokás („Importance Ruler”), mennyire érzi magát magabiztosnak („Confidence Ruler”), illetve mennyire áll készen („Readiness Ruler”). Miután választott egy számot (például „3”), kérdezzük rá, hogy miért ilyen magas értéket választott (például „miért a 3-at választotta, miért nem a 2-t vagy az 1-et”), ezáltal is segítjük, hogy a változásra ható tényezőkre figyeljen. Ezt követően arra kérdezzük rá, hogy mi kellene ahhoz, hogy még magasabb értéket válasszon (például „mi kellene ahhoz, hogy a 4-et vagy az 5-öt válassza”), ezáltal a leszokást segítő lépéseket tudja megfogalmazni. A három skála a leszokás lehetőségét különböző aspektusokból vizsgálja meg, és ösztönzi a serdülőt, hogy többet beszéljen motivációiról, ami növeli a leszokás esélyét [31, 32]. Ezt követően a kliens leszokással kapcsolatos terveire érdemes rákérdezni, ahogy a kérdőív mintában is szerepel [20]. Mindezek alapján a dohányzó serdülők között azonosítható egy leszokásra fogékony és egy leszokni nem akaró csoport (1. ábra) [30].

Fontos kiemelni továbbá, hogy az anamnézisz felvétel során, egyszerű kérdésekkel, a dohányzásleszokás folyamatának öt különböző fázisa különíthető el, aminek a leszokás támogatásában van jelentősége (2. táblázat) [33]. Ha a dohányzó serdülőnél nincs leszokási hajlandóság, a „töprengés” fázisáról beszélünk. Ha a leszokási hajlandóság hosszú távú (6 hónapon belüli), a kliens az „elhatározás” fázisában, ha rövid távú (30 napon belüli), az „előkészület” fázisában van. Ha a jelenleg nem dohányzó serdülő 6 hónapon belül hagyott fel a dohánytermékek használatával, akkor a „leszokás” fázisában van, ha az elmúlt 6–12 hónapban, akkor pedig a „fenntartás” fázisában. Ennek megfelelően a 12 hónap absztinenciát meghaladó klienseket tekinthetjük leszokott dohányosnak. Másik lehetséges kimenet a „visszaesés”, ami a korábbi dohányzási szokások visszatérését jelenti, és általában átmenetileg a „töprengés” fázisával társul. Tehát ha a serdülő egy éven belül hagyott fel a dohányzással, akkor még a leszokás folyamatában van. Ebből adódóan ezt a csoportot (annak ellenére, hogy jelenleg nem dohányoznak) a leszokni akaró csoporthoz soroljuk, hiszen ezek a serdülők ugyanúgy támogatást igényelnek a leszokáshoz [20].

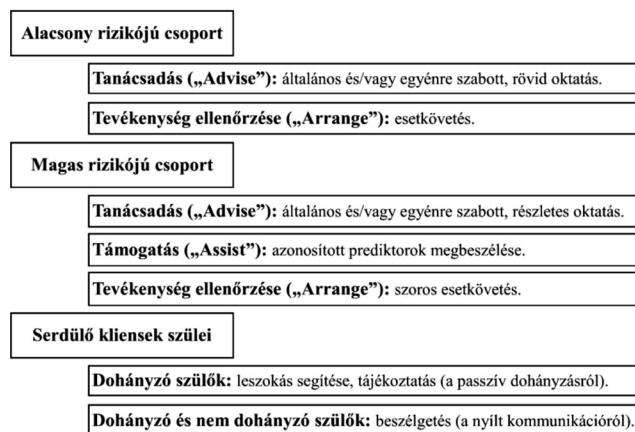
## Nem dohányzó serdülőket célzó intervenciók

Az alacsony rizikójú, nem dohányzó serdülőket elsősorban a „Tanácsadás” („Advise”) lépése célozza meg (2. ábra) [24]. Ahogyan azt már korábban említettük, a serdülőkorú tévhitek eloszlatása kiemelt fontossággal bír a

2. táblázat | A dohányzásleszokás öt fázisának meghatározása

<i>Töprengés</i> (precontemplation)	[Nincs leszokási hajlandóság, hosszú távon sem.]
<i>Meghatározás:</i> Tervezed-e, hogy leteszed a cigit az elkövetkező 6 hónapban? (Válasz: Nem.)	
<i>Elhatározás</i> (contemplation)	[Leszokási hajlandóság hosszú távon.]
<i>Meghatározás:</i> Tervezed-e, hogy leteszed a cigit az elkövetkező 6 hónapban? (Válasz: Igen.)	
<i>Előkészület</i> (preparation)	[Leszokási hajlandóság rövid távon.]
<i>Meghatározás:</i> Tervezed-e, hogy leteszed a cigit az elkövetkező 30 napban? (Válasz: Igen.)	
<i>Leszokás</i> (action)	[A leszokás kezdeti időszakában van.]
<i>Meghatározás:</i> Már nem dohányzol, és az elmúlt 6 hónapon belül szoktál le? (Válasz: Igen.)	
<i>Fenntartás</i> (maintenance)	[Az absztinencia fenntartására törekszik.]
<i>Meghatározás:</i> Már nem dohányzol, és az elmúlt 6–12 hónapban szoktál le? (Válasz: Igen.)	

prevencióban [13], ezért azt javasoljuk, hogy ezzel kezdjük a beszélgetést. Ezenkívül az idő függvényében tanácsos megbeszélni a dohányzás rövid távú hatásait [19], továbbá az alternatív dohánytermékekkel kapcsolatos ismereteket [8]. Igény szerint kérdőívvel előzetesen felmérhető a serdülők ezzel kapcsolatos tudása, ahogyan az a kérdőív mintában is szerepel. Krónikus betegségben szenvedő serdülőknél (például asztmás vagy cukorbeteg klienseknél) célravezető részletezni a dohányzás speciálisan rájuk vonatkozó egészségkárosító hatását [34]. Ugyancsak egyénre szabható a tanácsadás várandós serdülők esetében, ahol érdemes kitérni a dohányzás hatásaira: a terhességi szövődményekre és a postnatalis betegségekre [35]. Gyakorlati jelentősége miatt, a szakirodalmi adatok alapján, a 3. táblázatban ismertetjük az ezekre vonatkozó javaslatokat. Az alacsony rizikójú serdülőknél sem szabad megfeledezni az esetkövetésről,



2. ábra | Nem dohányzó serdülőket célzó intervenciók



**3. táblázat** Segédlet az egyénre szabott tanácsadáshoz. Példák a krónikus betegségben szenvedő, illetve a várandós serdülők dohányzásának specifikus hatásaira

Asztma	Az asztmás rohamok száma és súlyossága fokozódik. Gyakoribb a gyógyszerhasználat és a hospitalizáció. A légzésleállás kockázata növekszik.
Cysticus fibrosis	A bakteriális tüdőgyulladások száma és súlyossága növekszik. Gyorsabban romlik a tüdőfunkció. Rosszabbodik a tápláltsági állapot. Gyakoribb a hospitalizáció.
Daganatos megbetegedések	Immunszuppresszió esetén a légúti fertőzések kockázata növekszik. Számos daganatos megbetegedés kezelésének kockázata fokozódik. A mucositis rosszabbodik.
Diabetes mellitus	A szív-ér rendszeri és a perifériás érbetegségek kialakulása felgyorsul, beleértve az atherosclerost, a retinopathiát és a neuropathiát. IDDM esetén a morbiditás és a mortalitás 50–75%-kal növekszik.
Juvenilis idiopathiás (rheumatoid) arthritis	A betegség súlyossága, valamint az osteopenia fokozódik. A szív-ér rendszeri betegségek és a korai halálozás kockázata növekszik.
Terhességi szövődmények	Növekszik a spontán vetélés, a méhen kívüli terhesség, a korai lepényleválás, a placenta praevia, a halvaszületés és a koraszülés kockázata.
Postnatalis betegségek	Születéskor az újszülöttnél nikotinelvonási tünetek jelentkezhetnek. Gyakoribb a bölcsőhalál. Az asztma, a congenitalis betegségek, a légúti fertőzések, a középfülgyulladás, az elhízás és bizonyos pszichiátriai betegségek (például ADHD) kockázata fokozódik.

ADHD = (attention deficit hyperactivity disorder) figyelemhiányos hiperaktivitászavar; IDDM = inzulindependens diabetes mellitus

más néven a „Tevékenység ellenőrzéséről” („Arrange”) [24]; ennek egyik egyszerű eszköze a már említett kérdőíves felmérés, mely különböző időpontokban kitöltve összevethető egymással.

Az előzőekben ismertetett „Tanácsadás” („Advise”) természetszerűen a magas rizikójú, nem dohányzó serdülőknél is fontos lépés, és tanácsos erre több időt szánni. Emellett a magas rizikójú serdülőket célzó specifikus lépés a „Támogatás” („Assist”), amely a kérdőíves felmérésben azonosított prediktorokra irányul, és az ezekkel kapcsolatos beszélgetést és tanácsadást tartalmazza (2. ábra) [24]. A kortárshatás az egyik legerősebb prediktor [8], ezért jelentősége miatt kiemelni a kortárshatással kapcsolatos tanácsadást. Ezt akkor tanácsos alkalmazni, ha a serdülő legjobb barátai dohányoznak, el is fogadná tőlük a dohányterméket, vagy gyakran kínálgatják dohánytermékekkel a barátai. Ilyen esetben érdemes megbeszélni a serdülővel, milyen módokon tudja megakadályozni, hogy ráerőltessék a dohányzást. Ezt előzetesen kérdőívvel is felmérhetjük, ahogy a kérdőívmintában is szerepel. A kortárshatás ellen az úgynevezett „REAL-

készségekkel” lehet védekezni, melyek hatékonyságát számos vizsgálat igazolta [36]. Ezek a következők: „elutasítani” („refuse”, például megkérném a dohányzót, hogy ne erőltesse), „elmagyarázni” („explain”, például elmagyaráznám, hogy ez miért zavar), „elkerülni” („avoid”, például tudatosan kerülném az ilyen szituációkat) és végül „elmenni” („leave”, például elmennék onnan, ha erőltetnék). A REAL-készségek elsajátítása a kortárshatásra fogékony serdülőknél jelentős preventív hatással bír [36], ezért az erről történő beszélgetés az orvosi praxisban is ajánlott, bár ez még kevésbé kutatott terület [24]. A „Tevékenység ellenőrzése” („Arrange”) a magas rizikójú serdülőknél is hangsúlyos, egyes ajánlások szerint néhány havonta érdemes visszahívni őket kontrollra és nyomon követni a változást (ebben a kérdőíves felmérés segíthet) [24].

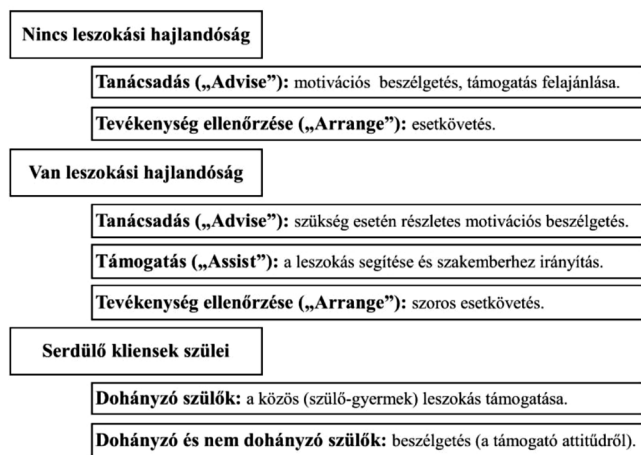
A hatékony serdülőkori intervenciókból nem lehet kihagyni a szülőknél szóló tanácsadást. Egy metaanalízis szerint azok az intervenciók, amelyek a dohányzó szülőket a gyermekük egészsége révén motiválták a leszokásra, 23%-ban jártak sikerrel [37]. Egy másik tanulmány szerint a dohányzó szülők 64,2%-a részt venne telefonos leszokási programban, ha azt a gyermek orvosa javasolná [38]. Tanácsos a felnőttleszokás támogatásának hazai irányelve szerint eljárni [7]. A korábban ismertetett, ingyenesen hívható leszokásvonal bárki számára elérhető, ahol többek között tájékoztatnak a leszokástámogatás szakellátási szintjének más lehetőségeiről, az egyéni és csoportos leszokástámogató programokról, illetve a csatlakozási lehetőségekről [7]. A szakemberhez irányítás mellett érdemes hangsúlyozni, hogy a szülő egyfajta szerepmódel is a gyermek számára, és hogy a leszokott szülők gyermekei sokkal kisebb eséllyel kezdenek el dohányozni [37]. Azokat a dohányzó szülőket, akik nem fogékonyak a dohányzásleszokásra, érdemes tájékoztatni a passzív dohányzás veszélyeiről, és javasolni, hogy ne dohányozzanak a gyermekkel egy légtérben, sem otthon, sem az autóban [39]. A ventilátor, szagelszívó, légkondicionáló használata, a szellőztetés vagy a nyitott ablak melletti dohányzás nem jelent védelmet, a beltéri levegőben mért károsanyag-szint ilyenkor is a többszöröse az elfogadható szintnek. Csak a kültéri dohányzás biztonságos a gyermekre nézve [8]. A dohányzó szülő kültéri dohányzása azt sugallja a gyermeknek, hogy a dohányzás veszélyes rá nézve, emellett a szülő által elszívott cigaretták száma is csökkenhet [40]. Fontos kiemelni továbbá, hogy az egészséges serdülőkkel összehasonlítva a krónikus betegségben szenvedők esetében a passzív dohányzás még károsabb [34]. Dohányzó és nem dohányzó szülőknél egyaránt javasolható a nyílt kommunikáció a dohányzás hatásairól és a kiváltó tényezőkről. Érdemes továbbá tanácsolni, hogy következetesen várják el gyermeküktől, hogy ne dohányozzon. Ez a szülői attitűd még akkor is eredményesen csökkenti a dohányzás elkezésének esélyét, ha a szülő dohányzik [40].

## Dohányzó serdülőket célzó intervenciók

Ha aktuálisan a dohányzó serdülő elutasító a leszokással szemben, a „Tanácsadás” („Advise”) során körültekintően kell eljárunk [20]. Pszichológiailag általánosságban elmondható, hogy az ijesztgetés (még ha a valóságos veszélyeket mondjuk is el) és a fenyegetés általában nem célravezető stratégia, mivel az ellenállást csak növeli, és az együttműködési hajlamot rontja. A kioktató, fenyegető stratégia a legtöbbször csak olyan eredményt hoz, hogy a serdülő nem fog őszintén beszélni erről a problémájáról, vagy ha megteheti, kerüli az orvossal való találkozást. Egyoldalú oktatás helyett tehát egyfajta motivációs beszélgetés javasolt (3. ábra) [20]. Az úgynevezett „döntési egyensúly” és „5R” módszerek alapján tanácsos olyan nyitott kérdéseket alkalmazni, melyek a kérdőív-mintában is olvasható négy témakörre irányulnak. Ezek a témakörök a következők: mi a jó a dohányzásban, mi a rossz a dohányzásban (egyéni kockázati tényezők: „risks”), mi a rossz a leszokásban (a leszokás akadályai: „roadblocks”), végül mi a jó a leszokásban (a leszokás egyénre szabott jelentősége: „relevance”, és a személyes előnyök: „rewards”) [7]. Ezáltal egyfajta mérlegre helyezzük a kliens által megfogalmazott előnyöket és hátrányokat. Tanácsos kiegészíteni és megvilágítani a korábban ismertetett lényeges pontokat: a tévhiteket, a rövid távú hatásokat és az egyénre szabott hatásokat (krónikus betegeknél, várandósoknál) [30]. Fontos, hogy a kérdések megadott sorrendjét kövessük, mert így a leszokás előnyeivel zárhatjuk a beszélgetést, melyeket végül a kliensnek érdemes fontossági sorrendbe rendezni (aszerint, hogy melyek a legfontosabb leszokási előnyök számára). Ha serdülő leszokási hajlandósága nem változik a motivációs beszélgetés hatására, a későbbi esetkövetés során érdemes újra megbeszélni ezeket a témaköröket, hiszen a serdülő motivációja változhat az idő elteltével. Erre utal az „5R” módszer utolsó lépése, az ismétlés („repetition”) [7]. Természetesen a megfelelő esetkövetés érdekében az orvosi dokumentációhoz ajánlott csatolni a kérdőív-felmérés eredményeit, a serdülő dohányzási

státuszát és a korábban ismertetett „vonalzótechnika” eredményeit is: például fontosság „1”, készenlét és magabiztosság „0” [31, 32]. Így a következő találkozások alkalmával könnyen követhető a státusz alakulása, észrevehető az esetleges változás. Továbbá érdemes felkínálni, hogy bármikor jelentkezhessen a rendelésen, ha meggondolná magát, illetve anonim módon és ingyenesen bármikor hívhatja a korábban említett proaktív leszokásvonalat (hívását üzenetrögzítő fogadja, de vissza fogják hívni, nem kötelező megadni a nevét) [7].

Az előzőekben ismertetett motivációs beszélgetés akkor is alkalmazható, ha a serdülő fogékony a leszokásra (3. ábra) [20]. Különösen akkor tanácsos erre több időt szánni, ha a kliens nem rövid távon (30 napon belül), hanem csak hosszú távon (6 hónapon belül) tervezi a leszokást (az „elhatározás” fázisában) [33]. Kommunikációs oldalról ebben a csoportban is érdemes a fenyegető, félelemkeltő megjegyzések helyett a leszokás lehetőségét hangsúlyozni. A leszokni akaró serdülőket célzó specifikus lépés a „Támogatás” („Assist”) [17]. Az időkeretek miatt a minimálintervencióban ajánlatos a következőkre összpontosítani: 1) a „leszokás napjának” kitűzése (lehetőleg 2 héten belül, stresszmentes időszakban, például hétvégén); 2) leszokási terv készítése (például dohányzásra hajlamosító helyzetek azonosítása és kerülése), valamint 3) a társas támogatás kialakítása (például mely barátok és családtagok támogatnák a leszokást, hogyan és milyen gyakran fog tőlük segítséget kérni). A farmakoterápia indikációja a közepes vagy erős nikotinfüggőség, melynek a gyakorlatban is jól használható indikátora a rendszeres dohányzás (főleg a napi 10–20 szál vagy annál több cigaretta fogyasztása), illetve a felkelést követő egy órán belüli dohányzás (mivel az alvás ideje alatt a nikotin kiürül a szervezetből, és nikotinhány lép fel) [30]. A nikotinpótló készítményeket monoterápiában vagy akár kombináltan is lehet alkalmazni: a hosszú távú készítmény (például tapasz) csökkenti a hullámokban jelentkező sóvárgások számát, míg a rövid távú készítmény (például rágó, cukor) az aktuális sóvárgás esetén jelent segítséget [14]. A kombinált kezelés megfelelő adherenciát igényel. Lefekvés előtt a tapaszt el kell távolítani, mert ilyenkor a nikotin adagolása szükségtelen, és rontja az alvás minőségét [30]. A nikotinpótló készítmények vény nélkül kaphatók, de serdülőkorban használatuk során orvosi felügyelet javasolt [30]. Amennyiben lokálisan van rá szakellátási kapacitás, a nikotinfüggő serdülőket tanácsos a leszokástámogató szakellátási szinthez irányítani. Ezért érdemes felvenni a kapcsolatot a regionális, dohányzásleszokást támogató szakellátókkal (a területileg illetékes tüdőszűrő állomással, gyermekpulmonológiai szakrendeléssel vagy a Dohányzásról Leszokást Támogató Központtal), hogy van-e lehetőség korosztály-specifikus, egyéni vagy csoportos leszokástámogató programhoz történő csatlakozásra. Szükség esetén a leszokástámogató szakemberektől konzultáció is kérhető. Ezenkívül a pszichiátriai gondozásban részesülő serdülők esetében az irányelvek szerint egyeztetni kell a



3. ábra | Dohányzó serdülőket célzó intervenciók

kliens kezelőorvosával, hiszen a leszokás csak stabil pszichés állapotban kezdhető meg [7].

Továbbá fontos kiemelni az intervenció jogi és etikai vonatkozását. Az orvosi titoktartás annak ellenére, hogy kiskorú a kliens, a serdülőkre is kiterjed, ami lehetővé teszi az őszinte orvos–beteg kapcsolatot. Ezért a serdülők dohányzási státuszával kapcsolatban az orvosnak nincs tájékoztatási kötelezettsége a szülők felé. A leszokástámogatás etikai megítéléséhez figyelembe kell venni, hogy bár a leszokás során jelentkező elvonási tünetek az egyéntől függően eltérő erősségűek lehetnek, döntően azonban enyhék. Ha a dohányos ezeket nem tolerálja, bármikor rágyújthat. Tehát a dohányzásleszokás alapvetően nem jár kockázattal, ugyanakkor számtalan egészségügyi előnye van. Mivel a leszokás a serdülő egészségi állapotát jelentősen javítja, feltehetően a szülei is támogatnák. Mindezek mérlegelése megerősíti azt, hogy a serdülő a leszokás során életmódtanácsokkal támogatható az orvosi titoktartás keretei között. Ettől függetlenül érdemes bátorítani a serdülőt, hogy ő mondja el a szüleinek, hogy dohányzik [30]. Ezzel is erősíthető a családon belüli nyílt és őszinte kommunikáció, illetve lehetővé válik olyan intervenciók szervezése, melyekhez szülői belemegyezés szükséges (például farmakoterápia, illetve korosztály-specifikus, egyéni és csoportos leszokástámogatás). Ugyanakkor minden serdülőt érdemes biztatni, hogy használják az anonim és ingyenes, leszokást segítő módszereket: a korábban említett országos leszokásvonalat [7] és internetes felületeket, illetve applikációkat („EasyQuit free”, „Smoke Free”, „Dohányzásról leszokás”) [30]. Ezek a lehetőségek a serdülők körében népszerűek, széles körben elérhetők és hozzáférhetők, illetve szülői felügyelet nélkül, szabadon használhatók [30]. Természetesen a rendelkezésre állást ekkor is érdemes hangsúlyozni, azaz hogy bármikor jelentkezhet a rendelésen. A kontrollvizsgálat időpontját a tervezett „leszokás napja” után 1 héttel érdemes kitűzni [30]. Akár sikeres volt a leszokási kísérlet, akár nem, a megtett erőfeszítéseket tanácsos értékelni, illetve pozitívan megerősíteni a részsikereket is. Ha sikertelen volt a leszokási kísérlet, ajánlott hangsúlyozni a serdülőnek, hogy minden leszokási kísérlet növeli a végleges leszokás esélyét, ha levonja és felhasználja a tanulságokat. Ha nikotinpótló készítményt is használt, ajánlott tisztázni, hogy jól használta-e. A „vonalzótechnikákat” érdemes újra használni, és ha a korábbi eredményekhez képest valamelyik érték növekedett, akkor azt kiemelni (például a magabiztosság korábban „4” volt, most már „6”) [31, 32]. Amennyiben jelenleg is fogékony a leszokásra, tanácsos kitűzni újra a „leszokás napját”. A dohányzásleszokásban a klasszikus utánkövetési időtartamok: 1, 6 és 12 hónap. Az első 6 hónap (a „leszokás” fázisa) nehezebb időszak, mint a 6–12 hónap (a „fenntartás” fázisa) [33]. Az tekinthető leszokott dohányosnak, aki 1 éve nem használt

dohányterméket [20]. A pozitív kimenetelt segíti a serdülő kitartása mellett az orvos elkötelezettsége is [30]. Ha a dohányzó serdülő is belemegyez, a szülőket érdemes bevonni a leszokástámogatásba. Ilyenkor érdemes hangsúlyozni, hogy a vitatkozó és büntető attitűd helyett a megértő és leszokást segítő szülői attitűd járhat sikerrel. Ahogyan azt korábban említettük, farmakoterápia esetén a szülők bevonása, tájékoztatása és belemegyezése nélkülözhetetlen. Tanácsos azt is kiemelni, hogy azok a serdülők nagyobb eséllyel teszik le a cigarettát, akikkel egy időben a szülei is leszoknak a dohánytermékek használatáról [30]. A serdülő szülei a korábban említett társas támogatás kialakításában is segíthetnek. Mivel a sikertelen leszokási kísérletek csökkentik a kliens önbizalmát, fontos, hogy környezetük biztassa őket, elismerjék és méltányolják kismértékű erőfeszítéseiket is (például az elszívott szálak számának csökkentését). A jó szülő–gyermek kapcsolat nemcsak protektív a dohányzás elkezdése szempontjából, de a leszokástámogatás során is értékes [4, 30].

## Következtetések

A mindennapi orvosi gyakorlatban hatékony és bizonyítékokon alapuló módszerek állnak rendelkezésünkre a serdülőkori dohányzás visszaszorítása érdekében. A befektetett idő és energia a dohányzás súlyos egészségkárosító szövődményeit figyelembe véve többszörösen megtérül. Ebben a küzdelemben az orvostársadalomnak meghatározó szerepe van, melyet a dohányzásleszokás támogatásának európai irányelve is hangsúlyoz [20]:

- az orvosoknak ajánlott minden 18 év alatti kliensnél rákérdezni a dohánytermékek használatára és világos üzeneteket átadni (a dohányzó és a nem dohányzó serdülőknek) annak várható következményeiről [C szintű evidencia; csak olyan szakmai konszenzus támasztja alá, amely szakértők egybehangzó véleményén, esetbemutatókon vagy kisebb vizsgálatok eredményein alapul];
- ajánlott rákérdezni a serdülő szüleinek dohányzási státuszára is, valamint segíteni őket a leszokásban, hiszen ez eredményesnek bizonyult a gyermekek passzív dohányzásának visszaszorításában [B szintű evidencia; egy randomizált, kontrollált vizsgálaton vagy több, nem randomizált egybeeső konklúziójú tanulmányon alapul];
- a szakszerű tanácsadás (a felnőttek mellett) a serdülők körében is hatékony, dohányzásleszokást támogató módszer [B szintű evidencia].

Intézetünk is elkötelezett a serdülőkori dohányzás visszaszorításában. Jelenleg a graduális képzésben oktadjuk a közleményben ismertetett beavatkozásokat. A jövőben posztgraduális, akkreditált oktatást is tervezünk a leszokási motiváció erősítéséről.

**Melléklet** | A szerzők által összeállított kérdőív minta a serdülők klasszifikációjához és az intervenciókhoz  
(Kéértékelési útmutató jelölése: \*\* és vastagon szedett betűk)

**I. A dohányzási státusz felmérése („Tudakozódás”, „Ask”)**

- Használtál-e valamilyen dohányterméket az elmúlt 30 napban? Milyen gyakran?  
Cigaretta: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap. Szivart, szivarkát: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap.  
Vízpipát: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap. Snüszit, bagót: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap.  
E-cigaretta: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap. Tubákot: \_\_\_/nap VAGY \_\_\_/hónap.

**\*\*Napi használat: rendszeres dohányzó**

**\*\*Havi használat: alkalmi dohányzó**

Nem használtam.

**\*\*Jelenleg nem dohányzó**

**II. Nem dohányzó serdülőknél: a jelentős prediktorok azonosítása („Tájékozódás”, „Assess”)**

Akkor töltsd ki, ha az elmúlt 30 napban nem használtál dohányterméket:

- Kipróbáltál-e már valaha valamilyen dohányterméket (cigaretta, vízpipát, e-cigaretta, szivart, szivarkát, bagót, snüszit, tubákot)?

Nem. Igen (Húzd alá a szövegben, hogy milyen terméket).

- Használtál-e korábban valamilyen dohányterméket rendszeresen?

Nem. Igen, de már leszoktam és nem használok \_\_\_/hónapja VAGY \_\_\_/éve.

**\*\*Ha az elmúlt 12 hónapon belül szokott le: javasolt a leszokás támogatása**

- A legközelebbi barátaid használnak valamilyen dohányterméket? Igen. Nem.
- A barátaid gyakran kínálnak meg dohánytermékkel? Igen. Nem.
- Ha barátaid közül valaki megkínálna egy dohánytermékkel, elfogadnád? Igen. Nem.
- Tervezed-e, hogy kipróbálsz valamilyen dohányterméket? Igen. Nem.
- Szerinted fogsz dohányterméket használni az elkövetkező 12 hónapban? Igen. Nem.
- Szerinted fogsz dohányterméket használni felnőttként? Igen. Nem.

**\*\*„Igen” válasz = azonosított prediktor = magas rizikójú kliens, az intervenció során a feltárt prediktorokat tanácsos megbeszélni**

**III. Dohányzó serdülőknél: a leszokási hajlandóság feltárása („Tájékozódás”, „Assess”)**

Akkor töltsd ki, ha az elmúlt 30 napban használtál valamilyen dohányterméket:

- Egy 0-tól 10-ig terjedő skálán jelenleg mennyire fontos számodra a leszokás?  
Nem fontos. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Nagyon fontos.
- Egy 0-tól 10-ig terjedő skálán jelenleg mennyire érzed magad magabiztosnak a leszokáshoz?  
Nem vagyok magabiztos. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Magabiztos vagyok.
- Egy 0-tól 10-ig terjedő skálán jelenleg mennyire állsz készen a leszokásra?  
Nem állok készen. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Készen állok rá.
- Tervezed, hogy felhagysz a dohánytermékek használatával az elkövetkező 6 hónapban?  
Igen. Nem.
- Tervezed, hogy leszoksz a dohánytermékek használatáról a következő 30 napban?  
Igen. Nem.

**\*\*Alacsony értékek vagy „nem” válasz esetén: nincs leszokási hajlandóság**

**\*\*Magas értékek és „igen” válasz esetén: van leszokási hajlandóság**

**IV. A dohányzással kapcsolatos ismeretek felmérése az intervenciókhoz**

- Szerinted igaz vagy hamis a következő állítás?  
- A fiatalok többsége dohányzik. Igaz. Hamis.  
- A felnőttek többsége dohányzik. Igaz. Hamis.  
- Aki hetente gyújt rá, az még nem dohányzó. Igaz. Hamis.  
- A dohányzás testsúlycsökkentő hatású. Igaz. Hamis.
- Szerinted a dohányzásnak milyen rövid távú hatásai vannak? .....
- Szerinted ha a cigaretta kívül valamilyen más dohányterméket használsz (vízipipát, snüszit, tubákot, e-cigaretta, szivart, szivarkát, bagót), azzal ártasz-e magadnak?  
Biztosan nem. Valószínűleg nem. Valószínűleg igen. Igen, biztosan.
- Hogyan akadályoznád meg, hogy rád erőltessék a dohányzást? (Többet is megjelölhetsz.)  
Tudatosan kerülném az ilyen szituációkat. Elmennék onnan, ha erőltetnék.  
Meggkérném a dohányzót, hogy ne kínálgasson. Elmagyaráznám, hogy ez miért zavar.  
Nem akadályoznám meg, nem tennék semmit.

**\*\*Az intervenció során a hiányos ismeretekkel tanácsos foglalkozni**



V. A leszokással kapcsolatos információgyűjtés az intervenciókhoz

Akkor töltsd ki, ha az elmúlt 30 napban használtál valamilyen dohányterméket:

- Reggel ébredés után, 60 percen belül szoktál-e dohányterméket fogyasztani? Igen. Nem.
- Számodra mi a jó a dohányzásban? .....
- Számodra mi a rossz a dohányzásban? .....
- Szerinted mi a rossz a leszokásban? .....
- Szerinted mi a jó a leszokásban? .....
- Tudod-e, hogy honnan kérhetsz ingyenesen, név nélkül segítséget a leszokáshoz?  
Nem. Igen: .....
- Szoktál-e járni pszichiáterhez vagy pszichológushoz? Igen. Nem.
- Elmondad-e már vagy a jövőben elmondanád-e a szüleidnek, hogy dohányzol? Igen. Nem.

**\*\*A válaszok alapján személyre szabható a leszokástámogatás**

*Anyagi támogatás:* A szerzők anyagi támogatásban nem részesültek.

*Szerzői munkamegosztás:* P. D., K. O.: A téma felvetése. P. D., B. K., K.O.: A kézirat megszövegezése. A cikk végleges változatát mindhárom szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

**Irodalom**

[1] Global Youth Tobacco Survey 2016. Monthly Prevalence and Current Smoker Data. [Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2016. Havi prevalencia és a jelenleg dohányzók adatai.] Available from: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> [accessed: December 12, 2017]. [Hungarian]

[2] Urbán R, Varga J. Negative emotions, self-confidence, self-efficacy, and smoking in adolescence. [A negatív érzelmek, az önbizalom, az énhatékonyság és a dohányzás serdülőkorban.] *Addictol Hung.* 2003; 2: 346–369. [Hungarian]

[3] Péntes M, Balázs P. Follow-up of smoking habits and body image among adolescents. [A dohányzási szokások és a testkép összefüggéseinek követéses vizsgálata serdülőkorúak körében.] *Magy Epidemiol.* 2010; 7: 64. [Hungarian]

[4] Pikó B, Balázs MÁ. The importance of parenting style for adolescents' tobacco and alcohol use. [A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából.] *Pszichológia* 2012; 32: 173–187. [Hungarian]

[5] Urbán R. Smoking outcome expectancies mediate the association between sensation seeking, peer smoking, and smoking among young adolescents. *Nicotine Tob Res.* 2010; 12: 59–68.

[6] Vajer P, Urbán R, Tombor I, et al. Psychometric properties and construct validity of the brief Wisconsin inventory of smoking dependence motives in an Internet-based sample of treatment-seeking Hungarian smokers. *Nicotine Tob Res.* 2011; 13: 273–281.

[7] College of Health Professional, State Secretariat for Health, Hungarian Ministry of Human Resources. National guideline of smoking cessation support. [Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. A dohányzásról való leszokás támogatásáról (egészségügyi szakmai irányelv).] 2014. Available from: <https://tudogyogyasz.hu/Media/Download/12698> [accessed: December 12, 2017] [Hungarian]

[8] Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the surgeon general, 2012. Available from: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use> [accessed: December 12, 2017].

[9] Jacob P 3rd, Abu Raddaha H, Dempsey D, Jacob P, et al. Nicotine, carbon monoxide, and carcinogen exposure after a single use of a water pipe. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011; 20: 2345–2353.

[10] Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC Text with EEA relevance. *Official J Eur Union*, L 127/1.

[11] Khalid HJ, Imran QM, Hibba TB, et al. Risk for oral cancer from smokeless tobacco. *Contemp Oncol.* 2014; 18: 160–164.

[12] Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, et al. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. *Am J Health Promot.* 2003; 17: 231–239.

[13] Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub3/abstract;jsessionid=4D9F8F8ED064898DA5F8A6685BC1BE0E.f03t01> [accessed: December 12, 2017].

[14] Pbert L, Farber H, Horn K, et al. State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. *Pediatrics* 2015; 135: 734–747.

[15] DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000; 9: 313–319.

[16] Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, et al. Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. *Pediatrics* 1999; 104: 918–924.

[17] U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. May 2008. Available from: <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf> [accessed: December 12, 2017].

[18] Myers MG, MacPherson L. Adolescent reasons for quitting smoking: initial psychometric evaluation. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22: 129–134.

[19] Sussman S, Lichtman K, Ritt A, et al. Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 1469–1503.

[20] European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). ENSP Guidelines for treating tobacco dependence.

2016. Available from: <http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf> [accessed: December 12, 2017].
- [21] Riedel BW, Robinson LA, Klesges RC, et al. What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug Alcohol Depend.* 2002; 68: 167–174.
- [22] Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Tercyak KP. Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13: 2023–2034.
- [23] Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, et al. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008; 121: e738–e747.
- [24] Sockrider M, Rosen JB. Prevention of smoking initiation in children and adolescents. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents> [accessed: December 12, 2017].
- [25] Harrell JS, Bangdiwala SI, Deng S, et al. Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomic, and developmental status. *J Adolesc Health* 1998; 23: 271–279.
- [26] Daly M, Egan M. Childhood cognitive ability and smoking initiation, relapse and cessation throughout adulthood: evidence from two British cohort studies. *Addiction* 2017; 112: 651–659.
- [27] Dierker L, Rose J, Selya A, et al. Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addict Behav.* 2015; 41: 124–128.
- [28] Rubinstein ML, Rait MA, Prochaska JJ. Frequent marijuana use is associated with greater nicotine addiction in adolescent smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 141: 159–162.
- [29] Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282: 1652–1658.
- [30] Rosen JB, Sockrider M. Management of smoking cessation in adolescents. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-smoking-cessation-in-adolescents> [accessed: December 12, 2017].
- [31] Boudreaux ED, Sullivan A, Abar B, et al. Motivation rulers for smoking cessation: a prospective observational examination of construct and predictive validity. *Addict Sci Clin Pract.* 2012; 7: 8.
- [32] Chung T, Maisto SA, Mihalo A, et al. Brief assessment of readiness to change tobacco use in treated youth. *J Subst Abuse Treat.* 2011; 41: 137–147.
- [33] DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol.* 1991; 59: 295–304.
- [34] Tyc VL, Throckmorton-Belzer L. Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. *Pediatrics* 2006; 118: e471–e487.
- [35] Rodriguez-Thompson D. Cigarette smoking: Impact on pregnancy and the neonate. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-impact-on-pregnancy-and-the-neonate> [accessed: December 12, 2017].
- [36] Hecht ML, Graham JW, Elek E. The drug resistance strategies intervention: program effects on substance use. *Health Commun.* 2006; 20: 267–276.
- [37] Rosen LJ, Noach MB, Winickoff JP, et al. Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129: 141–152.
- [38] Winickoff JP, Tanski SE, McMillen RC, et al. A national survey of the acceptability of quitlines to help parents quit smoking. *Pediatrics* 2006; 117: e695–e700.
- [39] Winickoff JP, Nabi-Burza E, Chang Y, et al. Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. *Pediatrics* 2013; 132: 109–117.
- [40] Mills AL, Messer K, Gilpin EA, et al. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine Tob Res.* 2009; 11: 1131–1141.

(Pócs Dávid dr.,

Szeged, Hajnóczy u. 13. 1/3., 6722  
e-mail: drpocsdavid@gmail.com)

## ÁLLÁSÁJÁNLAT

### a Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet felvételt hirdet

- Főállású, vagy közreműködői szerződéssel (heti meghatározott óraszám) **szakorvosi beosztás betöltésére** – háziorvos vagy belgyógyász szakorvosi végzettséggel rendelkező – magyar állampolgár, egészségügyileg alkalmas, kifogástalan életvitelű, büntetlen előéletű, érvényes kamarai tagsággal és működési nyilvántartással rendelkező személyek részére.
- **Szakápolói beosztás betöltésére** hivatásos, illetve közalkalmazotti jogviszonyban – ápoló OKJ 54/55 végzettséggel rendelkező – magyar állampolgár, egészségügyileg alkalmas, kifogástalan életvitelű, büntetlen előéletű, érvényes működési nyilvántartással rendelkező személyek részére.

A szakmai önéletrajzokat az alábbi címre várjuk:

Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet  
9700 Szombathely, Söptei út  
e-mail: [szombathely.uk@bv.gov.hu](mailto:szombathely.uk@bv.gov.hu)