

A dohányzásról való leszokás támogatása az egészségügyi szakellátás keretében

Cselkó Zsuzsa, Fényes Márta

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

Levelezési cím:

Dr. Cselkó Zsuzsa, 1121 Budapest Korányi Frigyes út 1. E-mail: cselko.zs@koranyi.hu



A főszerkesztő
video-összefoglalója

A dohányzás a nem fertőző betegségek kialakulása és az ezekből következő halálozás legfontosabb kockázati tényezője. Ez a tény egyre ismertebb és ennek nyomán terjed az egészségesebb életmód iránti igény. A dohányzás okozta ártalmak csökkentését célzó szabályok és a leszokást segítő lehetőségek gyarapodása következtében nőtt az érdeklődés a leszokás iránt. Az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek megjelenése, a dohányzással és a dohánytermékekkel kapcsolatos hiányos szakemberi és lakossági ismeretek és megküzdési készségek, valamint a dohányzó környezet viszont hátráltatják a dohányzást elutasító magatartás elterjedését és a dohányzók arányának csökkenését. A dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések között az eddiginél sokkal nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjon a leszokás támogatása. A szakemberekben és a dohányzóban is tudatosítani kell, hogy a dohányfüggőség krónikus betegség, amelynek kezelésében kiemelkedő jelentőségű az egészségügyi/tanácsadó szakember szerepe. A közlemény célja a fenti megállapítások alátámasztása az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben 2012 óta működő Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ tapasztalataival. A közleményben feltüntetett adatok és ismeretek a hazai és a nemzetközi szakirodalom, valamint az Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ tevékenységének eredményein alapulnak. A szakember által irányított huzamos idejű viselkedésváltozást célzó és farmakoterápiás támogatás vezet a hosszú távú leszokáshoz.

Kulcsszavak: dohányzás, leszokástámogatás

Support for smoking cessation within the context of health care

Smoking is the leading risk factor for noncommunicable diseases and mortality. This fact is becoming more widely known, and as a result, the growing demand for a healthier lifestyle is spreading. The rules aimed at reducing the harm caused by smoking and increasing opportunities to help people quit smoking have increased interest in quitting. The spread of novel nicotine and tobacco products, a lack of professional and public awareness about smoking, tobacco products, and coping mechanisms, and a smoking environment all impede the development of antismoking social attitudes and the decline in smoking prevalence. Among the measures aimed at reducing smoking, quit support should be emphasized much more than previously. Tobacco addiction is a chronic disease and the role of the healthcare professional/counselor in its treatment is critical. The aim of this paper is to supplement the above statements with the experiences of the reports of the National Methodology Center for Smoking Cessation Support, which has been operating at the National Korányi Institute of Pulmonology since 2012. The data and information provided are based on research in the international literature and the reports of the National Methodology Center for Smoking Cessation. Long-term behavioral change guided by specialists and pharmacotherapeutic support lead to long-term cessation.

Keywords: smoking, cessation support

A dohányzás a nemfertőző betegségek kialakulása és az ezekből következő halálozás legfontosabb kockázati tényezője (1, 2). Évente több mint 8,7 millió ember haláláért felelős világszerte, ezen belül 1,3 millió ember a másodlagos dohányzás következtében veszíti el az életét (2).

A dohányzás szinte minden szervrendszert károsít és szembeűnően kimagasló szerepe van a legtöbb halálhoz vezető betegség kialakulásában. A dohányzáshoz köthetőek a világszerte vezető halálokok. Az iszkémiás szívbetegségek és az agyi érbetegségek okozta halálozás 22%-a a dohányzásnak tulajdonítható, míg a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) okozta halálozás 65%-át a dohányzás okozza. A tüdőrák régóta vezető halálokok a férfiak körében. Mára sok országban, megelőzve a mellrákot, a nők körében is vezet a daganatos halálozásban, és a két nemet együttvéve a dohányzás okozza a tüdőrák halálozások 88%-át. A 45–64 éves munkaképes lakosság körében a rokkantság és korai halálozás miatt elvesztett évek 20-35%-a a dohányzás okozta betegségekből adódik (2). A 40 éves kor előtti leszokás tizedére csökkenti a dohányzással összefüggő halálozás kockázatát a tovább dohányzókhöz képest (3). A dohányzók leszokásának segítése ezért kiemelten fontos prevenciós tevékenység az egészségügyi szakemberek számára (4).

A dohányzás visszaszorítását célzó szabályozások bevezetése, az egészségesebb életmód igénye és a leszokást segítő lehetőségek gyarapodása következtében a dohányzók egyre inkább érdeklődnek a leszokás iránt (4). Az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek megjelenése, a dohányzással és a dohánytermékekkel kapcsolatos hiányos szakemberi és lakossági ismeretek és megküzdési készségek, valamint a dohányzó környezet viszont hátráltatják a dohányzást elutasító magatartás elterjedését (4, 5). A dohányzás megítélésének gyökeres változásához és a dohányzók arányának csökkenéséhez elengedhetetlenül szükséges:

1. a szakemberek és a lakosság folyamatos, tudatos, modern technikát is alkalmazó tájékoztatása,
2. a dohány- és élvezeti célú nikotintartalmú termék előállítására, forgalmazására, reklámozására és használatára vonatkozó jogszabályi keretek betartatása és szigorítása,
3. az érdekvédelmi és attitűdformáló tevékenység erősítése közösségi szinten,
4. a szűréseken való részvétel szorgalmazása és
5. a viselkedésváltozást elősegítő módszerek alkalmazásának szakmapolitikai támogatása (6).

A dohányzás visszaszorítási intézkedések között az el-

következő években az eddiginél nagyobb hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a leszokás szakember segítségével történjen (4).

A közlemény célja annak hangsúlyozása, hogy a dohányzás és az élvezeti célból használt nikotintartalmú termékek sikeres visszaszorítása érdekében változásra van szükség a dohányzás megítélésében, mind a társadalom, mind az egészségügyi dolgozók és a kereteket biztosító szakmapolitika részéről. Ennek keretében, fokozott odafigyelést érdemel a leszokástámogatási tevékenység. A közlemény további célja bemutatni az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben 2012 óta működő Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ (DLTK) leszokástámogatással kapcsolatban szerzett tapasztalatait és a hazai leszokástámogatás fejlődésének irányát.

A közleményben feltüntetett adatok és ismeretek a hazai és a nemzetközi szakirodalomból, valamint a DLTK tevékenységének eredményeiből származnak.

A nikotin- és dohányfüggőség kialakulása

Ismert, hogy egy szer akkor nevezhető függőséget okozónak, ha befolyásolja az egyén viselkedését és önkontrolláló képességét. Hatására tipikusan jutalomérzés következik be és/vagy a megvonási tünetek enyhülnek, ezért ismételt igényli annak használatát (7). A dohányfüggőség jellemzője, hogy a dohányzás okozta ártalmak ismerete ellenére az egyén tovább dohányzik, a szándékoltnál nagyobb mennyiségben is, és a leszokás iránti vágy ellenére sem tud leszokni, továbbá a leszokási kísérlet után rövid időn belül jelentkeznek a megvonási tünetek (8).

A dohányfüggőség két összetevője a fizikai és a viselkedési függőség. A dohánytermékek és az élvezeti célból használt nikotintartalmú termékek (pl. elektronikus cigaretta, nikotinos tasak, stb.) fizikai függőséget okozó hatásának alapja a nikotin, amely elsődleges szerepet játszik a dohányzásra való rászokásban és a rendszeres dohányzás kialakulásában (9). Az ismételt nikotinbevitellel a dohányzó szeretné megtapasztalni a nikotin kedvező farmakológiai hatásait (pl. a pszichoaktív stimulációt) és elkerülni az esetleges megvonási tüneteket (10). A nikotin okozta fizikai függőség hatására a dohány- és nikotintartalmú termékek ismételt használata szokássá válhat. A társas együttlét és a napi rutinhoz kapcsolódó helyzetek megerősíthetik a dohányzást, és idővel ez a viselkedés rögzül (11).

A függővé válás egyéni tényezőktől is függ, de egyes jellemzők, mint például a húszéves kor előtt elkezdett

Rövidítések:

COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive pulmonary disease); DLTK: Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ; EFI: egészségfejlesztési iroda; ELEF: Európai Lakossági Egészségfelmérés; FDA: Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszer-engedélyeztetési Hivatala (Food and Drug Administration); OKPI: Országos Korányi Pulmonológiai Intézet; OLEF: Országos Lakossági Egészségfelmérés; WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

dohányzás, a dohányzó családtagok, barátok, a kábító-szer-használat, a hiányos kognitív készségek, a döntési képtelenség, a kockázat alulértékelése, a függőség irányíthatóságába vetett hit, valamint a nem megfelelő megküzdési stratégiák és a gyenge iskolai teljesítmény növeli a nikotin- és dohányfüggővé válás valószínűségét (4, 12). Bizonyított, hogy örökletes a rendszeres dohányzásra való hajlam, a genetikai kockázat kifejeződését azonban társadalmi-környezeti tényezők befolyásolják (13).

A legtöbb dohányzó húszéves kora előtt kezd dohányozni, amikor még valószínűleg nem saját maga viseli dohányzása költségeit és nem ismeri fel tevékenysége rövid- és hosszú távú hatásait (14). Az Egyesült Államokban végzett felmérés eredményei szerint a középiskolában még alkalmanként dohányzó diákok 85%-a válaszolta, hogy öt év elteltével már nem fog dohányozni, de valójában csak a fele szokott le, 37%-uk rendszeres dohányzóvá vált. A középiskolás dohányzók kétharmada válaszolta, hogy nem kezdett volna el dohányozni, ha tudta volna, hogy milyen nehéz lesz leszokni (15, 16). Egészen a huszoneves kor közepéig aktív fejlődésben van az agy azon része, amely a döntéshozatalért, a tervezésért és a koncentrációs képességért felelős. Ekkor még kialakulatlan a késztetéseknek, például a dohányzással is összefüggő sóvárgásnak való ellenállás képessége. Az anyai dohányzással in utero elszenvedett, vagy a serdülőkori nikotinbevitel jelentősen megemeli a később jelentkező szorongásos kórképek és a pánikbetegség előfordulását. A nikotin, ez esetben a legintenzívebb fejlődési időszakban károsítja az idegsejteket (torzítja szerkezetüket, befolyásolja az apoptózist, valamint a génexpresszió szabályozását). A kialakult függőség hajlamosít a többféle dohánytermék együttes használatára, illetve a további droghasználatra. Így fiatal korban különösen fontos, hogy a még érzékenyebb és sérülékenyebb, fejlődésben lévő agy ne legyen kitéve a működésére káros nikotin hatásának (9, 17).

Az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek is függőséget okoznak, és nem bizonyított az ártalomcsökkentő szerepük

Komoly gondot jelent, hogy miközben a hagyományos dohánytermékek fogyasztásának csökkenése Magyarországon megtorpant, az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek (elektronikus cigaretta [e-cigaretta], hevített dohánytermékek, nikotinos tasak) használata világszerte, így hazánkban is terjed (5, 18, 19). Az e-cigaretta és a hevített dohánytermékek technológiai újdonságot jelentenek. A dohányipar marketing tevékenysége hatására a sokféle, kedvelt ízesítésű termék kipróbálása és használata vonzóvá válhat a korábban nemdohányzó fiatal, magasabb jövedelmű, városi lakosság körében is (5, 20, 21). Az ízesítő anyagok növe-

lik a termékek élvezeti értékét. Az adalékanyagok pedig megkönnyítik a felszívódást, ezáltal a termék nikotintartalma jobban hasznosul. Segítik továbbá olyan anyagok keletkezését, amelyek növelik a nikotinfüggőség-okozó hatását, vagy megváltoztatják a dohányfüst és az e-cigaretta aeroszol tulajdonságait, például a füst, illetve az aeroszol részecskék méretét (22). Pár hét nikotintartalmú termék alkalmi használata után már jelentkezhetnek a nikotinfüggőség jelei (23). A nikotintartalmú e-cigaretta rendszeres használata pedig bizonyítottan növeli a hagyományos cigarettára való rászakás és egyéb droghasználat valószínűségét (11, 23, 24).

Az e-cigarettát és a hevített dohánytermékeket a dohányipar nyíltan vagy burkoltan a hagyományos dohányzásról való leszokás eszközeiként nevesíti. Pedig bizonyítani kellene, hogy egy adott eljárás segíti-e a leszokást, ellenkező esetben félretájékoztató és a fogyasztó félrevezetése valósul meg (5). A félretájékoztató nyomán, a leszokni kívánó egyén is e termékek használata mellett dönthet, így csökken a sikeres leszokás esélye (5). Fontos hangsúlyozni, hogy továbbra sincs tudományos bizonyíték arra, hogy az e-cigaretta alkalmas lenne a dohányzás okozta fizikai és lelki függőség kezelésére (14, 25, 26). Magas azoknak a személyeknek az aránya, akik a leszokás szándékával kezdik el használni az e-cigarettát és áttérnek annak hosszú távú használatára, vagy kialakul náluk a kettős használat gyakorlata (24). Az Európai Unió tagországi lakossága dohányzási szokásait felmérő tanulmány szerint az e-cigaretta használatának okaként leggyakrabban a hagyományos cigarettáról való leszokást vagy a dohányzás mértékének csökkentését nevezik meg a fogyasztók. A hevített dohánytermék-használóknál ez a második leggyakoribb indok azután, hogy ezeket kevésbé károsnak hiszik, mint a hagyományos cigarettát. Az e-cigarettát 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-cigarettát 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-cigarettát is használók 68% már megpróbált leszokni a dohányzásról (18).

A hevített dohánytermékek és az elektronikus cigaretta ártalomcsökkentő termékként való népszerűsítése rendkívül káros, mert a lakosságban és a szakemberekben is hamis biztonságérzetet kelthet. A populációs szintű ártalomcsökkentés bizonyítására számszerűsíteni szükséges, hogy hosszú távú használat esetén mekkora kockázattal jár az e-cigaretta és a hevített dohánytermékek használata, ezek párhuzamos használata a hagyományos cigarettával, valamint mekkora a nemdohányzó gyermekek és serdülők rászakásából

eredő kockázat (5). Egyelőre azonban nem bizonyított az sem, hogy az e-cigaretta vagy a hevített dohánytermékek önmagában való használata hosszabb távon csökkentené a sokirányú egészségkárosodás kockázatát, annak ellenére, hogy ezek a termékek egyes káros vegyületeket a cigarettafüstben mérthez képest kisebb mennyiségben tartalmaznak (5, 25, 27). Az eddigi laboratóriumi és klinikai vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy mind az e-cigaretta, mind a hevített dohánytermékek a hagyományos cigarettához hasonlóan károsítják a tüdőt, az immunrendszert és az érrendszert (25, 27). Az a gyakran idézett állítás, miszerint az e-cigaretta használata 95%-kal kevésbé káros, mint a hagyományos cigaretta bizonyítottan érvényét veszítette. Egy tudományos közlemény kimutatta, hogy az állítás olyan korai vizsgálatok eredményein alapult, amelyek az e-cigaretták korai – alacsony feszültségen működő – generációit vizsgálták (28). Ismert, hogy a készülék típusa és a kiegészítők nagymértékben befolyásolják az előállított aeroszolban lévő részecskék számát, eloszlását és méretét, valamint a különböző vegyületek mennyiségét (29, 30). A második- és harmadik generációs e-cigaretták működését jellemzi a nagyobb, illetve a tetszőlegesen növelhető fűtési feszültség, amelynek következtében nő a keletkező egészségkárosító vegyületek mértéke is (29). Ráadásul a korai vizsgálatok idején még nem voltak kellőképpen feltárva a folyadék egyes összetevőinek egészségkárosító hatásai, és nem voltak ilyen mértékben elterjedtek a különböző ízesítésű, egészségkárosító vegyületeket tartalmazó utántöltő folyadékok (28).

A hevített dohánytermékek működési elve a dohányleveleknek a hagyományos cigarettánál alacsonyabb hőfokra való hevítésén alapul. A dohányipari érvelés kiindulópontja, hogy az alacsonyabb hőfokra hevítés során nem történik égés, ezáltal nem képződik dohányfüst, ezért a hevített dohánytermékek „kevésbé káros” alternatívát jelentenek a cigarettához képest (5, 31). Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményében részt vevő tagállamok 2021-ben megrendezett 9. Konferenciáján (WHO FCTC/COP 9) készült jelentés kijelenti, hogy az új és feltörekvő dohánytermékek esetében – különös tekintettel a hevített dohánytermékekre – hő hatására bomlástermékek képződnek, amely miatt az aeroszol egyértelműen dohányfüstnek minősül. A füst egy olyan aeroszol, amely akkor keletkezik, ha egy anyagot kellően felmelegítenek ahhoz, hogy bomlástermékek képződjenek. Füst széles hőmérsékleti tartományban képződhet égés jelenlétében vagy anélkül. A hevített dohánytermékek esetében a dohány hevítése során olyan egészségre ártalmas bomlástermékek képződnek, amelyek eredetileg nem voltak jelen a dohányban (31, 32). Korábban a svéd Karolinska Intézet adott ki állásfoglalást, amely szerint az oxigén jelenlétében zajló hőfelszabadulás ugyanúgy végbemegy a hevített dohánytermékekben, mint a hagyományos cigarettában (27). A dohányhe-

vítés hatására képződött aeroszol összetételét megvizsgálva kimutatták, hogy a hagyományos cigaretta füstjében jelenlévő vegyületek többsége megtalálható az előbbiben is, bár többnyire alacsonyabb koncentrációban, ami arra utal, hogy a hevített dohánytermékek működésekor alacsony fokozatú égéshez hasonló folyamatok zajlanak (27). Mi több egyes, úgynevezett káros és esetlegesen káros vegyületek – amelyek között számos mérgező és rákkeltő is van – akár 2-10-szer nagyobb mennyiségben találhatók a képződött aeroszolban, mint a hagyományos cigaretta égésekor keletkező füstben (27). Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszer-engedélyeztetési Hivatala (FDA) egyes hevített dohánytermékekre engedélyezte a „módosított expozíciójú” termék megnevezést, de a fentiek miatt elutasította a „módosított kockázatú” termékbesorolást. A WHO hangsúlyozza: nem jelenthető ki, hogy a hevített dohánytermékek biztonságosak, és használatukkal csökkenthető az egészségkárosodás kockázata (5).

A leszokás nehézségei és a támogatás jelentősége

A 2021-ben megjelent Európai Rákellenes Terv egyik célkitűzése, hogy 2040-re felnőjön egy dohányzásmentes generáció, vagyis az Európai Unió lakosságának kevesebb, mint 5%-a dohányozzon (32). A WHO és az Európai Bizottság figyelemfelhívásai, valamint a nem fertőző betegségek megelőzésére és visszaszorítására megalkotott protokollok és joggyakorlatok ellenére a dohányzók abszolút száma világszerte növekszik. Európában a dohányzók aránya nem a WHO cselekvési terve szerint elvárt ütemben csökken, egyes országokban pedig stagnál (18, 33, 34).

A dohányzás visszaszorítását célzó szabályozás és a lakosság egészségtudatosabb viselkedése nyomán a fejlett országok jelentős eredményeket értek el a dohányzók arányának csökkentésében (4, 5). Ezekben a társadalmakban nem tudtak önállóan leszokni az erősen nikotinfüggők, vagy az olyan rizikócsoportba tartozók, akiknél társbetegségek vagy más tényezők, például az alacsonyabb szocioökonómiai körülmények akadályozták a sikeres leszokást (4).

Magyarországon 1992-ben a 15 év feletti lakosság 44%-a rendszeresen dohányzott, míg 2009-re ez az arány 27%-ra csökkent (35). A 2010-es évek közepéig érzékelhető volt a kedvező tendencia, elsősorban az alkalmi dohányzók arányának visszaesésében, azonban az évtized második felében a dohányzók arányának csökkenése megtorpant, 2019-ben a lakosság 25%-a dohányzott napi rendszerességgel (36).

Magyarországon a dohányzók függőségének mértékére a dohányzói szokásokat vizsgáló felmérések adnak támpontot az egy nap alatt elszívott cigaretták számának meghatározásán keresztül, amely egyelőre a legelterjedtebb dohány- és nikotinfogyasztási mód.

Az adatok alapján a dohányzás intenzitása mérséklődött az elmúlt csaknem húsz év alatt: míg 2000-ben a dohányzók 47%-a 20 szálnál kevesebb, 39%-a kb. 20 szál és 15%-a 20 szálnál több cigarettát szívott, addig 2019-ben a dohányzók aránya ugyanezen kategóriákban 60%, 24% és 16% volt (1. táblázat) (37–41).

Az iskolai végzettség és a dohányzás összefüggése csak a legalacsonyabb, nyolc általános végzettséggel rendelkezők esetében erősödött: 2000-ben a nyolc általános végzettséggel rendelkezők 27%-a dohányzott, 2019-ben 32%-a. A szakmunkásképző, szakiskolai végzettséggel rendelkezők dohányzásának mértéke csökkent (2000: 42%; 2019: 37%), az érettségivel (2000: 29%; 2019: 28%) és a felsőfokú végzettséggel (2000: 24%; 2019: 23%) rendelkezőké 1%-ot csökkent (2. táblázat) (37–41).

A gazdasági aktivitás és a dohányzás összefüggésének vizsgálata nem igazolja, hogy a rosszabb szociális körülmények között élők nagyobb valószínűséggel do-

hányoznának most, mint húsz évvel ezelőtt. A nyugdíjasokat nem számítva, valamennyi csoportban csökkent a dohányzás mértéke (3. táblázat) (37–41).

A fenti adatok eltérnek az egyes fejlett országokban észlelt jelenségtől, azaz Magyarországon nem azért torpant meg a dohányzók arányának csökkenése, mert már csak egy jól körül határolható, erős nikotinfüggőséggel küzdő, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező, illetve rosszabb szociális körülményekkel jellemezhető rizikócsoport dohányzik.

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 (37). 2000-ben ez az arány még csak 47% volt (38). A leszokással a legnagyobb arányban a 65 év felettek (58%), a felsőfokú végzettségűek (60%), a nyugdíjasok (58%) és a községekben élők (59%) próbálkoztak. Ezzel szemben állnak a 18–34 év közöttiek (49%), a 8 általános és a

1. TÁBLÁZAT. A dohányzás mértékének alakulása a naponta elszívott cigaretták száma szerint (%), 2000–2019

Dohányzás mértéke	OLEF 2000	OLEF 2003	ELEF 2009	ELEF 2014	Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019
<20 szál/nap	46,6	50,6	62,7	75,7	59,7
Kb. 20 szál/nap	38,6	40,4	22,2	15,9	24,2
>20 szál/nap	14,6	8,8	15,1	8,4	16,1

OLEF: 2000-ben és 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés; ELEF: 2009-ben és 2014-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés. Felnőtt Dohányzás Felmérés: 2019-ben végzett, dohányzási szokásokat vizsgáló felmérés. Az ELEF adatállománya a 15 éves korukat betöltött, az OLEF és a Felnőtt Dohányzás Felmérés adatállománya a 18 éves korukat betöltött, nem intézményben élő, bejelentett állandó magyarországi lakcímmel rendelkező lakosok reprezentatív mintáit tartalmazza. A dohányzási szokások összehasonlíthatósága érdekében a felmérésekben a 18 éves korukat betöltött válaszadók mintáit vizsgáltuk.

2. TÁBLÁZAT. A dohányzók arányának alakulása a legmagasabb iskolai végzettség szerint (%), 2000–2019

Legmagasabb iskolai végzettség	OLEF 2000	OLEF 2003	ELEF 2009	ELEF 2014	Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019
Maximum 8 általános	27,0	29,3	31,6	30,9	31,6
Szakmunkásképző, szakiskola	41,9	43,4	39,2	31,3	36,8
Érettségi	29,0	32,5	29,9	28,2	27,8
Felsőfokú végzettség	24,0	23,0	18,0	16,5	22,9

OLEF: 2000-ben és 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés; ELEF: 2009-ben és 2014-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés. Felnőtt Dohányzás Felmérés: 2019-ben végzett, dohányzási szokásokat vizsgáló felmérés. Az ELEF adatállománya a 15 éves korukat betöltött, az OLEF és a Felnőtt Dohányzás Felmérés adatállománya a 18 éves korukat betöltött, nem intézményben élő, bejelentett állandó magyarországi lakcímmel rendelkező lakosok reprezentatív mintáit tartalmazza. A dohányzási szokások összehasonlíthatósága érdekében a felmérésekben a 18 éves korukat betöltött válaszadók mintáit vizsgáltuk.

3. TÁBLÁZAT. A dohányzók arányának alakulása a gazdasági aktivitás szerint (%), 2000–2019

Gazdasági aktivitás	OLEF 2000	OLEF 2003	ELEF 2009	ELEF 2014	Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019
Dolgozik	39,4	39,1	36,2	38,9	28,0
Nyugdíjas	14,8	13,2	15,8	14,5	23,2
Tartósan munkaképtelen	49,0	34,4	36,1	22,9	nincs adat
Egyéb inaktív	28,7	35,4	35,4	29,1	25,1
Munkanélküli	54,7	55,2	49,3	45,0	50,7

OLEF: 2000-ben és 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés; ELEF: 2009-ben és 2014-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés. Felnőtt Dohányzás Felmérés: 2019-ben végzett, dohányzási szokásokat vizsgáló felmérés. Az ELEF adatállománya a 15 éves korukat betöltött, az OLEF és a Felnőtt Dohányzás Felmérés adatállománya a 18 éves korukat betöltött, nem intézményben élő, bejelentett állandó magyarországi lakcímmel rendelkező lakosok reprezentatív mintáit tartalmazza. A dohányzási szokások összehasonlíthatósága érdekében a felmérésekben a 18 éves korukat betöltött válaszadók mintáit vizsgáltuk.

szakiskolai vagy szakmunkásképző végzettséggel rendelkezők (48%), a gazdaságilag inaktívak (51%) és a fővárosban élő dohányzók (47%), akik kisebb arányban tettek erre kísérletet (37). Az arányok közötti különbségek felhívják a figyelmet arra, hogy mely dohányzói csoportok elérésére és a leszokás motiválására kellene még több gondot fordítani.

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 (37). Mindezen adatok arra mutatnak, hogy a dohányzók arányának további érdemi csökkenéséhez nagyobb hangsúlyt kell fektetni a dohányzók korcsoportnak megfelelő megszólítására, tájékoztatására és a velük való foglalkozásra.

A szakemberekben és a dohányzóban is tudatosítani kell, hogy a dohányfüggőség krónikus betegség, és nem rossz szokás, vagy életmódbeli választás (14). A függőség fent részletezett természetéből adódóan nem elég a leszokási szándék (4). Bár a legtöbb dohányzó megpróbál önállóan leszokni, még a legjobb önsegítő módszerek is minimális hatást érnek el (4-8%) az egészségügyi szakember leszokási tanácsához (12-15%) és különösen a viselkedésváltozásra alapozó tanácsadási programokhoz (8-35%) képest (42). Az önálló leszokási próbálkozás különösen nehéz azoknak a dohányzóknak, akik egyéb függőség okozta, vagy mentális társbetegséggel küzdenek, amelyek súlyosbodhatnak a leszokási folyamat során (4).

A kettős függés által jellemezhető dohányzásra ugyanúgy kell tekinteni, mint más krónikus betegségekre, például a magas vérnyomásra vagy a cukorbetegségre, amelyek kezelhetők, de nem gyógyíthatók életmód-változtatás, valamint az egyén és az ellátó közötti rendszeres konzultáció nélkül. A gyógyszerek segíthetnek a krónikus betegségek kezelésében, így a dohányfüggőség csökkentésében, de el kell fogadni az időszakos javulás és a gyakori visszaesés váltakozását. A dohányfüggőséget még a legjobb kezelésekkal és együttműködéssel sem lehet gyorsan megszüntetni, a folyamat lassú és nagy erőfeszítést igényel a dohányzó részéről, amelyről a dohányzónak tudnia kell (4, 14).

A dohányzás rövidebb-hosszabb időre felfüggeszthető ugyan, de a hosszú távú absztinencia életmód-változtatást igényel, amely szakemberi segítséggel és farmakoterápiával együtt valósulhat meg a leghatékonyabban (4, 11, 14, 26). A nemzetközi vizsgálatokhoz igazodva a leszokás értékelése hat, illetve tizenkét hónapnál történik. Hosszú távon azok tekinthetők leszokottaknak, akik a dohányzás elhagyásától számított tizenkét hónap elteltével sem gyújtanak rá (14). A legjobb eredmény érdekében minden dohányzó egyéni kezelést igényel: meg kell ismerni dohányzási szokásait, tanácsolni kell a leszokást, fel kell tárni a segítségkérési szándékát, ajánlani kell támogatási lehetőséget és a dohányzóval közösen kell kialakítani a leszokási tervet

(14). Ehhez a rövid, de ismételhető támogatáshoz kiváló lehetőséget jelentenek a háziorvosi, fogorvosi vizitek és a járóbeteg-szakrendelések, függetlenül a páciens egészségügyi problémájától (14) (1. ábra).

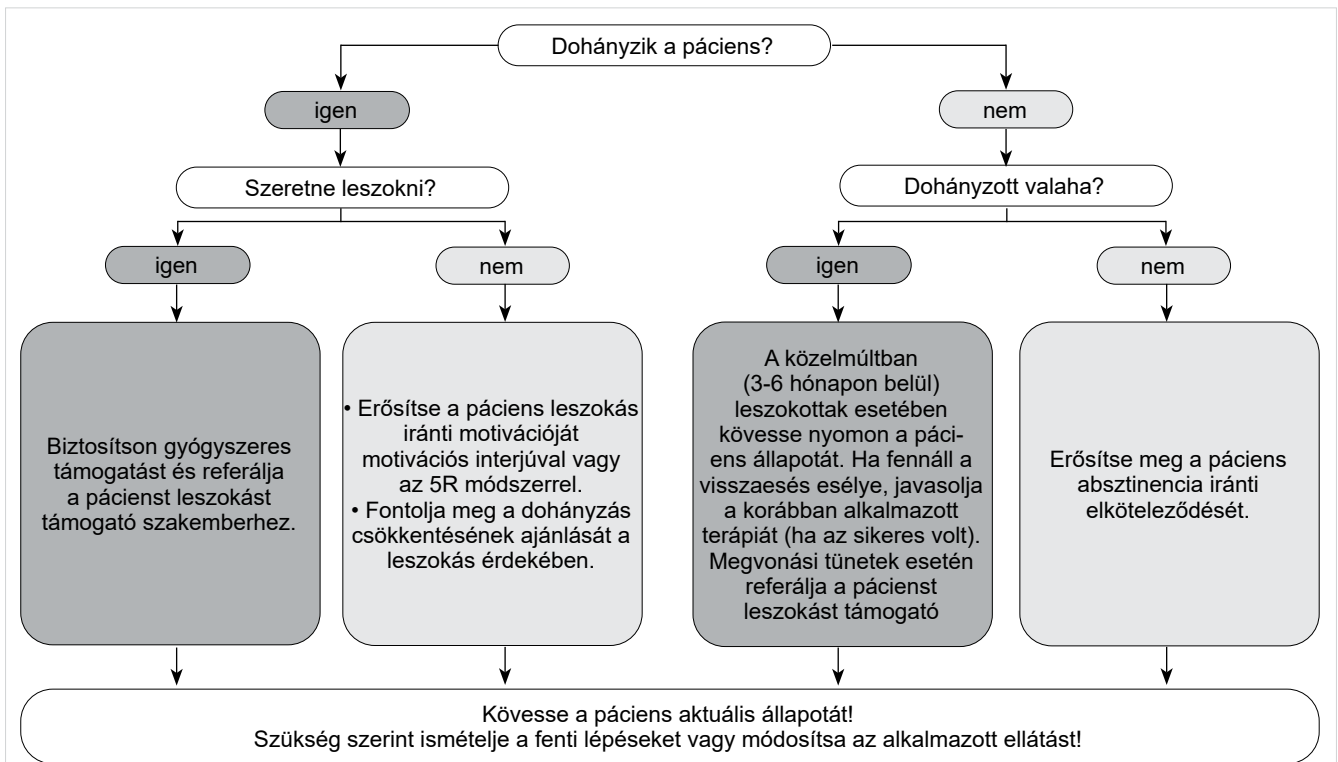
Sok egészségügyi szakember igyekszik hárfítani a dohányzók leszokásának támogatását. Ennek hátterében a leszokást támogató, valamint a szakellátási lehetőségek ismeretének hiánya állhat. Ismerve azonban a dohányzás rendkívül káros egészségügyi és hátrányos gazdasági hatásait, minden egészségügyi ellátást nyújtó szakembernek el kell fogadnia, hogy a dohányzók leszokásra ösztönzése és támogatása, vagy a leszokásra motivált dohányzó szakellátásba referálása a szakterületi gyógyítással azonos rangú és fontosságú feladat (4, 14). Bár valójában a dohányzó egyén felelős azért, hogy életvitele megváltoztatása révén sikert érjen el, az egészségügyi/tanácsadó szakember személynének kiemelkedő jelentősége van abban, hogy felkeltse a leszokás szándékát és motiválja a páciens az egészséges életmód kialakítására. Már a rövid tanácsadás is sikerre vezethet, ha az orvos vagy a szakdolgozó tudomást szerez a páciens dohányzásáról, személyre szabott tanácsot ad a leszokáshoz és követi a beteg előrehaladását (4).

A leszokás támogatására használt gyógyszerekhez hasonlóan a tanácsadás során a páciens által elsajátított megküzdési stratégiák nemcsak csökkenthetik a megvonási tüneteket és a sóvárgást, hanem fokozhatják a gyógyszerek hatását és a tartós absztinencia kialakulását is (4). A leszokást támogató gyógyszeres kezelésekre megfelelő és kellően eredményes alkalmazásához is elengedhetetlen a szakember közreműködése, tanácsa (11). Szakember segítsége nélkül és esetleges sikertelen leszokási próbálkozás esetén a dohányzó lemondhat a gyógyszeres kezelés alkalmazásáról és haszontalannak könyvelheti el azt.

Igazolt a „dózis-hatás” összefüggés a tanácsadás gyakorisága, időtartama, intenzitása és a leszokás valószínűsége között. Egy bizonyos határig, minél több alkalom és idő van a dohányzóval való foglalkozásra, annál nagyobb a hosszú távú leszokás esélye. A dohányzókat tájékoztatni kell a leszokástámogatási lehetőségekről és elérhetőségükről, bátorítani kell őket, hogy vegyenek részt teljes körű – magatartásorvoslást és szükség szerint gyógyszeres támogatást is nyújtó – kezelésein (4).

A viselkedés és az életmód megváltoztatására alapozó leszokástámogatás magyarországi tapasztalatai és kilátásai

1987 óta Magyarországon hagyományosan a tüdőgondozók végezték a viselkedésváltozásra építő programszerű leszokástámogatást (43). Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ koordinálásában



1. ÁBRA. A leszokás támogatása a mindennapos egészségügyi gyakorlatban (48)

(OKPI DLTK), 2013–2016 között a tüdőgondozók 64%-ában működött ez a tevékenység. Jelenleg a tüdőgondozók mintegy 15%-ában zajlik aktív tanácsadás (44). A viselkedésváltozásra építő programszerű leszokástámogatás 2013 óta telefonos tanácsadásként is elérhető Magyarországon az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet működtetésében (45).

A DLTK 2018–2019-ben tizenhét hónapos tüdőgondozói leszokást támogató programot szervezett azzal a céllal, hogy meghatározza a leszokást támogató munka eredményessége és hatékonysága növelésének feltételeit, kialakítsa e tevékenység fejlesztésének, valamint a leszokást támogató tanácsadó szakemberek képzésének irányát (46). A program eredményei alátámasztották az alábbiakat:

1. Rövidebb dohányzási múlttal sikeresebb a leszokás (4, 46). Az egészségnevelés fontos feladata tehát, hogy minél korábbi életkorban elérje a dohányzókat és ösztönözzön a leszokásra.
2. Fontos, hogy a leszokást már elhatározó dohányzók lépjenek be a programba, akiknek szándéka erős a részvételre, és ezáltal nagyobb mértékben köteleződnék el, hogy életmódjukat megváltoztassák (4, 46).
3. Fontos a motiváció fenntartása, mert az erős leszokási szándék ellenére a dohányzók többsége nem tudja előre felmérni a leszokással járó kihívásokat (4). A kezdeti határozott leszokási szándék nem garantálja a tanácsadásokon való maradéktalan részvételt, így a leszokással járó nehézségek a

leszokás feladásához vezethetnek (46). Javasolt, hogy a szakorvosi ellátás során a tanácsadó minden konzultáció alkalmával törekedjen a szándék és a motiváció ismételt erősítésére (4).

4. A szakemberképzésben és a leszokástámogatásban az eddigieknél nagyobb figyelmet kell fordítani a gyógyszeres támogatás megfelelő alkalmazására. A gyógyszeres támogatás a leszokás kezdeti időszakában segít, hosszú távon azonban a lelki, hangulati tényezőkre és viselkedésváltozásra kell hangsúlyt fektetni (46).
5. A szakember által vezetett és felügyelt huzamos magatartás-orvoslási és farmakoterápiás támogatás hozzájárul az eredményesebb hosszú távú leszokáshoz (4, 11, 14, 26, 46).
6. A tanácsadás rutin rendelési időben tartása aránytalanul sok szervezést és a dohányzók rugalmasságát igényli, és ez csökkentheti a csatlakozási készséget. A szervezett keretek között, megfelelő finanszírozás mellett és leszokástámogatásra dedikált, képzett egészségügyi szakemberekkel kell elérhetővé tenni az önálló szakellátásként működő leszokást támogató szakrendeléseket a járó- és nagy forgalmú fekvőbeteg-ellátó intézményekben (14, 19, 46).

A DLTK egyik feladata az egészségügyi szakemberek számára akkreditált továbbképzések tartása abból a célból, hogy minél tudatosabban és aktívan bekapcsolódhassanak a leszokástámogatás fontos munkájába. A viselkedésváltozást segítő tanácsadói készségek el-

sajátítására alkalmas húszórás tanfolyam elvégzését követően a leszokást támogató tanácsadást végezheti erre képzett orvos, pszichológus, egészségfejlesztő, diplomás szakdolgozó és munkakörének megfelelően a védőnő (11). Az egészségügyért felelős államtitkár 2020-ban elrendelte, hogy minden egészségfejlesztési irodának (EFI) rendelkeznie kell leszokástámogatásban képzett szakemberrel. Ezzel összhangban, 2020–2023 között a DLTK 183 fő EFI munkatársat készített fel a leszokástámogatás gyakorlatára, jelenleg az EFI-k 92%-ban elérhető a tanácsadó szolgáltatás, amelyek közül sok járó- és fekvőbeteg-ellátó intézményekhez kapcsolatosan működik (47). 2022-ben bevezetett új gyakorlat szerint a DLTK rendszeres szupervízió tartásával erősíti a tanácsadók tevékenységét. Az EFI-szakemberek visszajelzése szerint a szupervíziók nyomán erősödött a tanácsadói hálózat és egységesebb lett a szakemberek tevékenysége. A szupervíziós alkalmak lehetőséget teremtenek a leszokástámogatást végző szakemberek számára a tapasztalatcserére, jó gyakorlatok megosztására és a viselkedésváltozást elősegítő módszerek, kommunikációs eszközök fejlesztésére.

Következtetések

A leszokást támogató tevékenység fő célja a dohányzás káros hatására kialakuló betegségek megelőzése, kezelhetőségének javítása, ennek nyomán az egészségügy és a társadalom terheinek csökkentése. E cél elérésében fontos az egészségügyi szakemberek elköteleződése. A leszokástámogatás iránt elhivatott szakemberek munkáját a tanácsadói szolgáltatás megfelelő finanszírozása, valamint a dohányzók és a tanácsadás adatainak egészségügyi rendszerhez kapcsolása teheti még eredményesebbé. Ennek nyomán valósulhat meg a leszokást támogató irányelvek szerinti önálló szakellátó hálózat.

Nyilatkozatok

Anyagi támogatás: *A szerzők nyilatkoznak arról, hogy a kutatómunka és a kézirat megírása nem részesült anyagi támogatásban.*

Érdekeltségek: *A cikk megírására pénzügyi, személyes vagy egyéb érdekeltségek nem voltak hatással.*

Irodalom

1. Pruss-Ustun A, van Deventer E, Mudu P, et al. Environmental risks and non-communicable diseases. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2019; 364: 1265. <https://doi.org/10.1136/bmj.l265>
2. GBD 2019 Risk Factors Collaborators: Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
3. Thomson B, Emberson J, Lacey B, et al. Association of smoking initiation and cessation across the life course and cancer mortality: Prospective study of 410,000 US adults. *JAMA Oncology* 2021; 1: 1901–1903. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.4949>
4. Perkins KA, Conklin CA, Levine MD. Cognitive-behavioral therapy for smoking cessation. A practical guidebook to the most effective treatments. New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group; 2008. <https://doi.org/10.1002/pon.1360>

5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095> (accessed: August 19, 2023).
6. Hodges BC, Videto DM. Assessment and planning in health programs. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011. https://books.google.hu/books?id=bxnG7AgjNIQC&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
7. 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. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53018/> (accessed: August 19, 2023).
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 5. American Psychiatric Association, Washington, 2013. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. Goodwin AK, Hiranita T, Paule MG. The reinforcing effects of nicotine in humans and nonhuman primates: a review of intravenous self-administration evidence and future directions for research. *Nicotine Tob Res* 2015; 17: 1297–1310. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv002>
10. Henningfield JE, Benowitz NL, Slade J, et al. Reducing the addictiveness of cigarettes. *Tobacco Control* 1998; 7: 281–293. <https://doi.org/10.1136/tc.7.3.281>
11. Ministry of Human Capacities medical professional guideline on smoking cessation support. (Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról.) *EüK*. 2019; 2: 194–246. Available from: https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2837/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_dohanyzasrol.pdf (accessed: August 19, 2023) (Hungarian).
12. Shek DTL, Yu L, Leung H, et al. Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen Program. *Asian J Gambl Issues Public Health* 2016; 6: 5. <https://doi.org/10.1186/s40405-016-0014-z>
13. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/> (accessed: August 19, 2023).
14. Behrakis PK, Clancy L, Dautzenberg B, et al. 2020 guidelines for treating tobacco dependence. Brussels: European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP); 2020. Available from: http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf (accessed: August 19, 2023).
15. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, et al. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59(1): S83–S95. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00166-0](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00166-0)
16. Eissenberg T, Balster RL. Initial tobacco use episodes in children and adolescents: Current knowledge, future directions. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59(1): S41–S60. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0376-8716\(99\)00164-7](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0376-8716(99)00164-7)
17. Döme P, Lazáry J, Rihmer Z. The pharmacology of nicotine and the neurobiology of nicotine addiction. In Kovács G. (ed.) *Smoking and cessation. (A nikotin farmakológiája és nikotinaddikció neurobiológiája.* In Kovács G. (szerk.) *Dohányzás és leszokás.*) Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2019. (Hungarian)
18. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, 2020. European Union, 2021. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240> (accessed: August 19, 2023).
19. Cselkó Z, Fényes M, Kiss J, et al. Smoking habits and cessation support tasks in Hungary. 1st part. (Dohányzási szokások és leszokástámogatási feladatok Magyarországon. 1. rész.) *Lege Artis Medicinae* 2021; 31: 99–106. (Hungarian) <http://dx.doi.org/10.33616/lam.31.006>

20. Bialous SA, Glantz SA. Heated tobacco products: another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. *Tob Control* 2018; 0: 1–7. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054340>
21. Ratajczak A, Jankowski P, Strus P, et al. Heat not burn tobacco product—a new global trend: impact of heat-not-burn tobacco products on public health, a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 409. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020409>
22. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR). Final opinion on additives used in tobacco products 2016. Available from: https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_051.pdf (accessed: August 19, 2023).
23. 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. <https://doi.org/10.1183/13993003.00278-2018>
24. Bozier J, Chivers EK, Chapman DG, et al. The evolving landscape of e-cigarettes: a systematic review of recent evidence. *Chest* 2020; 157: 1362–1390. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.042>
25. 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. Canberra: National Centre for Epidemiology and Population Health; 2022. Available from: https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/262914/1/Electronic%20cigarettes%20health%20outcomes%20review_2022_WCAG.pdf (accessed: August 19, 2023).
26. Adsit RT, Alberg AJ, Augustson E, et al. 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. Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>; (accessed: August 19, 2023).
27. Ganguly K, Upadhyay S, Rahman M, et al. Expert opinion on heated tobacco products. Stockholm: Karolinska Institute, Institute of Environmental Medicine, Unit of Integrative Toxicology; 2022.
28. Eissenberg T, Bhatnagar A, Chapman S, et al. Invalidity of an oft-cited estimate of the relative harms of electronic cigarettes. *American Journal of Public Health* 2020; 110: 161–162. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305424>
29. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public health consequences of e-cigarettes. The National Academies Press, Washington, DC, 2018.
30. U.S. Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults. 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, 2016.
31. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. World Health Organization, Geneva, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> (accessed: August 19, 2023).
32. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Challenges posed by and classification of novel and emerging tobacco products: report by the Convention Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2021 (FCTC/COP9/10; https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_10_EN.pdf (accessed: August 19, 2023)).
33. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council 2021. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer_plan_en.pdf (accessed: August 19, 2023).
34. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 397: 2337–2360.
35. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO Press, Geneva, 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf (accessed: August, 19, 2023).
36. World Health Organization European Region. European Health Information Gateway. European Health for All Database. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/> (accessed: August 19, 2023).
37. Central Statistical Office. European Health Interview Survey. Smoking habits, 2019. (Európai Lakossági Egészségfelmérés. Dohányzási szokások, 2019.) Available from: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/dohanyzas_2019/dohanyzas_2019.pdf (accessed: August 19, 2023). (Hungarian)
38. Commissioned by the National Korányi Institute of Pulmonology the survey was conducted by M.Á.S.T. Kft. Hungarian Adult Tobacco Survey, 2019. (Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megbízásából a M.Á.S.T. Kft. által végzett felmérés. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019.) Available from: https://www.leszokastamogatas.hu/wp-content/uploads/2021/03/Osszefoglalo_Felnott_Dohanyzas_Felmeres_2019_1.4.pdf (accessed: August 19, 2023). (Hungarian).
39. National Center for Epidemiology. National Health Interview Survey, 2000. (Országos Epidemiológiai Központ. Országos Lakossági Egészségfelmérés, 2000.) Available from: <https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszsegugyi-strategiai-egeszsegfejlesztési-es-egeszsegmonitorozasi-foosztaly/orszagos-lakossagi-egeszsegfelmeres/olef-2000> (accessed: August 19, 2023). (Hungarian).
40. National Center for Epidemiology. National Health Interview Survey, 2003. (Országos Epidemiológiai Központ. Országos Lakossági Egészségfelmérés, 2003.) Available from: <https://www.nnk.gov.hu/index.php/nepegeszsegugyi-strategiai-egeszsegfejlesztési-es-egeszsegmonitorozasi-foosztaly/orszagos-lakossagi-egeszsegfelmeres/olef-2003> (accessed: August 19, 2023). (Hungarian).
41. Cselkó Z, Kovács G, Horváth I. Smoking status in Hungary. In: *European Health Interview Survey 2014 – Studies. (A dohányzás helyzete Magyarországon. In: Európai lakossági egészségfelmérés, 2014 – Tanulmányok.)* Budapest: Központi Statisztikai Hivatal; 2018; pp. 85–99. (Hungarian)
42. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/> (accessed: August 19, 2023).
43. Légrády E. Füstmentesen – félmillióért. *Magyar Hírlap* 1987; 20(272): 164.
44. Data collected at the National Korányi Institute of Pulmonology within the framework of the annual pulmonology report prescribed for outpatient pulmonary clinics by the decree 76/2004 (VIII. 19.) ESzCsM on the detailed rules for the definition, collection and processing of sectoral (health, professional) data unsuitable for personal identification. (Az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet által a tüdőbeteg-gondozó intézetek részére előírt éves pulmonológiai jelentés keretében az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben gyűjtött adatok.) (Hungarian)
45. Tóth E, Cselkó Z, Darwish D, et al. Telephone based smoking cessation support in Hungary. (A magyarországi dohányzásleszokást támogató telefonos tanácsadás.) *Lege Artis Medicinae*. 2022; 32: 55–60. (Hungarian)
46. Cselkó Z, Tisza J, Fényes M, et al. Results, conclusions and directions of development of the cessation support counseling program in outpatient pulmonary clinics. (Tüdőgondozók közreműködésével végzett leszokást támogató program eredményei, tanulságai és jövőbeli fejlesztési irányai.) *Medicina Thoracalis* 2020; 73: 18–19. (Hungarian)
47. Smoking cessation support at Health Promotion Offices (Egészségfejlesztési Irodában elérhető leszokást támogató szolgáltatás.) Available from: <https://www.leszokastamogatas.hu/hol-kaphat-segitseget/> (accessed: August 19, 2023). (Hungarian)
48. Ministry of Interior Secretary of Health medical professional guideline on smoking cessation support - 2023 update draft. (In press) (Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárság egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról - 2023. évi felülvizsgált tervezet. Megjelenés alatt)