

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Cselkó Zsuzsa

Substance use prevention – Expert opinion: Zsuzsa Cselkó

| | |
|--------------|--|
| Szerző: | Cselkó Zsuzsa ⁱ ✉ |
| Beküldve: | 2020. 09. 17. |
| Doi: | 10.24365/ef.v62i2. |
| Kulcsszavak: | dohányzásprevenációs program; elektronikus cigaretta; füstmentes dohánytermékek; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz |
| Keywords: | tobacco prevention program; electronic cigarette; smokeless tobacco products; harm reduction; youth; expert opinions |

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

A kockázati magatartás és a szerhasználat összefüggései

Manapság már jól ismert a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a kannabisz és más illegális kábítószer-használat egészségre gyakorolt káros hatása. A szerhasználat sok esetben agresszióval és kockázatos szexuális viselkedéssel társul. A szerhasználat következménye lehet az iskolai teljesítmény romlása, pszichózis és mentális zavarok alakulhatnak ki, valamint későbbi életkorban emelkedik egyes betegségek kialakulásának kockázata és az ebből fakadó korai halálozás.^{1,2}

DiClemente és munkatársai „A serdülőkori egészségkockázati magatartás” kézikönyvében leírták, hogy az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a kábítószer-használat kezdete világszerte egyre korábbi életkorra tehető és emelkedik azon fiatalok aránya, akik valamilyen függőségben szenvednek.^{3,4}

A függőségmegelőzési programoknak elsősorban a fiatalok készségeinek és képességeinek fejlesztésére kell összpontosítaniuk, valamint

segíteniük kell a megküzdési stratégiák fejlesztését is. A fiatakorúak körében emelkedő tendenciát mutató függőségek kezelésére megoldást kínál az ún. pozitív ifjúságfejlesztési megközelítés, amely a fiatalok erősségeinek hangsúlyozásán keresztül támogatja a viselkedésváltozást.⁴ A pozitív ifjúságfejlesztés támogatói hangsúlyozzák, hogy a serdülők kockázati magatartásának csökkentése érdekében különböző területeken kell segíteni a serdülők fejlődését, beleértve a kognitív, a társadalmi, az erkölcsi, a szakmai és a kulturális élet, valamint a fizikai jóllét területeit is. A pozitív ifjúságfejlesztési program a következőkből tevődik össze: (1) a függőség természetének megismerése és a függőséggel kapcsolatos tévhitek eloszlatása, (2) a kognitív készségek, (3) az érzelmi készségek, (4) a szociális készségek, és (5) viselkedési készségek fejlesztése.⁴ A vizsgálatok szerint a pozitív ifjúságfejlesztés növeli az élettellel való elégedettséget, továbbá csökkenti a serdülők kockázatkereső magatartását és a szerhasználatot.⁴ Ezzel szemben a hiányos kognitív készségek, a döntési képesség, a kockázat alulértékelése, a függőség irányíthatóságába vetett hit, valamint a rossz kognitív megküzdési stratégiák a fiataloknál hozzájárulnak a függőség kialakulásához. A serdülőkori fejlődéshez elengedhetetlen a különböző élethelyzetekkel és érzelmekkel való megküzdés, hiszen erős összefüggés fedezhető fel a

ⁱ Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

hiányos érzelmi intelligencia és a függőségek kialakulása között. A fiatalok szociális és viselkedési készségeinek fejlesztése elengedhetetlen ahhoz, hogy magabiztosak legyenek, és érzéseiket verbálisan és nonverbálisan is világosan kifejezzék a társaikkal való mindennapi interakció során. Tanulmányok kimutatták, hogy a társak viselkedése és véleménye gyakran ösztönzőként hat a serdülők kábítószerrel vagy alkohollal való kísérletezésre.⁴

Az összefoglaló a továbbiakban a gyermek- és serdülőkori dohányzás megelőzésével foglalkozik.

A dohányzás elkezdése, a nikotinfüggőség kialakulása

A 2019–20. évi hazai Ifjúsági Dohányzás Felmérés szerint, Magyarországon a 13–15 éves fiatalok 33%-a már kipróbálta a dohányzást és 15%-uk dohányzott valamilyen gyakorisággal a felmérést megelőző 30 napban. Ugyanezen mutatókra vonatkozó arányok az elektronikus cigaretta (a továbbiakban e-cigaretta) esetében 32%, illetve 12% voltak. A dohányzást korábban nem, de az e-cigarette-t kipróbáló fiatalok aránya 12%, azt az elmúlt 30 napban használó fiatalok aránya 2% volt. A 13–15 évesek 3%-a napi rendszerességgel dohányzik. A 13–15 éves korosztályba tartozók átlagosan 13 évesen már kipróbálták a dohányzást és az e-cigarette-t is. A 10 éves koruk előtt cigarettázni kezdők aránya 9% volt.⁵

A felnőtt dohányzók több mint fele (56%) 18, negyede (23%) 16 éves kora előtt kezdett el dohányozni.⁶

A serdülőkori és a fiatal felnőttek körében elkezdett dohányzást sok tényező befolyásolja, amelyek bonyolult összefüggésben állnak egymással. A dohányzás kipróbálását és a rászakást biológiai, lelki és környezeti tényezők egyaránt meghatározzák. Az egyes tényezők mértéke befolyásolhatja, hogy az illető csak kísérletezni fog a dohánytermékekkel, vagy rendszeres fogyasztóvá válik. A tényezők hatása életkoronként is változhat: gyermekkorban a szülői minta meghatározó, míg serdülőkori jobban érvényesül a kortársak dohányzói magatartása. Serdülőkori a barátok dohányzói szokásai erőteljesebben befolyásolják a kipróbálást, mint

a média és a szülői dohányzás és a hatás erőteljesebben érvényesül a kipróbálás, mint a rendszeres dohányzás esetében.⁷

A serdülők és a fiatal felnőttek körében a dohányzás elkezdését és a rendszeres használatot vizsgáló kutatások megállapítják:⁸

1. A fejlődésben lévő serdülők és a fiatal felnőttek kifejezetten érzékenyek a dohányzást ösztönző társadalmi és környezeti hatásokra.
2. A társadalmi-gazdasági tényezők és az iskolai teljesítmény meghatározza a fiatalkori dohányzói magatartást. A rosszabb tanulmányi eredménnyel rendelkező diákok nagyobb valószínűséggel próbálják ki a dohányzást és válnak rendszeres dohányzóvá.
3. Serdülőkori egyértelmű összefüggés van a kortársak nyomásgyakorlása és a dohányzás kipróbálása, illetve a rendszeres használat között.
4. Szoros kapcsolat van a rossz érzelmi állapot és a fiatalkori dohányzás között.
5. Bizonyított, hogy örökletes a rendszeres dohányzásra való hajlam. A genetikai kockázat kifejeződését azonban a társadalmi-környezeti tényezők befolyásolják.

Bizonyított az összefüggés az alábbi tényezők, illetve egyes dohánytermékek kipróbálása és rendszeres használata között:⁸

1. Alacsony szocioökonómiai helyzet.
2. A dohánytermékek széleskörű rendelkezésre állása és könnyű hozzáférhetősége.
3. A serdülők meggyőződése, hogy a dohányzás elfogadott magatartás.
4. A hozzátartozók dohányzása és a dohányzáshoz való elfogadó hozzáállás.
5. Szülői támogatás hiánya.
6. Alacsony iskolai teljesítmény és alacsony részvételi arány az iskolai programokban.
7. Hiányos eszköztár ahhoz, hogy sikeresen ellenálljon a dohányzásra buzdító ingereknek.
8. A nemet mondás képességének hiánya (csekély önhatékonyság).
9. Korábbi dohányzás és jövőbeli dohányzói szándék.
10. Alacsony önértékelés.
11. Abbéli meggyőződés, hogy a dohányzás hasznos.

A fenti tényezőkön túl a dohányzás káros hatásainak nem ismerete is hozzájárul a cigaretta és a füstmentes dohánytermékek kipróbálásához és használatához.

A cigarettát valaha kipróbáló fiatalok 20–25%-a válik felnőttkorára függő dohányzóvá, ugyanakkor a 12 éves életkorig elkezdett dohányzás jelentősen fokozza a későbbi rendszeres dohányzás kockázatát, mivel a fiatalok harmadafele válik függő, rendszeres használóvá.⁹ Más vizsgálatok szerint örökletes tényezők befolyásolják, hogy akár a 16 éves korig elkezdett dohányzás esetén nagyobb valószínűséggel alakul ki erősebb nikotinfüggőség.¹⁰ A korán nikotinfüggővé váló dohányzói csoport már a serdülőkor elején, 12–13 évesen kiválik a többiek közül, ezért javallott a 12 éves kor előtti időszakra is kiterjeszteni a dohányzásprevenációs programokat.

Azok a társas befolyásoláson alapuló beavatkozások, amelyek segítik akár csak kitolni a rázkódás időpontját, 0,13–0,32%-kal csökkentik a felnőtt dohányzói arányt és 0,09%-kal az egész életre számolt összalálózást.¹⁰

A rázkódás megelőzésének lehetőségei

Hatásos, rázkódást megelőző lehetőségek lehetnek: (1) a lakossági kommunikációs kampányok, a jogi szabályozás és (3) a szűkebb környezetben zajló prevenációs programok.⁸

A szűkebb környezetben végezhető társas és magatartás-változtatáson alapuló beavatkozások helyszíne lehet a család, az egészségügyi ellátást nyújtó intézmény és az iskola.

A családok egyértelműen befolyásolják, hogy a gyermek vagy serdülő kipróbálja, vagy sem a dohányzást, illetve rendszeres fogyasztóvá válik-e. Ismert, hogy a családi hatás már magzati korban érvényesül: az anyaméhben, vagy gyermekkorban elszennvedett nikotinexpozíció hajlamosít a fiatakori viselkedészavarok, hangulatzavarok és függőségek kialakulására.¹¹ Az egészségügyi dolgozóknak, védőnőknak, házi gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak szintén kiemelkedő szerepük van a rázkódás megelőzésében (és a leszokás segítésében). A fiatalok ugyanakkor az iskolai környezetben töltik a legtöbb időt, fejlődésüket befolyásolják az iskola által felállított

szabályok, valamint a kortársak és a pedagógusok viselkedése.

Az amerikai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) a dohányzásra való rázkódás megelőzésére az óvodától a tizenkettedik évfolyamig tartó program bevezetését javasolja, amelyben kiemelt figyelmet kap a kipróbálás szempontjából legsérülékenyebb 12–14 éves korosztály. Ideális esetben, az iskolai programoknak javasolt kiegészülniük lakossági kommunikációs kampánnyal és közösségi programokkal.⁸

A dohányzást megelőző iskolai programokra vonatkozó szakirodalmi ajánlások:¹²

1. Iskolai dohányzáspolitikai (szabályozás) kidolgozása.
2. Ismeretanyag kidolgozása a dohányzás rövid és hosszú távú fiziológiai és társadalmi következményeiről, a kortárshatásról, a társas mintákról és a nemet mondásról.
3. Dohányzást megelőző nevelési program bevezetése az óvodától a tizenkettedik évfolyamig.
4. A programhoz kapcsolódó pedagógusok oktatása.
5. Szülők, családok bevonása a dohányzást megelőző iskolai programba.
6. A dohányzó tanuló és pedagógusok lezoklásának segítése.
7. A dohányzást megelőző program rendszeres időközönkénti felülvizsgálata.

A dohányzást megelőző iskolai programok több évtizedes múltat tekintenek vissza. A tanulmányok ötféle beavatkozást különböztetnek meg, amelyek eltérő elméletből táplálkoznak:¹³

1. A csak ismereteket adó programok célja, hogy tájékoztassák a tanulókat a dohányzók valós arányairól. A program azon feltételezésen nyugszik, hogy a helyes arányok és a társadalom dohányzáshoz való hozzáállásának ismerete (a dohányzás elutasítása) elegendő a viselkedésváltozáshoz. Az információnyújtás csak ritkán jelenik meg önmagában, gyakran kapcsolódik össze más elemekkel, valamint a prezentáció változatos módjaival.
2. Társas kompetencia fejlesztésén alapuló tanterv — olyan beavatkozássorozat, melynek célja, hogy a társas kompetencia fejleszt-

tése által a serdülő visszautasítsa a dohányzást. Ismert, hogy a nem megfelelő személyes és társas készségek szerhasználatához vezethetnek. Ezek a programok a társadalmi tanulási folyamatok, vagy életkészségek (mint például a társas vagy média befolyásának ellenálló, a problémamegoldást és döntéshozatalt segítő kognitív készségek), a fokozott önkontroll, az önértékelés, a stresszkezelést szolgáló stratégiák, valamint az általános társadalmi és asszertív készségek fejlesztését szolgálják. A készségeknek szélesebb körű alkalmazásai is vannak a tanulók számára. A beavatkozások Bandura elméletén alapulnak, amely azt feltételezi, hogy a gyerekek utánzás és megerősítés hatására tanulják a szerhasználatot.¹³ A szerhasználat iránti fogékonyságot segítik a nem megfelelő személyes és társas készségek, illetve az alacsony önértékelés.

3. Társas befolyásoláson alapuló tanterv — olyan beavatkozássorozat, amelynek célja, hogy a társas készségek fejlesztésén keresztül csökkentse a dohányzásra buzdító társas nyomás hatását. További cél, hogy növelje a serdülők tudatosságát és megtanítsa őket ellenállni a kortárs nyomásnak, kezelni a magas kockázatú helyzeteket, nemet mondani a közvetett vagy közvetlen szerhasználatra buzdító felhívásra. A beavatkozások McGuire meggyőző kommunikáció, valamint Evans pszichológiai beoltás elméletén alapulnak.¹³
4. Társas kompetencia fejlesztésén és társas befolyásoláson alapuló kombinált tanterv — a két fenti megközelítésre támaszkodó módszertan.
5. Multimodális programok — a tantervetki egészítik iskolán belüli és kívüli kezdeményezések (pl. szülőknek, iskoláknak, közösségeknek szóló programok), a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések.

Idáig a legátfogóbb áttekintést a Thomas és mtsai által készített meta-analízis szolgáltatja, melyben 49 randomizált kontrollált dohányzást megelőző iskolai programot vizsgáltak.¹³ A tanulmány eredményei az alábbiak voltak:

1. Az egy évig vagy rövidebb ideig követett programok vizsgálatokor egyedül a társas kompetencia fejlesztésén és társas befolyásoláson alapuló kombinált programoknak volt kimutatható eredménye: a beavatkozás

hatására kevesebben szoktak rá a dohányzásra (esélyhányados [EH] 0,49; 95%-os megbízhatósági tartomány [95% MT] 0,28 – 0,87; p-érték = 0,01; heterogenitás [I^2] = 0%).

2. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok vizsgálatokor mind a társas kompetencia fejlesztésén alapuló (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; I^2 = 0%), mind a kombinált program statisztikailag szignifikáns pozitív eredményt mutatott (EH 0,50; 95% MT 0,28 – 0,87; p-érték = 0,01; I^2 = 0%), a beavatkozások hatására kevesebben szoktak rá a dohányzásra.
3. Az egy évig vagy rövidebb ideig követett programok vizsgálatokor, a kombinált programok esetében lehetett megállapítani pozitív összefüggést a beavatkozások és a dohányzási arány csökkenése között (EH -0,38; 95% MT -0,59 – -0,17; p-érték = 0,0004).
4. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok esetében, a társas kompetencia fejlesztésén alapuló tanterv eredményezett dohányzási arány csökkenést (EH -0,04; 95% MT -0,06 – -0,01; p-érték = 0,01; I^2 = 0%).
5. Az egyéves követésnél a fiúk (EH 0,66; 95% MT 0,44 – 0,98; p-érték = 0,04; I^2 = 30%) és lányok (EH 0,69; 95% MT 0,49 – 0,96; p-érték = 0,04; I^2 = 30%) esetében egyformán eredményesek voltak a rászakást megelőző programok.
6. Azon egy évig vagy rövidebb ideig követett programok közül, ahol felnőtt oktató vezette a beavatkozást, a kombinált programok esetében volt mérhető pozitív eredmény (rászakás megelőzés) (EH 0,46; 95% MT 0,26 – 0,84; p-érték = 0,01; I^2 = 0%).
7. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok esetében, a felnőtt oktató által vezetett valamennyi beavatkozás (EH 0,88; 95% MT 0,81 – 0,96; p-érték = 0,002; I^2 = 17%), illetve a társas kompetencia-fejlesztésén alapuló (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; I^2 = 0%) és a kombinált programoknál (EH 0,47; 95% MT 0,26 – 0,84; p-érték = 0,01; I^2 = 0%) volt mérhető a rászakás megelőzése.
8. Érdemes megjegyezni, hogy az egy évnél hosszabb ideig követett programoknál, a társas kompetencia fejlesztésén alapuló

beavatkozás a kábítószer- és alkohol-fogyasztás esetében is eredményes volt (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; $I^2 = 0\%$).

9. A kombinált programnál alkalmazott szupervíziós alkalom eredményes volt az egyéves (EH 0,50; 95% MT 0,26 – 0,96; p-érték = 0,04; $I^2 = 0\%$) és az ezt meghaladó időtartamú (EH 0,51; 95% MT 0,27 – 0,96; p-érték = 0,04; $I^2 = 0\%$) követésnél is. Mindezek alapján javasolt a programokat tantervi menetben tervezni.

Egy 17 vizsgálatot feldolgozó meta-analízis eredményei szerint, a kortárs oktatáson részt vett fiatalok kisebb valószínűséggel dohányoztak (EH 0,78; 95% MT 0,62 – 0,99; p-érték = 0,040) és fogyasztottak alkoholt (EH 0,80; 95% MT 0,65 – 0,99; p-érték = 0,036), mint a kontrollcsoport. Pozitív összefüggés volt megfigyelhető a kannabiszfogyasztás csökkenése esetében is (EH 0,70, 95% MT 0,50 – 0,97, p-érték = 0,034).¹

A viselkedészavarral küzdő gyermekek magas kockázati csoportnak számítanak a szerhasználatot illetően. Esetükben multimodális megközelítést javallott alkalmazni, amely magában foglalja az egészségismeretek átadását, a társas készségfejlesztést, a szülők bevonását és szükség esetén szakemberi segítséget. A viselkedészavarral küzdő gyermekeknél sikeresebb lehet a külön foglalkozások tartása.²

A szakirodalmi adatok és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ 2019. évi függőségmegelőzési pilotprogram tapasztalatai és eredményei alapján egy hatékony — a dohányzásra való rászokás megelőzését is szolgáló — iskolai függőségmegelőző program az alábbi elemekből áll (részletek a 113. oldalon):

1. A gyermek lelki egészségét támogató, társas készségeket fejlesztő tantervbeilleszhető program
 - i) A pedagógusok kommunikációs készségeinek, konfliktuskezelési és stresszkezelési eszköztárának bővítése
 - ii) Kortársoktatók alkalmazása a gyermekek társas készségeinek fejlesztését célzó pozitív kortárshatás érdekében
2. Iskolai egészségnevelés interaktív, játékos, tapasztalati úton történő tudásátadással
 - i) A pedagógus egészségismereteinek

fejlesztése, az egészségneveléshez szükséges ismeretanyagot tartalmazó tudástár biztosítása

- ii) Kortársoktatók alkalmazása a gyermekek egészségismereteinek fejlesztéséért
3. A dohányzásról való leszokás lehetőségeinek biztosítása a fiatalok és az iskola dolgozói számára
4. A szülők és a lakókörnyezet támogatása, tájékoztatása és aktív bevonása az iskolai egészségfejlesztő programokba.

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

A dohányzás káros hatásait egyre inkább tudatosító népegészségügyi tevékenység és a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések eredményeként elsősorban a fejlett, nyugati országokban csökkenő dohányzási kedvet a dohánygyárak az új típusú dohánytermékek, az e-cigaretták és az új füstmentes dohánytermékek kifejlesztésével és bevezetésével is próbálják ellensúlyozni. Az innovációk közé sorolhatók a tasakos tubák, az oldható dohány, az egyedi aromákkal és különböző nikotintartalommal előállított termékek. Az új termékeket új típusú eszközökkel, például internetes reklámokkal népszerűsítik: a füstmentes dohánytermékeket áthidaló megoldásként ajánlják a dohányzók figyelmébe, amelyet olyankor is tudnak használni, amikor nem lehetséges rágyújtani.¹⁴

Az e-cigaretta támogatói azzal érvelnek, hogy használatával azonnal csökken a dohányzásból eredő egészségkárosodás kockázata, míg a leszokás folyamata hosszabb időt vehet igénybe, amely alatt a leszokni kívánó változatlan mennyiségben dohányzik.¹⁵ Ellenérvként azonban felvethető, hogy a kisebb mértékű, de bizonyítottan jelenlévő egészségkárosító hatása mellett az e-cigaretta a fizikai függés mellett a lelki függést is megerősíti a rágyújtás és „cigarettázás” folyamatának napi többszöri ismétlődésével.^{15,16}

Az e-cigaretta-használók esetében rosszabbak a szív- és érrendszer, továbbá a légzőrendszer

működésének paraméterei (vérnyomás, szívfrekvencia, kilélegzett szénmonoxid és nitrogén-monoxid) mint azoknál, akik eddig semmit nem használtak. Mindezek alapján nem valószínű, hogy leszokást támogató eszközként való használata jobb eredményre vezet összehasonlítva az igazoltan hatékony módszerekkel (pl. nikotinpótlók), annál is inkább, mert a tanulmányok szerint az e-cigaretta-használatra áttérő dohányzók többsége hosszú távon alkalmazza az eszközt, számos esetben a hagyományos cigaretta mellett.^{6,15,16}

A füstmentes dohánytermékek speciális — hagyományosan Svédországban előállított — formája, a snüssz. Svédül a „snus” a száj- és orr-üregben alkalmazott dohánytermékek összefoglaló neve, de manapság arra a nedves tubákra vonatkozik, amelyet vágott dohányként vagy teafiltszerű tasakokba töltve, a felső ajak és a fogsor közé illesztve alkalmaznak. Svédországban az 1820-as évek óta gyártják és forgalmazzák, az 1970-es évektől ismét reneszánszát éli. A svéd snüssz gyártási folyamata eltér más füstmentes dohánytermékek előállításától. A snüssz sokkal kevesebb nitritet és dohány-specifikus nitróزامint tartalmaz, mint a nem pasztörizált, fermentált és közvetlen hőlégbefúvással szárított dohányból készült nedves tubák. Jellemző továbbá, hogy a hűtött tárolás során, a snüsszben nem emelkedik a nitrit- és a nitróзамinszint, szemben más nedves tubákkal. Mivel a snüssz

nem tartalmaz közvetlen hőlégbefúvással szárított dohányt, benne alacsonyabb a policiklusos aromás szénhidrogének és az illékony aldehidek szintje, mint a nedves tubákban.¹⁴

A snüssz ártalomcsökkentő termékként való reklámozása azonban nem megalapozott. Helyileg irritációt és érzékenységet, szisztémásan pedig a cigarettaéhoz hasonló mechanizmussal okozhat egészségkárosodást. Nikotintartalma révén a cigarettaéhoz hasonlóan a nikotinfüggőség alakul ki, rendszeres használata esetén tolerancia és a termék elhagyásakor megvonási tünetek jelentkeznek. Növeli a szájüregi nyálkahártya- elváltozások, például a leukoplakiaⁱⁱ, az erythroplakiaⁱⁱⁱ és a verrucosus hyperplasia^{iv} kialakulásának valószínűségét. Az elváltozások különös figyelmet érdemelnek, mert a leukoplakia és az oralis submucosus fibrosis^v rákmegelőző állapotok.¹⁴

A skandináv snüssz esetében, néhány tanulmány emelkedett daganatkeltő kockázatról számolt be, más tanulmányok szerint nem bizonyított a snüssz használat és szájüregi daganatok közötti összefüggés.¹⁴ Fontos azonban megjegyezni, hogy csupán a 2000-es évektől alkalmazzák azt a gyártási technológiát, amelynek hatására alacsonyabb lett a termékek nitróзамin és nehézfém tartalma. A hosszú távú, potenciálisan daganatkeltő hatás kimutatásához pedig, ennél hosszabb behatási időre van szükség.^{14,17}

ⁱⁱ Nyálkahártya laphámjának elszarusodása, melynek következtében fehér foltok jelenhetnek meg az arc belső felén, a nyelven, az ínyen vagy az ajkakon.

ⁱⁱⁱ Viszonylag ritka elváltozás, amely igen nagy arányban válik rosszindulatúvá. A nyálkahártyán letörölhetetlen élénkpiros, bársonyos felszíni elváltozás képében jelentkezik.

^{iv} A szájnyálkahártya ritka felszíni elváltozása, mely szemölcszerű rákos daganattá alakulhat át.

^v A szájüregi rákot megelőző állapot, amelyet a nyálkahártya alatti szövetek gyulladása és progresszív fibrózisa jellemez.

Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet,
Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ (a továbbiakban DLTK)
2019. évi függőségmegelőzési pilotprogram:

A DLTK által koordinált, iskolai szinten zajló függőségmegelőzési pilotprogram 2019. januárban indult el 21 iskolával (Budakörnyéki Önkormányzati Társulás illetékességi területén található 11 iskola, illetve Borsod Abaúj-Zemplén megyében 10 iskola) szoros együttműködésben és 48 pedagógus bevonásával. A program beépült a Budakörnyéki Egészségprogramba (szakmai vezető: dr. Rákosy Zsuzsa, PhD), abból a célból, hogy segítse a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés hatékony megvalósulását.

A program három pilléren nyugszik:

1. A pedagógusok kommunikációs készségeinek, konfliktuskezelési eszköztárának bővítése, valamint a függőséggel kapcsolatos, elsősorban a dohányzásra vonatkozó egészségismereteinek fejlesztése. Az elsajátított készségek hozzájárulnak a pedagógus saját lelki egészségének és kiégés prevenciójának támogatásához is.
2. A pedagógus kommunikációs és konfliktuskezelési mintájának változása közvetve hat a gyermekek lelki egészségének és társas készségeinek fejlődésére. A gyerekek a valós mindennapi élethelyzetekben a tanár viselkedési mintája alapján sajátítanak el új kommunikációs és konfliktuskezelési technikákat.
3. Nem formális oktatási módszerekkel történő, interaktív, élményalapú tudásátadást alkalmaz a dohányzással kapcsolatos iskolai témahét.

A program a résztvevő pedagógusok 88%-át hozzásegítette az osztályon belüli konfliktusok könnyebb/hatékonyabb kezeléséhez; 76%-uk számolt be gyerekek együttműködési képességének javulásáról; 68%-uk mondta, hogy javult/mélyült a kapcsolata a gyerekekkel; 44%-uk tapasztalta, hogy javult az osztályon belüli csoportkohézió; 20%-uk figyelte meg, hogy a módszerek használatával hatékonyabbá vált a tananyag átadása, a gyerekek nyíltabbak lettek és nagyobb biztonságban érzik magukat az iskolai környezetben.

Több pedagógus hangsúlyozta, hogy bár szükség van az iskolában más segítő szakemberek, így a pszichológusok és a pedagógus asszisztensek támogató munkájára, a pedagógusok tudnak a legtöbbet tenni a gyermekek lelki egészségéért. A pedagógusok hivatástudatuk részének érzik a gyermekek lelki egészségével való foglalkozást, felismerve csak akkor várható el, hogy jó legyen a gyermek iskolai teljesítménye, ha lelkileg kiegyensúlyozott.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ MacArthur G, Harrison S, Caldwell D, et al. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016; 111(3): 391–407. doi: [10.1111/add.13224](https://doi.org/10.1111/add.13224)
- ² Turhan A, Onrust SA, Ten Klooster PM, et al. A school-based programme for tobacco and alcohol prevention in special education: effectiveness of the modified “healthy school and drugs” intervention and moderation by school subtype. *Addiction*. 2017; 112(3): 533–543. doi: [10.1111/add.13672](https://doi.org/10.1111/add.13672)
- ³ DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE. (Eds.) *Handbook of adolescent health risk behavior*. Springer Science & Business Media, New York. 2013.
- ⁴ 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(1): 5. doi: [10.1186/s40405-016-0014-z](https://doi.org/10.1186/s40405-016-0014-z)
- ⁵ A Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2019–2020. évi hazai megvalósításáról. Zárótanulmány. Budapest, 2020. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2020-08/01_MIDF_2020_Tanulmany_20200706.pdf (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁶ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019. Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megbízásából a M.Á.S.T. Kft. által végzett felmérés. http://www.leszokastamogatas.hu/wp-content/uploads/2021/03/Osszefog-lalo_Felnott_Dohanyzas_Felmeres_2019_1.4.pdf (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁷ Cavallo, D. A., Kong, G., Ells, D. M., Camenga, D. R., Morean, M. E., & Krishnan-Sarin, S. (2019). Youth generated prevention messages about electronic cigarettes. *Health Educ Res*. 34(2), 247–256. doi: [10.1093/her/cyz001](https://doi.org/10.1093/her/cyz001)
- ⁸ National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) 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 (US). 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/> (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁹ Pénzes M. A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei – Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola. 2016. doi: [10.14753/SE.2017.2250](https://doi.org/10.14753/SE.2017.2250)
- ¹⁰ Jit M, Aveyard P, Barton P, et al. Predicting the life-time benefit of school-based smoking prevention programmes. *Addiction*. 2010; 105(6): 1109–1116. doi: [10.1111/j.1360-0443.2010.02924.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02924.x)
- ¹¹ Eaton DL, Kwan LY, Stratton K. (Eds.). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, & Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems. *Public Health Consequences of E-cigarettes*, National Academies Press (US). 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507171/> (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ¹² Inman DD, van Bakergem KM, Larosa AC, et al. Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *Am J Prev Med*. 2011; 40(2): 207–219. doi: [10.1016/j.amepre.2010.10.031](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.031)
- ¹³ Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 30(4): CD001293. doi: [10.1002/14651858.CD001293.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3)
- ¹⁴ National Cancer Institute and Centers for Disease Control and Prevention: *Smokeless Tobacco and Public Health: A Global Perspective*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 14-7983. 2014.
- ¹⁵ Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*. 2014; 129(12): 1972–1986. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667)
- ¹⁶ Bozier J, Chivers EK, Chapman DG, et al. The Evolving Landscape of e-cigarettes: A systematic review of recent evidence. *Chest*. 2020; 157(5):1362-1390. doi: [10.1016/j.chest.2019.12.042](https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.042)
- ¹⁷ Rutqvist LE, Curvall M, Hassler T, et al. Swedish snus and the GothiaTek® standard. *Harm Reduct J*. 2011; 8: 11. doi: [10.1186/1477-7517-8-11](https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-11)