



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

**GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY
(GYTS)**

Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2008.

MAGYARORSZÁG

ZÁRÓTANULMÁNY

Készítette:

Demjén Tibor
Kiss Judit
Bóti Edina
Lőrík Eszter
Papp Noémi
Dr. Kovács Dorina

**Országos Egészségfejlesztési Intézet
Budapest, 2009.**

Tartalom

I. Bevezetés.....	3
A dohányzás egészségkárosító hatásai.....	6
Iskoláskorúak dohányzási jellemzői	8
Passzív dohányzás.....	8
A dohányzással kapcsolatos hazai szabályozási rendszer	9
A GYTS háttéréről.....	13
A hazai GYTS céljairól.....	13
II. Módszerek.....	15
Mintavétel	15
Súlyozási eljárás.....	16
A kérdőívről.....	16
Adatgyűjtés és adatbevitel	16
Statisztikai elemzés.....	17
III. Az eredmények bemutatása.....	19
A megkérdezettek demográfiai jellemzői	19
Dohányzási jellemzők.....	20
Dohánytermékekhez való hozzáférés	23
Környezeti (passzív) dohányzás	25
Iskolai prevenció.....	28
Média és reklám.....	29
Ismeret és attitűd.....	32
Leszokási jellemzők.....	35
IV. Eredmények összefoglalása.....	38
V. Következtetés és javaslatok.....	43
Felhasznált irodalom	46
Függelék.....	48
Jogszabálygyűjtemény.....	51

I. Bevezetés

Világszerte ismert tény, hogy a dohányzásnak súlyos egészségkárosító hatása van. Ez az egyik vezető megelőzhető halálok a világon, a dohányzók egyharmadának-felének halálát ez a szenvedély okozza: 15 évvel korábban halnak meg ezek a dohányosok, jelentősen növelve ezzel a korai halálozás számarányait. A dohányzás a családokra pénzügyileg - az aktív munkával eltöltött évek kiesése miatt - is komoly terhet ró, az emberi szenvedésről nem is beszélve.

Napjainkban minden 10. halálozás a dohányzással függ össze (World Bank, 1999.). Figyelembe véve, hogy világszerte több mint egy milliárd ember dohányzik – kb. a felnőttek egy negyede – a dohányzás jelenleg több mint ötmillió ember halálát okozza évente, ez hazai viszonylatban hozzávetőlegesen 30 ezer embert érint. Mindemellett a fejlődő országokban a népesség gyarapodásával párhuzamosan, valamint a dohányipari vállalatok agresszív kampányának köszönhetően a dohányfogyasztás is folyamatosan növekszik. Ha a jelenlegi trend tovább folytatódik, 2030-ra a dohányzás okozta halálozások száma évente 8 millió före fog megemelkedni, így becslések szerint ebben az évszázadban a dohányzás kb. egy milliárd ember halálát fogja okozni (WHO, 2008.).

Közismert tény, hogy Magyarország - európai viszonylatban – rendkívül kedvezőtlen pozíciót tölt be a középkorú népesség (a 35 és 70 év közöttiek) morbiditási és mortalitási statisztikáit illetően. A halálozási viszonyok több évtizede tartó, egészen az 1970-es évekre visszanyúló folyamatos rosszabbodásában az életmódi tényezőknek, ezen belül is az egyes kockázati magartásformáknak (alkoholfogyasztás- és drogfogyasztás, dohányzás) kiemelkedő szerepe van (KSH, 2003.). Mint ismeretes, az elmúlt két évtizedben mind a tiltott, mind a legális szerek életprevalencia értékei drasztikus módon emelkedtek hazánkban, különösen a középiskolások szerfogyasztásának vonatkozásában riasztó a helyzet.

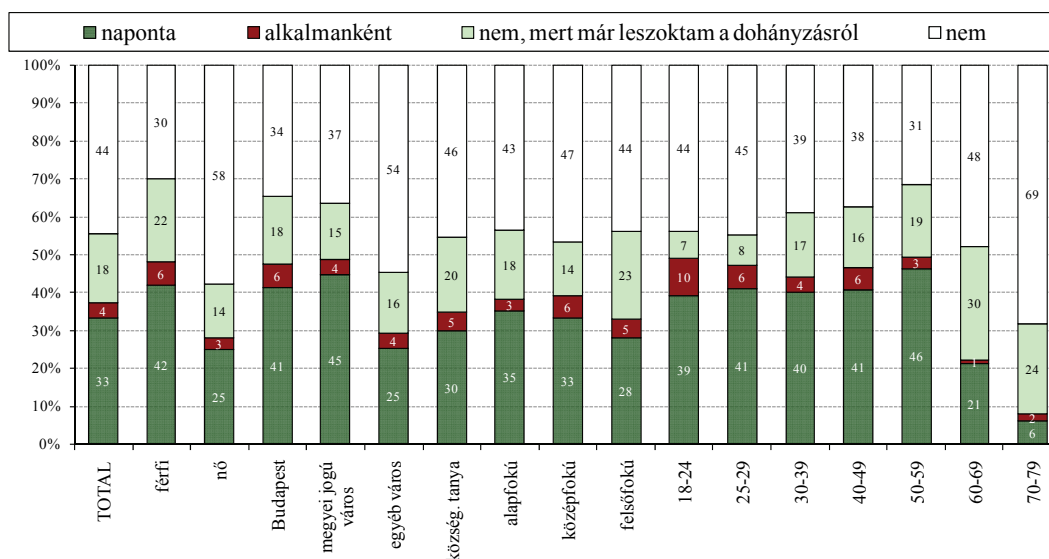
Az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003-as adatfelvétele alapján hazánkban a nők 29%-a, a míg a férfiak 42%-a dohányzott, nagy többségük napi rendszerességgel. A nők tizede, míg a férfiak közel egynegyede erős dohányos, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszívott, hasonlóan a 2000-es adatokhoz. Az egyes korcsoportokat tekintve megfigyelhető, hogy mindkét nemből a fiatalok között a legmagasabb a dohányosok aránya: míg a fiatalok esetében a nők 38%-a és a férfiak 51%-a dohányzott, addig az idősebb korcsoportokban a nők 7%-a, illetve a férfiak 17%-a (OLEF, 2003.).

Egyre korábbra tolódik ki az első rágyújtás, illetve a dohányzás rendszeressé válásának életkora: a 2007-es ESPAD eredményei alapján a 16 éves magyar diákok háromnegyed része legalább egyszer már rágyújtott élete során, míg 31%-uk

rendszeresen dohányzik, mindezzel a vizsgált 35 ország közül Magyarország a lista 13. helyén szerepel (Hibell, 2003.).

Bár az elmúlt évtizedekben a dohányzásspecifikus halandóság nem emelkedett olyan súlyos mértékben, mint az alkoholbetegségek okozta mortalitás (KSH, 2003.), de ezzel együtt is komoly népegészségügyi problémát jelent.

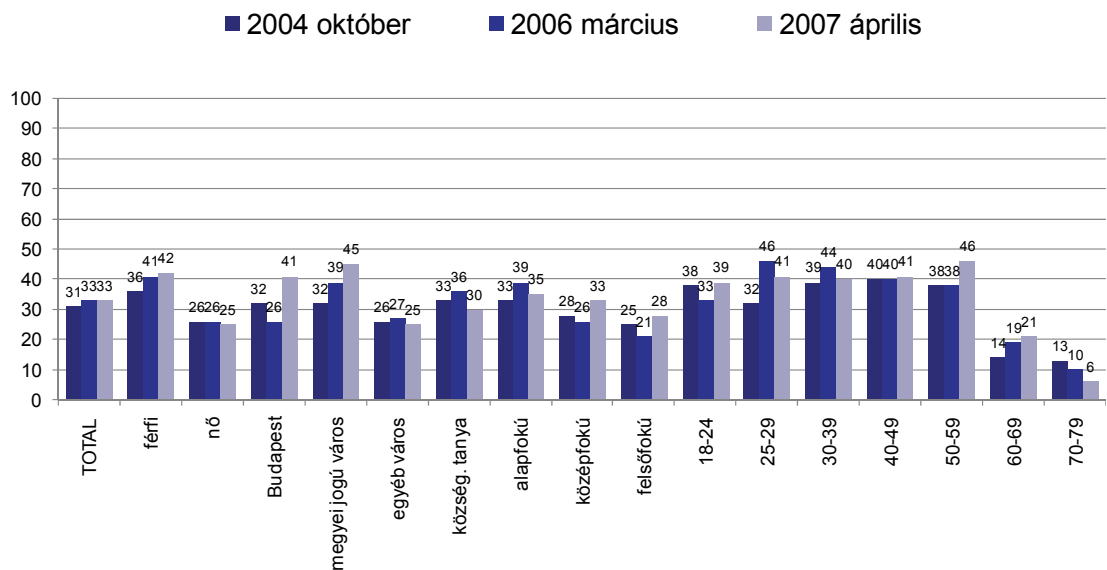
A Magyar Dohányzásmonitor 2007-es eredményei alapján megállapítható, hogy ma Magyarországon a hazai felnőtt korú népesség 33%-a, azaz minden 3. felnőtt dohányzik (1. ábra). Ami a nemek közti különbséget illeti, a nők 28%-a, míg a férfiak 48%-a dohányzik, többségük napi rendszerességgel (nők: 25%, férfiak: 42%). A lakosság 4%-a csak alkalmanként dohányzik, az alkalmi dohányosok legnagyobb arányban a 18-24 évesek körében képviseltetik magukat (10%). Az egy dohányosra jutó elszívott cigaretta mennyisége 2007-ben 16,5 szál/nap volt.



1. ábra

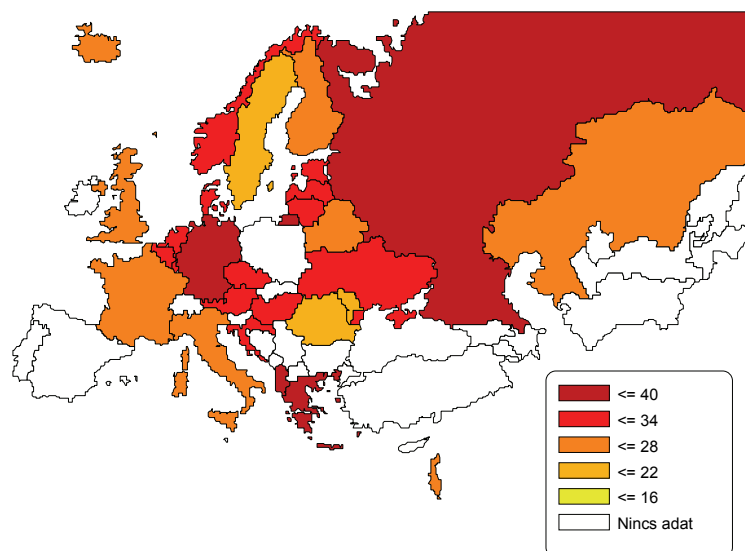
Összefoglaló adatok a dohányzás elterjedtségéről az egyes hazai lakossági csoportokban
(Forrás: ODE - Magyar Gallup Intézet, Magyar Dohányzásmonitor, 2007.)

A naponta dohányzók arányában kismértékű emelkedés tapasztalható (31%-ról 33%-ra), különösen a férfiak (36%-ról 42%-ra) és a fővárosi (32%-ról 41%-ra), valamint megyei jogú városokban élők (32%-ról 45%-ra) esetében 2004. évi és a 2007. évi adatfelvétel alapján kapott eredmények szerint (2. ábra).



2. ábra
Naponta dohányzók aránya a felnőtt népességben 2004-2007. között
 (Forrás: ODE - Magyar Gallup Intézet, Magyar Dohányzásmonitor, 2007.)

Európai összehasonlításban a dohányzás elterjedtsége tekintetében meglehetősen kedvezőtlen pozícióban állunk, ahogyan ezt a 3. ábra mutatja. Különösen kedvezőtlen a helyzet a napi rendszerességgel dohányzó nők vonatkozásában, ahol a 40 vizsgált országot tekintve a 3. helyen állunk.

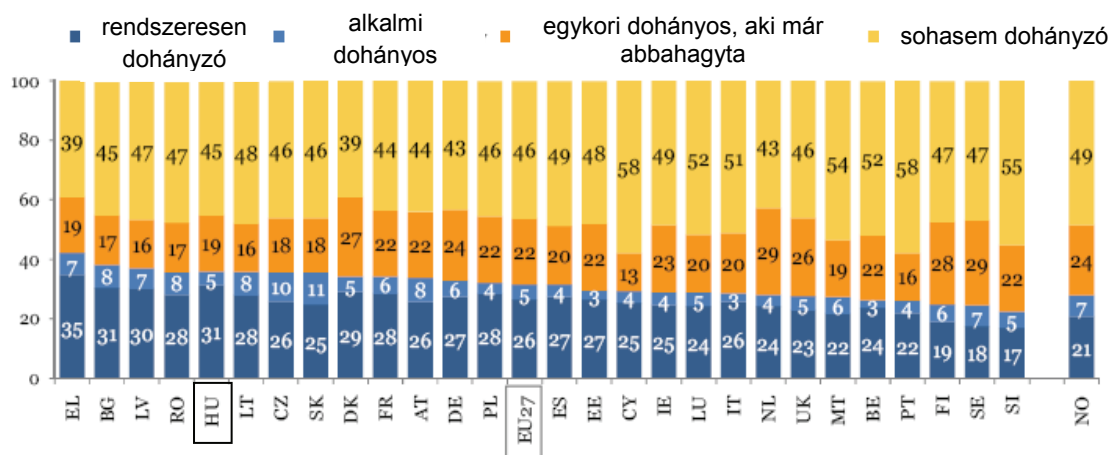


3. ábra
A napi rendszerességgel dohányzók aránya a 15 év feletti európai népességben belül (%)¹

¹ Forrás: WHO-HFA, 2006.

Mindezek alapján napjainkban Magyarországon 10 nőből 2,5, míg 10 férfiből 4, azaz összességében 10 felnőttből 3,3 napi rendszerességgel dohányzik.

A 2009-es Eurobarométer adatai alapján 27 EU-s tagország kérdőíves felmérésével nyert adatok viszonylatában az 5. helyen állunk: a hazai lakosság 36%-a rendszeresen dohányzik illetve alkalmi dohányos, 19% korábban dohányzott, de már leszokott és a megkérdezett válaszadók 45%-a sohasem dohányzott élete során.



4. ábra

A 15 év feletti lakosság dohányzási prevalencia értékei az egyes európai országokban²

A dohányzás egészségkárosító hatásai

Az Egészségügyi Világszervezet (Doll, Peto 1994.) megállapítása szerint minden második rendszeresen dohányzó egyén dohányzása miatt fog meghalni. A dohányosok átlagosan nyolc évvel élnek rövidebb ideig, mint a nemdohányzók. Középkorúaknál bekövetkezett dohányzással összefüggő halálozás esetén ez akár 22 elvesztett életévet is jelenthet (Crofton, 2004.).

A WHO becslése szerint önmagában a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért a dohányzás tehető felelőssé. A halálozások számának emelkedése mellett természetesen a betegségterheket is növelő tényező, hiszen meghatározó szerepet játszik számos betegség kialakulásában (daganatos megbetegedések, szív- és érrendszeri betegségek, egyes krónikus légúti megbetegedések, születési rendellenességek) mind az aktív, mind a passzív dohányosok körében (Englander és tsai, 2001, Sorensen és tsai, 2002.).

A tudományos kutatások eredményei egyértelműen bizonyították, hogy a dohányzásnak oki szerepe van számos halálos betegség kialakulásában (Peto et al, 1992.). Bizonyított, hogy a dohánytermékek használata a 6 vezető halálok kockázati tényezője. Okozhat többek között tüdő-, gége-, vese-, húgyhólyag-, gyomor-,

² Forrás: Eurobarometer, 2009.

vastagbél-, szájüreg-, nyelöcsőrakot, leukémiát, krónikus hörghurutot, COPD-t (krónikus obstruktív légúti betegség), ischaemiás szívbetegséget, szélütést, vetélést, koraszülést, születési rendellenességet, meddőséget. A dohányzás felelős a rosszindulatú daganatok kialakulásának feléért – ezen belül a tüdőrákok 90%-áért – (La Vecchia et al, 2003.), a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) 80%-áért (súlyosbítja az asztmatikus tüneteket is), a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek (pl. szívinfarktus, érelmeszesedés) valamint az agyér-betegségeknek több mint feléért (Bolego, 2002., Yarnell, 1996.).

A dohányzásnak a szexuális funkciókra gyakorolt kedvezőtlen hatása szintén kimutatható. A spermiumok számának csökkenése és a megmaradt életképességének romlása (ennek következményeként pedig csökkent nemzőképesség) észlelhető már a fiatal férfiaknál is (Peugh, 2001.). A véredények sérülése potenciazavarokat okozhat. A dohányzó nők körében gyakoribb a megtermékenyített petesejt beágyazódásának zavara, ill. a beágyazódott zigóta kilökődése (korai spontán vetélés). Mindezekből következően sok meddőségért és gyermektelen házasságért részben a dohányzás is felelőssé tehető (Mackay, 2003.). A méh és a méhlepény vérkeringésének romlása és a vér alacsony oxigéntartalma a dohányzó anyák magzatainál a fejlődés elmaradását eredményezheti. Ennek következményeként megnő annak a kockázata, hogy az újszülött éretlen és/vagy sérült lesz. A terhesség alatti dohányzás okozhat továbbá koraszülést, alacsony születési súlyt, de szélsőséges esetben fejlődési rendellenességet, pl. végtaghiányt is (Kaminski, 1997.).

Magyarországon a dohányzással összefüggő halálesetek számát legutóbb 2006 szeptemberében a GKI Gazdaságkutató Zrt becsülte meg, felhasználva az egyes betegségtípusok esetén a nemzetközi irodalomban fellelhető, dohányzásra vonatkozó kockázati valószínűségeket. Aktív dohányzásának tulajdoníthatóan majdnem 23 ezer ember halt meg 2004-ben, közel 20 ezer férfi és közel 2300 nő. Férfiaknál a 35 év feletti korosztályban az összes halálesetek közel egyharmada a dohányzásnak tulajdonítható (Szilágyi, 2007.). 2004-ben férfiaknál 45 ezer, nőknél majdnem tízezer ápolási eset (kórházi kezelést igénylő) volt a dohányzásnak tulajdonítható. Ezek a 35 év feletti népességben az összes ápolási esetek 2,3-2,4%-át tették ki. Leggyakrabban szív- és érrendszeri betegségek, illetve idült hörghurut miatt került sor kórházi felvételre. Az összes rokkantossági esetek 16%-a (férfiaknál 25-26%, nőknél 3,3%) volt a dohányzásnak tulajdonítható 2004-ben, ami 5200 új rokkant férfit és 500 rokkant nőt jelent.

Különösen drámai, hogy a jelenlegi törvényi szabályozás mellett mekkora passzív dohányzás okozta betegségteherrel kell az országnak szembenéznie: 2004-ben majdnem 25 ezer ápolási eset volt a passzív dohányzásnak – döntően az otthon elszennvedett passzív dohányzásnak – tulajdonítható. Ezek közül 11 ezer olyan személyek ápolását jelentette, akik ők maguk sohasem dohányoztak. A három leggyakoribb passzív dohányzásnak tulajdonítható megbetegedés az agyvérzés

(stroke), a tüdőrák és a szívinfarktus, melyek 10 ezer, 5300, illetve 3600 ápolási esetet jelentettek 2004-ben.

A dohányzás erős függőséget alakít ki a dohányosok többségében: nagy részük szeretne leszokni a dohányzástól, de többségük függősége miatt képtelen erre. Cigaretta és más dohánytermékek fogyasztásakor a függőséget okozó nikotin a füst belégzése után gyorsan eljut az agyba, körülbelül olyan határfokkal, mintha intravénásan jutatták volna be a szervezetbe.

A fenti megállapítások is igazolják, hogy a dohányzás a korai halálozás egyik jelentős oka. Így Magyarországon a dohányzás elleni küzdelem alapvető fontosságú a dohánytermékek fogyasztásának sokkoló gyakorisága és annak következményei miatt egyaránt.

Iskoláskorúak dohányzási jellemzői

A dohányosok nagy többsége jóval 18 éves kora előtt próbált ki valamilyen dohányterméket. Ha ez a tendencia tovább folytatódik, akkor becslések szerint az egész életen át tartó dohányzás 250 millió ma élő gyermek halálát fogja okozni, főleg a fejlődő országokban. A fiatalok dohánytermék-fogyasztásának felügyelete számos országban megmutatta, hogy ez a probléma a fejlődő és fejlett országokban egyaránt jelentős.

Az előző hazai GYTS 2003. évi statisztikái alapján (Németh, 2003.) a 13-16 éves diákok 70,7%-a már kipróbálta a cigarettázást és 17,7%-uk ezt még 10 éves kora előtt megtette. A tanulónak mintegy harmada (33,5%) a megkérdezés időpontjában is dohányzott (az elmúlt hónapban legalább egyszer rágyújtott). A kutatás eredményei is kimutatták, hogy a nemek közötti különbségek gyakorlatilag megszűntek a dohányzási jellemzők tekintetében (a fiúk:31,1%-a, a lányok: 32,7%-a dohányzott a kérdezés időpontjában). Sok nyugati országban a lányok dohányzási gyakorisága meghaladja a fiúkét. Ezt a GYTS 2008. évi adatfelvételének eredményei hazai viszonylatban is igazolták (ld. 19. o. Dohányzási jellemzők).

Passzív dohányzás

Nemcsak a dohányzók szenvednek a káros következményektől: nem tekinthetünk el a passzív dohányzás hatásaitól sem. A passzív dohányzás (környezeti dohányfüst) káros hatásai szintén közismertek (US EPA, 1992., Gonzalez, 2003.). Tudományos bizonyítékok támasztják alá, hogy nincs a környezeti dohányfüstnek biztonságos szintje. Felnőtteknél, gyermekeknél, sőt háziállatokban egyaránt betegségeket okoz a környezeti dohányfüstnek való kitettség. A dohányzás okozta korai artalmak - amelyek már a fiatal dohányosokat is érintik - kevésbé ismertek. A szív

teljesítőképessége már néhány hónappal a dohányzás elkezdése után romlani kezd (Berenson, 1998.).

Egyértelmű bizonyítékok állnak rendelkezésre, hogy a 100%-osan dohányfüstmentes környezet kialakítása az egyetlen hatékony módja annak, hogy az embereket megvédjük a passzív dohányzás ártalmaitól³. A passzív dohányzásnak gyerekekre gyakorolt káros hatásai közül néhányat kiemelve említhetjük a légzőszervi megbetegedéseket, az asztmát, a tüdőkapacitás visszamaradt fejlődését és a középfülgyulladást. Figyelembe véve tehát a dohányzás addiktív hatását, nem becsülhetjük alá a megelőzés fontosságát.

A dohányzással kapcsolatos hazai szabályozási rendszer

Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye szerint tudományos bizonyítékok egyértelműen megállapították, hogy a dohányzás és a dohányfüst-expozíció halált, betegséget és rokkantságot okoz. Az egészségi következményeken túl azonban a dohányfogyasztásnak, illetve a dohányfüst-expozíciónak társadalmi, gazdasági és környezeti következményei is jelentősek.

Az Európai Bizottság a jövőbeni további szabályozás sikeres megtervezése és bevezetése érdekében "Dohányfüstmentes Európáért: Az Európai Unió politikai lehetőségei" címmel szakmai háttéranyagot, úgynevezett 'Zöld Könyvet' bocsátott az uniós intézmények, a tagállamok, a civil szféra rendelkezésére⁴. A dokumentum részletesen ismerteti a passzív dohányzás egészségkárosító hatásait, a dohányfüsttel összefüggésbe hozható gazdasági károkat.

Az Európai Parlament - 2007. októberében elfogadott állásfoglalása szerint - egyértelmű törekvése szigorú intézkedések elfogadása a dohányzás visszaszorítása érdekében. Teljes dohányzási tilalom elrendelése a cél minden zárt munkahelyen, beleértve a vendéglátóipart, az összes középületet és közlekedési eszközt az Európai Unión belül.

Hazánkban a nemdohányzók védelmét és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályait a 1999. évi XLII. törvény szabályozza. A törvény nem tartalmaz teljes körű dohányzási tilalmat a zárt nyilvános helyeken. A nemdohányzók egészségvédelmét főszabályként azzal biztosítja, hogy a dohányzási korlátozással érintett helyiségekben (így közforgalmú intézménynek a szolgáltatást igénybevevők számára nyitva álló zárt légtérű helyiségeiben, tömegközlekedési eszközön, zárt térben megtartott rendezvényen, munkahelyen) csak az arra kijelölt helyeken engedi meg a dohányzást. Ezen általános szabálytól eltérően az életkoruknál, egészségi állapotuknál vagy az igénybevett szolgáltatás jellegénél fogva

³ http://health21.hungary.globalink.org/HIRLEVEL/majus_2_2007.html

⁴Elérhetősége: http://www.oefi.hu/zold_konyv_gp_smoke_hu.pdf

különös védelmet igénylő személyek érdekében egyes helyeken a törvény a dohányzóhelyek kijelölésének tilalmával teljesen megtiltotta a dohányzást. A dohányzással, a dohányzóhely kijelölésével összefüggő korlátozást, illetve kötelezettséget megszegő természetes vagy jogi személy, valamint jogi személyiség nélküli gazdasági társaság egészségvédelmi bírság, illetve fogyasztóvédelmi bírság megfizetésére köteles.

– ***Dohányzási tilalom***

A legfiatalabb és egyben legsérülékenyebb korosztály védelme érdekében az óvodákban és a gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben (bölcsőde, családi napközi, átmeneti otthon, stb.) a dohányzással szemben a nulla tolerancia elvét érvényesítve teljes dohányzási tilalmat rendel el (2.§ (2). bek). A védelmi szint emelésével az iskolás korcsoport alatti, a dohányzás káros hatásaival szemben legérzékenyebb gyermekek állami szerepvállalással megvalósuló rendszeres elhelyezése csak olyan intézményekben történhet, ahol nem lehet dohányozni.

– ***Kiskorúak védelme***

A dohánytermékek forgalomba hozatalával kapcsolatban az 1999. évi XLII. törvény korlátozza a dohánytermékek árusításának helyét és a fiatalkorúak védelme érdekében, tiltja 18. évet be nem töltött személyek számára dohánytermék árusítását. A 18. életévüket be nem töltött vásárlók érdekeinek védelmében született jogszabályi előírások betartásának ellenőrzése a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség hatáskörébe tartozik.

A szankciók kilátásba helyezésének ellenére a jogszabályi korlátozás a gyakorlatban nem nyújt kellő biztonságot a fiatalkorúak dohánytermékhez való hozzájutásának megakadályozásában. Az érintett hatóságok (illetékes megyei (fővárosi) fogyasztóvédelmi felügyelőség) által lefolytatott ellenőrzések tapasztalatai alapján a dohánytermékek kiszolgálása és értékesítése a 18. életévüket be nem töltött személyek részére az élelmiszer-kiskereskedelemben és a vendéglátásban egyaránt kimutatható.

– ***Megelőzés***

A nemdohányzók védelme mellett a dohányzás visszaszorítás másik nélkülözhetetlen eleme a megelőzés. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a dohányzás megelőzési programoknak a már egészen fiatal gyermekeknél történő alkalmazása – az egészséges életmódra nevelés alapvető részeként - kiemelt jelentőségű.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (FCTC) szintetizálja a haladó nemzetközi gyakorlatot, illetve a részes felek által közösen kidolgozott irányelvek segítségével útmutatást ad az országoknak abban, hogy milyen elemei kell legyenek egy átfogó nemzeti dohányzásellenes stratégiának. Magyarország az elsők között, 2003. júniusában írta alá az egyezményt és a Magyar Országgyűlés a 2005. évi III. törvénnyel hirdette ki.

A részes felek második konferenciája elsőként fogadta el a Dohányfüst-expozíció elleni védelemre (FCTC 8. cikk) vonatkozó, korábban kidolgozott irányelv javaslatot. Az így létrejött irányelv a tagállamokat segíti a 8. cikkben meghatározott kötelezettségük teljesítésében. Meghatározza a 8. cikk végrehajtása során figyelembe veendő elveket, a hatékony szabályozás hatályát, a végrehajtásra, az intézkedések monitorozására és értékelésére vonatkozó előírásokat, illetve mintaszabályozásokra vonatkozó referenciákat is tartalmaz.

A 8. cikk kimondja, hogy hatáson intézkedéseket kell elfogadni annak érdekében, hogy az embereket megvédjék a dohányfüst-expozíciótól (1) zárt munkahelyeken, (2) zártközterületeken, (3) tömegközlekedési eszközökön, és (4) „adott esetben”, „egyéb közterületeken”. Ez a cikk előírja az egyetemes védelem oly módon történő biztosításának kötelezettségét, hogy minden zárt légtérű közterület, minden zárt légtérű munkahely, minden közlekedési eszköz és lehetőség szerint az egyéb (szabadtéri vagy kvázi szabadtéri) közterületek mentesek legyenek a másodlagos dohányfüsttől. Semmilyen kivétel sem indokolt egészségi vagy jogi érvek alapján.

A tervezet hangsúlyozza a nyilvánosság tájékoztatásának, információs kampányok indításának szükségességét a dohányfüstnek kitettség kockázataira vonatkozóan. A hatékony szabályozásnak a létesítményekre és magánszemélyekre vonatkozó kötelezettségeket kell tartalmazni, amelyek be nem tartása esetén a jogszabályban részletezett pénzbeli és adminisztratív büntetést kell kilátásba helyezni. A hatékony szabályozásnak meg kell határoznia a végrehajtásáért felelős hatóságokat is.

Nemzeti dohányzás-ellenes akcióterv, specifikus dohányzással kapcsolatos kormánypolitika, a dohányzás elkezdésének megelőzését és a nemdohányzók védelmét célzó intézkedések, civil szervezések a dohányzás terjedése és visszaszorítása ellen már léteznek. Hazánk minden évben megtartja a Dohányzásmentes Világnapot és felállítottak már egy országos szervezetet is a dohányzás problémájának leküzdésére (Dohányzás vagy Egészség Magyar Alapítvány). A 46/2003. (IV.16.) OGY határozat által kihirdetett Nemzeti Népegészségügyi Program kiemelt prioritása az elsődleges megelőzés, amely a dohányzás visszaszorítása területén elsősorban a dohányzásellenes programok folytatását, erősítését jelenti. A dohányzás megelőzési programok egyik legfontosabb célja, hogy olyan véleményformáló élmények érjék a gyermekeket, melyek hatására minél kevesebb eséllyel próbálják ki a cigarettázást, illetve szoknak rá a dohányzásra. Szintén kiemelt cél a passzív dohányzással eltöltött idő csökkentése oly módon, hogy a gyermekek képessé váljanak a számukra káros dohányfüst felismerésére és hogy aktívan védekezzenek ellene.

Ezt a célt szolgálja az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Megelőzési Óvodai és Iskolai Programja, amelynek főbb területei a véleményformálás, a gyermekek életkori sajátosságainak megfelelő információk átadása - játékos

formában - a dohányzás egészségkárosító hatásairól, illetve a passzív dohányzás kényszere elleni tudatos és aktív fellepés kialakítása (Demjén, 2004.).



Mindemellett a dohányzásról leszokni kívánók számára ma már a segítségnyújtás számos formája elérhető: az ország 117 településén működik tanácsadás, ahol a páciensek szakszerű tanácsokat és segítséget kaphatnak. Gyógyszeres segítség szintén igénybe vehető a rendeléseken részt vevő páciensek számára.

– *Reklámozás, promóció*

Magyarországon a gazdasági reklámtevékenységről szóló 2001. évi I. törvénnyel módosított 1997. évi LVIII. törvény tiltja a dohányáru reklámját, egyidejűleg azonban kivételeket fogalmaz meg az általános tilalom alól, melyek közül dohányáru eladási helyén való bemutatása és árfeltüntetése kiaknázható részt hagyott a dohányipari cégek számára. A rádiózásról és a televíziózásról szóló 1996. évi I. törvény azonban kivételt nem engedve tiltja dohányárut népszerűsítő, ismertető reklám közzétételét.

A GYTS háttéréről

1998. decemberében, a WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (World Health Organization's Tobacco Free Initiative (WHO TFI)) és az USA-beli Betegségmegelőzési Központ Dohányzás és Egészség Irodája (Centers for Disease Control and Prevention's Office on Smoking and Health (CDC OSH)) találkozót tartott annak érdekében, hogy megvitassák a serdülők és felnőttek dohánytermékek fogyasztásával kapcsolatos adatai gyűjtésének szükségességét.

A megbeszélésen a WHO-n és a CDC-n kívül részt vettek más nemzetközi ügynökségek, mint az UNICEF, a Világbank, illetve a WHO mind a hat régiójából legalább egy ország képviselője. A találkozón több pontban is konszenzusra jutottak:

1. Nem léteztek egységes nemzetközi felmérések, mintavételi módszerek és adatelemzések, sem a felnőttek, sem a gyerekek vonatkozásában. Sok - elsősorban fejlett - országnak volt már ugyan megfelelő felügyeleti rendszere a felnőttek adataira vonatkozóan [ld. Nemzeti Dohányzás Ellenőrzési Jelentések, I. és II. kötet (Tobacco Control Country Profiles, Volumes I and II)], és néhány országban voltak rendszerek a serdülők adatainak gyűjtésére vonatkozóan (pl. Ausztrália, Kanada, Thaiföld, USA), de csak nagyon kevés nemzetközi rendszer létezett, többségük Nyugat-Európában [pl. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD)].
2. Serdülőkre vonatkozó nemzetközi adatok elsődleges prioritást élveztek. A WHO és a CDC kötelezettséget vállalt arra, hogy támogatja a Globális Dohányzás Felügyeleti Rendszer [Global Tobacco Surveillance System (GTSS)] kifejlesztését és a rendszer első alkotóelemének, a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérésnek az elindítását (GYTS).
3. A GTSS felmérésnek tartalmaznia kell egy „törzs” kérdéscsoportot (ország-specifikus kérdéseket is magába foglalva, ahol szükséges), azonos mintavételezési módszertant, illetve egységes folyamatokat és adatkezelést.

Kevesebb, mint egy évtized alatt a GTSS az egyik vezető közegészségügyi felügyeleti rendszerré vált, amely a dohányzásellenőrzés szempontjából fontos indikátorokról szolgáltat adatokat. Remélhetőleg ez a kiegészítés fontos mérföldkő egy dohányzáshasználatot monitorozó globális rendszer igényének felismerése és átfogó dohányzás ellenőrzési programok kifejlesztése, bevezetése és értékelése között.

A hazai GYTS céljairól

A WHO, a CDC és az UNICEF 1998-ban indította útjára ezt a világméretű projektet, melynek célja a fiatalok dohányzási szokásaira irányuló információgyűjtés. 2002-ig 97 országban (köztük 6 európai államban) történt felmérés. Magyarország 6 másik közép-kelet-európai országgal együtt 2002-ben csatlakozott a nemzetközi kutatáshoz.

A GYTS olyan lehetőséget kínál, amelynek segítségével a résztvevő országok monitorozhatják a 13-15 éves fiatalok dohányzási szokásait, ugyanakkor a dohányzás-prevenációs és dohányzásellenes programok kivitelezéséhez és értékeléséhez is segítséget nyújt. Célja, hogy felmérje és segítse a fiatalok dohányzással kapcsolatos ismereteinek, attitűdjeinek, viselkedésének és ezek egészségre gyakorolt hatásának megértését. Mindezekben belül a leszokásnak, a passzív dohányzásnak, a média és a reklámozás szerepének, a kiskorúak dohánytermékhez jutásának és az iskolai nevelési tervnek is figyelmet szentel.

A GYTS a következő témakörök köré csoportosítja kérdéseit:

- A dohányzás prevalencia szintjének meghatározása
- A dohányzás jellemző kezdeti életkorának megállapítása
- A potenciális dohányzók arányának becslése
- Annak meghatározása, hogy milyen gyakorisággal találkoznak a fiatalok a dohányzás reklámozásával
- Azoknak a köztes tényezőknek az azonosítása (pl. dohányzással kapcsolatos attitűdök, hiedelmek, viselkedési normák), amelyek ismerete segíthet a prevenációs programok kidolgozásában és kivitelezésében
- Annak felmérése, hogy a fő prevenációs kezdeményezések elérik-e az iskolás korosztályt, és ha igen, mi a véleménye ennek a korosztálynak ezekről a programokról.

II. Módszerek

Mintavétel

A „Nemzetközi ifjúsági dohányzásfelmérés” 2008. évi magyarországi adatfelvétele iskola-alapú felmérés volt – a 2003. évi felméréshez hasonlóan -, amelynek során kétlépcsős mintavételi eljárást alkalmaztunk, annak érdekében, hogy országosan reprezentatív mintát kapjunk a 7-9. évfolyamokra vetítve. Azokban az osztályokban végeztük tehát a felmérést, ahová a felmérés nemzetközi célcsoportja: a 13-15 éves korosztály zöme jár. A 2003. évi hazai GYTS adatfelvétel során a 10. évfolyamon tanuló diákok is megkérdezésre kerültek, amely jelentős mértékben növelte a mintába kerültek átlagéletkorát. Így a statisztikai munkáért felelős CDC módszertani megfontolásai alapján a 2008. évi adatfelvételbe a 10. évfolyamos diákokat már nem vontuk be.

Az első mintavételi lépcsőben minden olyan iskolát figyelembe vettünk, ahol a 7-9. évfolyamok bármelyikén folyik oktatás, és amelybe legalább 40 tanuló jár. Az iskolákat a beiratkozottak száma alapján kapott valószínűségi arányszámok segítségével választottuk ki. A második lépcsőben a kiválasztott iskolákon belül az osztályokat szisztematikus valószínűségi mintavétellel (véletlenszerű kezdéssel) választottuk ki. A mintavételnél minden 7-9. évfolyamú osztályt figyelembe vettünk az egyes mintába került iskolákban. A kiválasztott osztályokban minden tanuló részt vehetett a felmérésben.

A mintavételezés során regionális rétegzést is alkalmaztunk: 20-20 budapesti és egyéb városi iskola, valamint 27 falusi iskola tanulói kerültek be a kiválasztott mintába, azaz összesen 67 iskola. A 67 iskolából 5 nem adta meg az engedélyt a lekérdezésre, így összesen 62 iskola (a minta 92,5%-a) 3861 diákja (a minta 88,2%-a) töltötte ki a kérdőívet. Az összesített válaszarányok az alábbi táblázatban láthatók:

	Összes iskola		Budapest		Egyéb városok		Falvak	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Iskolák (%)	98,5	92,5	95	80,0	100	95,0	100	100,0
Iskolák (N)	66	62	19	16	20	19	27	27
Tanulók (%)	87,2	88,2	86,7	84,9	86,4	91,0	88,8	88,7
Tanulók (N)	4484	3.861	1384	1.165	1638	1.200	1462	1.496

1. táblázat

A kiválasztott mintába bekerült iskolák és tanulók válaszolási arányai

Súlyozási eljárás

Az eredmények számításánál súlyozást alkalmaztunk. Az eljárás csökkentette a minta torzítottságát azáltal, hogy ellensúlyozta a nem válaszolók okozta arányeltolódásokat. E súlyozási eljárás lehetővé teszi, hogy a kutatásunkból levonható következtetéseket helytállóan tekinthessük a teljes magyarországi 13-15. éves korú lakosságra.

A becsléshez használt súlyt a következő képlet adja:

$$W = W1 * W2 * f1 * f2 * f3 * f4$$

W1 = az iskola kiválasztási valószínűségének inverze

W2 = az iskolán belül az osztály kiválasztási valószínűségének inverze

f1 = iskolai szintű válaszhány korrekciós tényezője, az iskola méret kategóriája alapján számítva.

f2= osztály szintű korrekciós tényező, iskolánként számítva

f3 = tanulói szintű válaszhány korrekciós tényezője, osztályonként számítva

A súlyozott eredményekből fontos következtetések vonhatók le a 7., 8., és 9. osztályos tanulók dohányzással kapcsolatos kockázati viselkedéséről.

A kérdőívről

Kérdőívünk két fő részből állt: a 89 törzskérdést tartalmazó nemzetközi részből (amelyet kifejezetten az európai országok számára fejlesztettek ki) és a 10 kérdésből álló választható részből, amely néhány, a dohányzással összefüggést mutató háttértényezőre vonatkozik. A törzskérdések hét témakörre fókuszálnak:

- prevalencia, dohányzási szokások
- kiskorúak dohánytermékekhez való hozzáférési lehetősége
- dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök
- környezeti dohányfüst (passzív dohányzás)
- dohányzásról való leszokás
- médiaüzenetek és reklámozás
- dohányzás prevenció az oktatásban

A kérdőívet angol nyelvről magyarra fordítottuk, majd egy független visszafordítás és ellenőrzés történt a nyelvi pontosság biztosítása érdekében. A kérdőívet egy 200 fős pilotvizsgálat eredményei alapján tovább pontosítottuk.

Adatgyűjtés és adatbevitel

A felmérés kivitelezését az Országos Egészségfejlesztési Intézet koordinálta a Medián Közvéleménykutató és Piackutató Intézet közreműködésével. Az adatfelvételt megelőzően a kiválasztott iskolák igazgatói felkérő levelet kaptak, hogy támogassák

és segítsék a felmérést. A levél tartalmazott egy rövid ismertetést a kutatás céljairól és menetéről - hangsúlyozva az adatgyűjtés és -feldolgozás során szem előtt tartott titoktartást (önkéntes és anonim részvétel). A kérdézet megelőzően kiküldtünk egy tájékoztató levelet a mintába került gyerekek szülei számára a kutatás céljairól és módszeréről – a szülői beleegyezés elnyerése érdekében. Természetesen a szülők és a gyermekek számára egyaránt adott volt a lehetőség a kutatásban való részvétel visszautasítására, amelyet a tájékoztató levélben is közöltünk.

Az adatgyűjtést végző Medián kérdezőbiztosai félnapos felkészítésen vettek részt. Emellett írásos útmutatót is kaptak, amelyhez melléeltünk minden dokumentumot, ami a munka elvégzéséhez szükséges volt. Az adatfelvétel az iskolák osztálytermeiben zajlott, anonim önkitöltős kérdőívek segítségével, kérdezőbiztos felügyelet mellett: a kérdezőbiztosok minden esetben megkérték a pedagógusokat a tanterem elhagyására, a kutatási eredmények validitásának fokozása érdekében. A tanulók válaszaikat külön válaszlapon rögzítették, speciális - általunk vitt, majd ajándékba adott - ceruzákkal. A kitöltés befejezését követően minden tanulót megajándékoztunk az Intézet dohányzás prevenciós tevékenységeihez kapcsolódó szóróanyagokkal (www.cikiacigi.hu, valamint www.leteszemacigit.hu feliratú hűtőmágnes, a cseresznyeszimbólumot megjelenítő matrica és puzzle).

Az adatgyűjtés 2008. február-március között zajlott le. A kérdezőbiztosok a felmérés minden dokumentumát közvetlenül az Országos Egészségfejlesztési Intézethez juttatták el. A kitöltött scannelhető válaszlapokat és a többi kapcsolódó dokumentumot postai úton eljuttattuk a CDC-hez. A scanneléses adatbevitel és az adatfile-szerkesztés a CDC-ben történt, az adatok elemzését és a kutatás zárójelentését Intézetünk munkatársai végezték.

Statisztikai elemzés

A komplex mintavételezési és súlyozási eljárást, a gyakorisági-becsléseket és a standard hibák számítását Epi Info és SUDAAN elnevezésű statisztikai software csomaggal a CDC-ben végezték el. Az adatok hazai elemzését SPSS 15.0-ás statisztikai programcsomaggal végeztük.

Ebben a jelentésben a százalékos gyakorisági-becsléseket adjuk meg a 95%-os megbízhatósági intervallumokkal (CI), a 2003-ban és 2008-ban felvett a magyarországi GYTS eredmények összevetésével. Az **Eredmények** fejezet szöveges részében a statisztikailag szignifikáns különbségeket vastagon kiemelve közöljük. A statisztikai különbség meghatározása a 95%-os konfidencia intervallumok összehasonlításával történik.

A fentiek mellett kutatási eredményeink közül a dohányzás prevalencia értékeire vonatkozó adatokat szeretnénk összevetni a nemzetközi standardoknak megfelelően lefolytatott és feldolgozott hazai HBSC és ESPAD kutatások releváns adataival, rávilágítva a párhuzamokra és eltérésekre egyaránt, mindezt természetesen az egyes

kutatások eltérő mintavételi és módszertani jellemzőinek figyelembevételével. Kutatási hipotézisünk szerint nincsenek jelentős különbségek az egyes országos vizsgálati eredmények és az általunk kiválasztott minta eredményei között a különböző prevalencia értékeket illetően.

III. Az eredmények bemutatása

A megkérdezettek demográfiai jellemzői

A válaszadók 50,5%-a fiú, 49,5%-uk lány, többségében (70%) – a kutatás kiválasztott életkori csoportjainak megfelelően - 13-15 év közöttiek, zömmel az általános iskola 7-9. osztályába járnak (a 13 év alattiak aránya 4,8%, míg a 15 év felettiak aránya 12,2% volt a mintában).

Iskolatípus	%
Általános iskola	53,6
Szaktanácsképző	10,9
Szakközépiskola	20,1
Gimnázium	14,8
Egyéb	0,6

2. táblázat

A válaszadó tanulók megoszlása iskolatípus alapján (%)

A válaszadók 73%-ának mindkét szülője dolgozik, csupán 3,4% nyilatkozta azt, hogy a szülei munkanélküliek. Ami a szülők iskolai végzettségét illeti, többségében középiskolai végzettséggel rendelkeznek, az édesapák 18,3%-a felsőfokú végzettségű, az anyák esetében ez az arány 23,2%. Minden tizedik válaszadónak csak általános iskolai végzettséggel rendelkezik valamelyik szülője.

A tanulók 39,1%-a szeretné folytatni tanulmányait a felsőoktatásban, 17,3%-uk szakmát szeretne tanulni az általános iskola befejezése után, míg 15,5%-uk dolgozni szeretne. Minden tizedik megkérdezett vélte úgy, hogy tanulni és dolgozni is fog egyszerre a középiskola befejezése után. Ami a nemek szerinti különbséget illeti, a lányok (42,25-ban) inkább gondolják azt, hogy továbbtanulnak a középiskola után, mint a fiúk (36%), illetve a fiúk (19,6%) inkább szeretnék dolgozni – továbbtanulás helyett - az iskola befejezése után, mint a lányok (11,2%), a különbség gyengén szignifikáns ($p < 0,001$; $\phi = 0,126$). Különbségek mutatkoztak ebben a kérdésben regionálisan is: a fővárosi gyerekek körében 43% azok aránya, akik tovább szeretnék tanulni, míg ugyanez az arány 28,4% a vidéki tanulók körében, a különbség gyengén szignifikáns ($p < 0,001$; $\phi = 0,134$).

Dohányzási jellemzők

A dohányzás kipróbálása kapcsán elmondható, hogy 10-ből csaknem 6 tanuló (57.9%) kipróbálta már a cigarettát élete során (fiúk: 56,5%, lányok: 58,4%), ezen belül a valaha dohányzóknak 18%-a 10 éves kora előtt szívta el az első slukkot. Hozzávetőlegesen a tanulók egynegyede (23.2%) jelenleg is cigarettázik (azaz dohányzott az elmúlt 30 napban), etekintetben nincs különbség a két nem között, bár riasztó az adat miszerint a jelenleg dohányzó lányok aránya magasabb, mint a fiúké. Jelenleg más dohányterméket (szivar, mini szivar, szivarka, pipa, víz pipa, rágódohány, tubák) fogyaszt 13.8%-uk, a fiúk csekély mértékben, de szignifikánsan nagyobb arányban, mint a lányok (16.8% és 10.4%).

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Valaha kipróbálta már a dohányzást	65.8 (61.8-69.7)	67.1 (62.8-71.1)	64.2 (58.7-69.3)	57.9 (52.8-62.9)	56.5 (50.2-62.6)	58.4 (54.1- 62.7)
Azok aránya a kipróbálókon belül, akik 10 éves koruk előtt próbálták ki a dohányzást	19.9 (16.4-23.9)	23.1 (19.3-27.3)	17.0 (13.0-21.8)	18.0 (15.8-20.3)	19.7 (16.1-23.9)	15.7 (12.3 - 19.8)
Jelenleg cigarettázik	27.2 (24.6-30.1)	26.7 (22.7-31.2)	26.8 (22.9-31.2)	23.2 (19.2-27.7)	21.5 (16.6-27.4)	23.6 (19.4 - 28.3)
Egyéb dohányterméket fogyaszt	5.5 (4.2 - 7.1)	8.2 (6.0 - 11.0)	3.0 (2.3 - 3.9)	13.8 (11.4-16.5)	16.8 (13.2-21.0)	10.4 (8.0 - 13.3)
Szívott pipát az elmúlt 30 napban	1.3 (0.8-2.1)	1.4 (0.7-2.7)	1.1 (0.6-2.0)	NA	NA	NA
Szívott pipát / víz pipát az elmúlt 30 napban	NA	NA	NA	11.5 (9.4-14.1)	13.9 (10.9-17.6)	8.8 (6.4-12.0)
A soha nem dohányzókon belül azok aránya, akik lehetségesnek tartják, hogy jövőre el fogják kezdeni a dohányzást	23.9 (20.9-27.1)	15.6 (11.9-20.3)	29.8 (25.0-35.1)	18.5 (16.4-20.9)	16.2 (13.4-19.4)	21.0 (16.7 - 26.0)

3. táblázat

Dohányzási gyakoriságok nemenkénti bontásban 2003-ban és 2008-ban (%)

A tanulók 11.5%-a az elmúlt 30 napban használt pipát vagy víz pipát (2008-ban ezt együttesen kérdeztük meg), ez az arány riasztóan magas, jól jelezve a víz pipahasználat elterjedt jelenségét.

Csaknem minden ötödik fiatal, aki sosem dohányzott (18.5%) valószínűnek tartja, hogy fog dohányozni a következő egy éven belül, a lányok adatai ebben az esetben is kedvezőtlenebbek, mint a fiúké.

	Kézzel sodort cigarettát szív	Szivar/Mini szivar/szivarkát használ	Rágódohányt (tubákot) használ	Pipát/vízpipát használ
Nem				
Fiú	6.8	5.6	2.1	13.9
Lány	4.4	2.6	0.9	8.8
Településtípus				
Budapest	4.8	4.5	1.5	18.4
Egyéb város	5.9	4.4	1.7	11.2
Falvak	8.1	3.9	1.6	6.4
Összes	5.6	4.3	1.7	11.5

4. táblázat

A cigarettán kívüli egyéb dohánytermékek használatának jellemzői a 13-15 éves tanulók körében nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A kereskedelmi forgalomban lévő dobozos cigarettán kívüli dohánytermékek közül (kézzel sodort cigaretta, szivar, mini szivar, szivarka, rágódohány, pipadohány, vízpipa) a vízpipa használat elterjedtsége a legjelentősebb (11,5% a teljes mintában), ahogyan azt a fenti táblázat adatai is jelzik (4. táblázat). Az adatok azt is mutatják, hogy a pipa/vízpipa használatában jelentős területi különbségek mutatkoznak: a fővárosi fiatalok szignifikánsan magasabb arányban használnak vízpipát, mint a vidékiek, azaz inkább fővárosi jelenséggel állunk szemben. Ezzel szemben a falvakban elterjedtebb a kézzel sodort cigaretta fogyasztása (a különbség nem szignifikáns). Ami a nemi különbségeket illeti elmondható, hogy a fiúk nagyobb arányban használnak nem gyárilag előállított dohánytermékeket, mint a lányok (a különbség itt sem szignifikáns), ez valamennyi megkérdezett termékfajtára vonatkozik.

A 2003-as és a 2008-as adatok összevetésével elmondható, hogy csaknem minden adat esetén csökkenés, azaz javuló tendencia tapasztalható (kivéve a cigarettán kívüli más dohánytermékek fogyasztását). Azok gyakorisága, akik valaha dohányoztak, (akár csak egy vagy két slukkot is) szignifikánsan csökkent a fiúk között (67.1%-ról 56.5%-ra) az elmúlt 5 év viszonylatában. Általános csökkenés figyelhető meg az elmúlt 5 évben a soha nem dohányzók körében abban a tekintetben, hogy hány százalékuk tartja valószínűnek azt, hogy a következő egy éven belül el fog kezdeni dohányozni (23.9%-ról 18.5%-ra). Ezen ígéretes adatok között feltűnő, hogy a cigarettán kívüli más dohánytermékek fogyasztása meredek emelkedést mutat: több

mint kétszeresére emelkedett ezek használata a megkérdezett tanulók körében (összességében 5.5%-ról 13.8%-ra, míg 8.2%-ról 16.8%-ra a fiúk és 3%-ról 10.4%-ra a lányok körében).

2003-ban még nem szerepelt a kérdőívben vízpipázásra vonatkozó külön kérdés, míg 2008-ban már bekerült ez a kérdés, amelynek alapján a víz pipa-használat gyakorisága 11,5%-nak adódott.

Dohánytermékekhez való hozzáférés

A megkérdezettek zöme hivatalos árusítóhelyen vásárolja meg a cigarettát, mindössze 5,3%-uk nyilatkozott úgy, hogy zárjegy nélküli/csempészett cigarettát vásárol valamilyen gyakorisággal (0,2%-uk mindig ilyet vásárol). A dohányzó tanulók több mint felét (51.7%) nem utasították vissza az eladók a korukra való hivatkozással, amikor cigarettát akartak vásárolni. Ez leginkább a fővárosi tanulók esetében mutatható ki, a nemi megoszlást tekintve pedig a 18 év alatti lányokat kevésbé utasítják el az eladók cigarettavásárláskor, mint a fiúkat.

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Jelenleg dohányzók, akiknek kiszolgálását nem utasították vissza az eladók a korukra való hivatkozással	70.7 (62.9-77.5)	62.8 (52.3-72.3)	77.9 (69.8-84.4)	51.7 (42.4-60.9)	48.4 (36.5- 60.5)	55.3 (42.4-67.5)
Azok aránya, akiket megkínált valaha valamely dohánycég képviselője ingyen cigarettával	5.9 (4.9- 7.2)	6.0 (4.7-7.7)	5.4 (4.2- 6.9)	6.2 (4.6-8.3)	7.0 (4.7- 10.3)	5.3 (3.7 - 7.5)

5. táblázat

Dohánytermékekhez való hozzáférés jellemzői nemenkénti bontásban (%)

Szignifikánsan kevesebb tanulót nem utasítottak vissza cigarettavásárláskor a koruk miatt, mind összesen (51.7% - a 2003. évi 70.7% helyett), mind a fiúk között (48.4% - a 62.8% helyett), mind a lányok körében (55.3% - a 77.9% helyett). Ezek az értékek még mindig kiugróan magasak figyelembe véve, hogy a hatályos jogszabályok szerint tilos bármilyen fajta dohánytermék értékesítése kiskorúak számára. A válaszadók 6.2%-át kínálta már meg valamely dohánycég képviselője ingyen cigarettával, ez az arány 2003-hoz képest nem változott szignifikánsan.

	Akik üzletben vásárolnak cigarettát	Akik kölcsönkérik cigarettát valakitől	Akik pénzt adnak másnak, hogy cigit vásároljanak neki	Akiket fiatal koruk miatt még soha nem utasítottak vissza az eladók, amikor cigarettát vásároltak
	Nem			
Fiú	49.3	25.9	12.7	48.4
Lány	45.8	27.0	14.5	55.3
	Településtípus			
Budapest	50.0	28.4	4.5	56.5
Egyéb város	48.9	26.6	13.4	52.5

Falvak	40.7	21.5	25.1	41.4
Összes	47.9	26.2	13.0	51.7

6. táblázat

A jelenleg dohányzó tanulók dohánytermékhez való hozzájutásának módjai nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

2003-ban majdnem 10%-kal több dohányzó fiú (71,0%) vásárolt cigarettát üzletben, mint amennyi dohányzó lány (61,1%), amely szignifikáns különbségnek mutatkozott. 2008-ban már csak a megkérdezettek fele vásárolt üzletben dohányterméket, elsősorban a fővárosi diákok. Ezzel összefüggésben jól látható, hogy a kiskorúak dohánytermékekhez való jutásának szabályozása vidéken (a falvakban és az egyéb városokban egyaránt) jobban érvényesül, amely a jogkövető magatartás területi különbségei mellett a kisközösségek vélemény- és attitűdformáló erejének egyik bizonyítéka.

Környezeti (passzív) dohányzás

A dohányfüstnek való kitettség (környezeti/passzív dohányzás) megmutatja a fiatalok otthonukban és más helyeken dohányfüstnek való kitettségének mértékét, és azt, hogy hogyan vélekednek a környezeti (passzív) dohányzás káros hatásairól.

A tanulók kb. felének (50.7%) legalább az egyik szülője dohányzik, míg a válaszadók közel negyedének (22.2%) a legjobb barátja is. Az adatok szignifikánsan javuló tendenciát jeleznek 2003-hoz képest, különös tekintettel a megkérdezett fiúk szüleinek vonatkozásában: 10%-kal kevesebb azoknak a fiúknak az aránya, akiknek legalább az egyik szülője dohányzik.

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Legalább az egyik szülő dohányzik	57.4 (54.3- 60.3)	58.4 (54.2- 62.6)	56.3 (53.4-59.2)	50.7 (45.2- 56.3)	47.9 (43.1- 52.6)	53.2 (46.1- 60.2)
Mínidegyik vagy a legtöbb barátja dohányzik	25.8 (22.1 - 29.9)	24.0 (20.0 - 28.5)	26.4 (21.3- 32.2)	22.2 (17.2- 28.2)	21.3 (16.4- 27.2)	22.0 (16.7- 28.4)
Nemdohányzó tanulók, akik nyilvános helyeken dohányfüstnek vannak kitéve	89.0 (85.4-91.9)	88.4 (83.3-92.1)	89.4 (85.5-92.4)	87.9 (84.5-90.7)	86.7 (82.9-89.8)	88.9 (84.3-92.2)
Támogatná a dohányzás teljes betiltását a nyilvános helyeken	69.7 (66.6-72.5)	70.6 (66.7- 74.2)	69.3 (64.9- 73.3)	76.9 (73.1 - 80.3)	77.4 (73.1- 81.2)	77.2 (72.4- 81.4)

7. táblázat

A dohányfüstnek való kitettség mérőszámai 2003-ban és 2008-ban, nemenkénti bontásban (%)

Nyilvános helyeken a soha nem dohányzó tanulók 87,9%-a ki van téve mások dohányfüstjének (5. táblázat), ez is indokolja azt az adatot, hogy 10 tanulóból közel 8 támogatná a dohányzás nyilvános helyeken történő teljes betiltását.

A jelenleg dohányzóknak több mint fele (52%), míg a soha nem dohányzóknak ennél szignifikánsan magasabb aránya (66,2%) véli úgy, hogy mások dohányzása (azaz a környezeti dohányfüst) ártalmas az egészségére.

	Akik otthonukban dohányfüstnek vannak kitéve		Akiknek otthonában az apa dohányzik		Akiknek otthonában az anya dohányzik		Akiknek otthonában a testvér dohányzik	
	Nem dohányzók ⁵	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók
Nem								
Fiú	69.5	88.7	33.4	56.9	27.1	51.7	13.9	43.8
Lány	70.6	91.2	35.3	53.8	27.3	48.2	11.2	45.7
Településtípus								
Budapest	65.7	86.4	34.2	52.2	30.7	51.1	11.4	36.9
Egyéb város	68.8	89.6	31.3	55.7	23.2	47.5	11.0	44.5
Falvak	80.7	95.9	51.0	66.6	41.2	63.5	19.3	57.7
Összes	70.1	90.0	34.8	56.8	27.3	50.4	12.4	45.4

8. táblázat

A környezeti dohányfüstnek otthonukban kitett tanulók aránya nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

Általánosságban elmondható, hogy a jelenleg dohányzóknak jóval nagyobb hányada (90%) van kitéve dohányfüstnek az otthonában, mint a soha nem dohányzóknak (70%) (8. táblázat). Továbbá mind a soha nem dohányzó (80,7%) mind a jelenleg dohányzó (95,9%) falusi tanulók valamennyi kategóriában szignifikánsan nagyobb arányban vannak kitéve a környezeti dohányfüst ártalmainak, mint a városi régióban (beleértve Budapestet is) élő kortársaik. Nemi bontásban nem adódtak jelentős különbségek a környezeti (passzív) dohányzás kategóriáit tekintve. Jelentős különbségek vannak továbbá a dohányzó és nemdohányzó tanulók szüleinek otthoni dohányzási szokásait illetően: a dohányzó gyerekek szülei közel kétszeres arányban dohányoznak otthonukban, mint a nemdohányzók szülei. A testvérek tekintetében ez akár három-négyszeres eltérést is mutat, különös tekintettel a vidéki gyerekekre.

A soha nem dohányzó tanulók több, mint harmadának (34,8%), míg a jelenleg dohányzók több mint felének (56,8%) édes- vagy nevelőapja dohányzik otthon. Ezek az arányok alacsonyabbak az anya esetében: 27,3% a soha nem dohányzóknál és 50,4% a jelenleg dohányzóknál). A falusi településeken a jelenleg dohányzók jóval magasabb arányban (63,5%) vannak kitéve az anya dohányzásának, mint a vidéki városokban élő dohányzó tanulók (47,5%). Az arányok 2003-ban is hasonló tendenciákat jeleztek, sőt a környezeti (passzív) dohányzás minden összetevője némi

⁵ A tanulmányban a “nem dohányzók” alatt azokat a válaszadókat értjük, akik sosem dohányoztak életük során (“never smokers”), míg a “dohányzók” kategória azokat jelenti, akik jelenleg is dohányoznak (“current smokers”). A táblázatban szereplő elnevezések az egyszerűsítést szolgálják, a szöveges magyarázatokban mindenütt feltüntetjük a teljes megnevezést.

javulást mutat a 2008-as adatok alapján, ráadásul a dohányzás nyilvános helyeken történő teljes betiltásának támogatottsága szignifikánsan magasabb 2008-ban (76.9% a 2003-as 69.7%-hoz képest) és a fiúk körében is (77.4% a 2003-as 70.6%-hoz képest).

Több mint háromszor annyi jelenleg is dohányzó tanulónak (43,8%) dohányzik a testvére(i) otthon, mint a soha nem dohányzóknak (13,9%). A különbség még szembetűnőbb a legjobb barát esetében: a jelenleg dohányzók között ötször magasabb azoknak az aránya (50,3%), akiknek legjobb barátja dohányzik a jelenlétükben, mint a soha nem dohányzók között (9,1%).

Iskolai prevenció

A dohányzással kapcsolatos iskolai tananyagra vonatkozó kérdések arra keresik a választ, hogy mit tanítanak a fiataloknak ebben a témában és hogy ők hogyan ítélik meg az iskolájuk dohányzás megelőzési tevékenységét.

10 diákból csaknem 6 (57.3%) részt vett az osztályban a dohányzás ártalmairól szóló oktatáson ebben a tanévben (9. táblázat). A tanulóknak csak 41,2%-uk számolt be arról, hogy szintén iskolai órán beszélgettek arról, miért dohányoznak a hasonló korú fiatalok. Mindössze 51,8%-uk vett részt olyan órán, ahol a dohányzás hatásairól (pl. sárgára színezi a fogakat, rossz leheletet okoz) beszélgettek. A falusi fiataloknak szignifikánsan nagyobb arányát (61,6%) tanították a dohányzás káros hatásairól, mint a fővárosiaknak (44%). Hasonló területi különbségek 2003-ban is jelentkeztek.

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Részt vett a dohányzás ártalmairól szóló oktatáson ebben a tanévben	48.6 (43.6 - 53.5)	48.0 (42.5- 53.6)	49.7 (43.2- 56.2)	57.2 (52.8- 61.4)	55.9 (49.3- 62.3)	58.7 (54.2- 63.1)
Beszélgettek iskolai óra keretében a fiatalok dohányzásának okairól az elmúlt tanévben	37.7 (33.7-42.0)	36.1 (30.5-42.1)	39.3 (34.6-44.2)	41.2 (37.4-45.1)	36.7 (30.9-42.9)	46.4 (42.4-50.4)
A dohányzás hatásairól az elmúlt tanévben oktatásban részesültek	41.1 (35.8-46.7)	42.2 (36.8-47.9)	40.6 (33.7-47.8)	51.8 (46.9-56.6)	49.7 (44.0-55.4)	54.0 (48.2-59.7)

9. táblázat

Iskolai dohányzásprevencióban való részvétel arányai 2003-ban és 2008-ban nemenkénti bontásban (%)

Habár ezen a területen nincs szignifikáns különbség 2003-hoz képest, mégis megfigyelhető közel 10%-os növekedés azok számarányát tekintve, akik részt vettek már dohányzás prevenció oktatáson az adott tanévben. Ennek ellenére elfogadhatatlan, hogy 10-ből több mint 4 tanuló (42.8%) nem vehetett részt ilyen jellegű oktatásban ebben a tanévben.

Média és reklám

Ez a témakör megmutatja a média és a reklámok szerepét a fiatalok cigarettafogyasztási szokásainak befolyásolásában. Leírja, hogy mennyire fogékonyak a fiatalok a cigaretta reklámokra és más cigarettafogyasztást népszerűsítő tevékenységekre, és kimutatja, hogy mennyire vannak tudatában a dohányzásellenes üzeneteknek.

A tanulók 94.1%-a látott dohányzás ellenes média üzeneteket az elmúlt hónapban.

Azok aránya, akik dohányzás-ellenes üzenetet láttak az elmúlt 30 napban az alábbi médiacsatornákon, helyszíneken							
	tévé	rádió	internet	óriásplakát hirdetőtábla	újság, magazin	mozi	sportesemény, vásár, koncert, közösségi esemény
Nem							
Fiú	83.1	50.2	55.0	56.5	41.8	33.1	58.3
Lány	83.7	45.8	50.1	55.0	24.6	26.6	56.2
Terület							
Budapest	81.9	44.6	48.6	53.1	33.8	34.0	59.5
Egyéb város	83.3	46.2	51.8	56.1	32.5	29.4	55.0
Falvak	85.7	59.0	59.3	56.7	36.4	29.9	62.7
Összes	83.5	48.1	52.5	55.8	33.4	30.3	57.0

10. táblázat

Dohányzásellenes médiaüzenetekkel találkozó tanulók aránya nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

Tíz tanulóból nyolc (83,5%) látott a televízióban, míg közel öt (48,1%) hallott a rádióban dohányzásellenes felhívást az elmúlt 30 napban (10. táblázat). Ennél lényegesen alacsonyabb arányban láttak a tanulók ilyen típusú üzenetet hirdetőtáblákon és óriásposzttereken (55,8%). A fiataloknak csupán harmada látott ilyen típusú felhívást újságokban és magazinokban (33,4%), míg rendezvényeken több, mint fele (57%) találkozott már ezekkel. A legkevesebb ilyen jellegű üzenetet moziban látnak a megkérdezettek: tíz tanulóból három (30,3%) látott dohányzásellenes üzeneteket a moziban. A lányok (24,6%) és a fiúk (41,8%) között szignifikáns különbség van az újságokban és magazinokban látott dohányzás-ellenes üzenetek tekintetében.

A falvakban – a mozit kivéve valamennyi megkérdezett médiaformát tekintve - magasabb arányban látnak a fiatalok dohányzásellenes médiaüzenetet, mint a budapesti és az egyéb városban élő tanulók, bár a különbség csak gyengén szignifikáns.

	Akiknek van cigaretta-emblémás tárgyak		Akiknek már kínáltak ingyenes cigaretta-termékmintát	
	Nem dohányzók	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók
Nem				
Fiú	7.4	33.2	5.2	11.9
Lány	9.0	25.4	5.0	7.3
Településtípus				
Budapest	9.6	27.3	3.2	7.7
Egyéb	7.7	31.0	5.8	10.4
Falvak	8.1	26.2	4.4	8.2
Összes	8.1	29.7	5.1	9.6

11. táblázat

A dohányzás indirekt reklámozásával találkozó tanulók aránya nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

Az összes válaszadót tekintve 15,8%-uknak van valamilyen reklámtárgya cigaretta márka logójával (póló, toll, hátizsák, stb.). A jelenleg dohányzók közül szignifikánsan nagyobb azoknak az aránya, akiknek van cigaretta-emblémás tárgya (29,7%), mint a soha nem dohányzók között (8,1%) mind a nemi, mind a területi különbségeket tekintve (11. táblázat). Hasonlóan, a jelenleg dohányzók nagyobb hányadának (9,6%) ajánlottak már ingyenes cigarettamintát, mint a soha nem dohányzóknak (5,1%). Emellett a dohányzó fiúk nagyobb hányadának (11,9%) kínáltak már ingyenes cigarettát, mint a dohányzó lányoknak (7,3%).

Azoknak a válaszadóknak a többsége (92,8%), akik néznek televíziót, DVD-filmeket vagy járnak moziba, lát dohányzó színészeket valamilyen gyakorisággal, míg 10-ből 7 tanuló (71, 9%) lát cigarettamárkaneveket tévézés közben (pl. sportesemények közvetítésekor).

	Sporteseményeken lát cigarettareklámokat	Koncerten lát cigarettareklámokat	Közösségi eseményeken lát cigarettareklámokat
Nem			
Fiú	53.0	55.0	49.8
Lány	53.1	48.3	49.9
Településtípus			
Budapest	54.4	54.0	54.4
Egyéb város	52.0	50.4	49.0
Falvak	57.1	53.4	51.2

Összes	53.2	51.5	50.2
---------------	------	------	------

12. táblázat

A dohányzás reklámozásával találkozó tanulók aránya nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A 12. táblázat adataiból kitűnik, hogy a megkérdezettek körülbelül fele lát cigarettareklámokat, amikor sporteseményekre, koncertre vagy egyéb közösségi eseményekre jár, etekintetben nincsenek szignifikáns különbségek.

Mint ismeretes, 2005-ben bevezették a dohánytermékek teljes reklám-tilalmát törvényi szinten is. Ezzel együtt kíváncsiak voltunk arra, hogy a megkérdezett fiatalok 2003-hoz képest mit gondolnak a kérdéskörrel, így a 2008-as kérdőívben is szerepelt erre vonatkozó kérdés (Szerinted teljesen meg kellene tiltani a dohánytermékek reklámozását? – eldöntendő kérdésként, igen-nem válaszkategóriákkal). Ezen a területen minden adat javulást mutat: 2003-ban a diákok 56%-a vélte úgy, hogy be kellene tiltani a dohánytermékek reklámozását, míg ez az arány 2008-ban 66,2% volt. A dohánytermékek reklámozása hirdetőoszlopon, sajtótemékben vagy egyéb médiacsatornán (televízió, rádió) való reklámozása törvényi szinten is tiltott, így erre vonatkozó kérdést 2008-ban már nem tettünk fel. A 2003-as adatok azt jelzik, hogy a tanulók 70%-a látott cigarettareklámot hirdetőablán és háromnegyedük (76,1%) újságokban és magazinokban találkozott dohányreklámmal a kérdezést megelőző hónapban. Szignifikáns növekedés figyelhető meg a fiatalok által látott dohányzásellenes média üzenetek gyakoriságában összesen (89.1%-ról 94.1%-ra) és a lányok között (89.2%-ról 95.2%-ra).

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Az elmúlt hónapban látott dohányzás-ellenes média üzeneteket	89.1 (86.9 - 91.0)	88.9 (86.5-90.9)	89.2 (86.3 - 91.5)	94.1 (92.7-95.2)	93.0 (90.9-93.6)	95.2 (93.6-96.4)
Van valamilyen reklámtárgya valamely cigaretta márka logójával (póló, toll, hátizsák, stb.)	24.7 (21.7 - 27.9)	26.1 (23.3-29.1)	23.8 (19.7 - 28.5)	15.8 (13.3-18.6)	15.9 (13.6-18.6)	15.1 (12.1-18.6)

13. táblázat

Lényegi változások 2003 és 2008 között média és reklám témakörben nemenkénti bontásban (%)

Szignifikánsan kevesebb fiatalnak van valamilyen reklámtárgya valamely cigaretta márka logójával összesen (15.8% a 2003-as 24.7%-hoz képest), a fiúk között (15.9% a 2003-as 26.1%-hoz képest) és a lányok között (15.1% a 2003-as 23.8%-hoz képest).

Ismeret és attitűd

A „fiatalok cigarettázással kapcsolatos ismerete és attitűdje” tényező kifejezi a soha nem dohányzók abbéli szándékának intenzitását, hogy nem dohányzók maradjanak (fogékonysági index), és megmutatja, hogy a fiatalok mit tekintenek a dohányzás társas előnyének és egészségügyi kockázatának, illetve figyelmeztet bennünket, a kortársak által keltett, a cigarettázás elkezdése irányában ható nyomásra.

Körülbelül a soha nem dohányzók egy harmada (31.6%) és a jelenleg dohányzók fele (49.4%) úgy gondolja, hogy a cigarettázás segíthet, hogy társas összejöveteleken kellemesebben érezze magát az ember.

A soha nem dohányzók körében azok aránya, akik biztosak abban, hogy nem árt nekik, ha csak 1-2 évig dohányoznak, és utána abbahagyják, 0.9%. Ugyanez az arány a jelenleg dohányzók esetében 6.2%.

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Soha nem dohányzók, akik úgy gondolják, hogy egy dohányos kellemesebben érzi magát buliban/társas összejövetelen, ha rágyújt.	49.2 (45.3-53.1)	50.9 (44.1-57.6)	47.8 (44.7-50.9)	31.6 (29-35.1)	30.2 (26.7-34.0)	33.5 (28.8-38.5)
Jelenleg dohányzók, akik úgy gondolják, hogy egy dohányos kellemesebben érzi magát buliban/társas összejövetelen, ha rágyújt.	44.8 (40.6-49)	47.1 (42.9-51.4)	42.8 (37.4-48.4)	49.4 (43.7-55.1)	48.7 (42.6-54.8)	51.1 (43.9-58.3)
Soha nem dohányzók, akik biztosak abban, hogy nem árt nekik, ha csak 1-2 évig dohányoznak és utána abbahagyják.	7.3 (5.3-9.9)	9.3 (5.9-14.5)	5.8 (4.1-8.1)	0.9 (0.4-1.8)	0.5 (0.1-2.1)	1.3 (0.5-3.3)
Jelenleg dohányzók, akik biztosak abban, hogy nem árt nekik, ha csak 1-2 évig dohányoznak, és utána abbahagyják.	9.6 (7.6-12.)	11.9 (8.6-16.2)	7.4 (5.4-10)	6.2 (3.8-9.8)	8.1 (4.0-15.8)	4.0 (1.7-8.8)

14. táblázat

A dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök alakulása nemenkénti bontásban (%)

Csaknem 20 százalékpontos csökkenés tapasztalható azon nemdohányzó fiatalok gyakoriságában, akik úgy gondolják, hogy a cigarettázás segíthet, hogy társas összejöveteleken kellemesebben érezze magát az ember (49.2%-ról 31.6%-ra). Hasonló mértékű a csökkenés a fiúk körében (50.9%-ról 30.2%-ra), a lányoknál pedig 15% (47.8%-ról 33.5%-ra). Szinte nem maradt olyan nemdohányzó, aki úgy gondolná, hogy nem árt neki, ha csak 1-2 évig dohányozik, és utána abbahagyja. (0.9% a korábbi 7.3% helyett összesen, 0.5% a korábbi 9.3% helyett a fiúk között, és 1.3% a korábbi 5.8% helyett a lányok körében).

	Akik szerint a dohányzó fiúknak több barátjuk van		Akik szerint a dohányzó lányoknak több barátjuk van	
	Nem dohányzók	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók
Nem				
Fiú	23.5	23.1	15.9	13.6
Lány	28.9	32.3	14.9	21.1
Településtípus				
Budapest	23.3	30.1	15.9	19.0
Egyéb város	27.4	26.4	15.9	16.8
Falvak	26.2	38.9	14.5	23.6
Összes	26.5	28.9	15.7	18.2

15. táblázat

Dohányzással kapcsolatos attitűdök nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A fiataloknak több mint ötöde (soha nem dohányzók: 26,5%, jelenleg dohányzók: 28,9%) véli úgy, hogy a dohányzó fiúknak több barátja van, mint a nemdohányzóknak (15. táblázat). Ezek az arányok kissé alacsonyabbak a dohányzó lányok megítélése esetében (15,7% a soha nem dohányzóknál és 18,2% a jelenleg dohányzóknál).

	Akik szerint a dohányzás külsőleg vonzóbbá teszi a fiúkat		Akik szerint a dohányzás külsőleg vonzóbbá teszi a lányokat	
	Nem dohányzók	Dohányzók	Nem dohányzók	Dohányzók
Nem				
Fiú	21.4	14.5	15.8	16.7
Lány	15.2	13.5	16.0	12.2

Településtípus				
Budapest	15.7	19.3	12.6	15.9
Egyéb város	18.6	10.4	16.8	12.5
Falvak	20.6	25.7	17.1	26.4
Összes	<i>18.4</i>	<i>14.1</i>	<i>16.2</i>	<i>15.1</i>

16. táblázat

Dohányzással kapcsolatos attitűdök nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A 2003-as vizsgálat adatai alapján jelentős különbség volt a dohányzók és nemdohányzók abbeli vélekedésében, hogy mennyire vonzóak a dohányzó fiatalok. A dohányzók több mint háromszor annyian (18,0%) gondolták azt, hogy a dohányzás vonzóbbá teszi a fiúkat, mint amennyien ezt a soha nem dohányzók között gondolták (5,2%). A 2008-as adatok alapján már nincsenek szignifikáns különbségek a jelenleg dohányzók (14,1%) és a sohasem dohányzók (18,4%) között ennek a kérdésnek a megítélésében. Sőt egy rendkívül kedvezőtlen tendenciát lehet megfigyelni az adatok alapján: a sohasem dohányzók – egyfajta vonzó perspektívaként - inkább gondolják azt, hogy a dohányzás növeli a fiúk és a lányok vonzerejét, mint a dohányzó fiatalok.

A falusi dohányzó tanulóknak magasabb aránya (38,9%) gondolja, mint a budapestieknek (30,1%), hogy a dohányzó fiúknak több barátja van. A falvakban élő tanulók minden kategóriában magasabb arányban ítélik meg a dohányzók vonzerejét a nemdohányzókhoz képest, mint a fővárosi vagy egyéb városban élő tanulók.

Leszokási jellemzők

10 jelenleg dohányzó diákból négy le akar szokni. A függőség egyik jelzője, hogy milyen gyakran érzi úgy a dohányos reggelente amint felébred, hogy rögtön rá kell gyújtania. Ez jelenleg minden ötödik dohányzó tanulót jellemez (17.4%). A jelenleg dohányzó diákok körülbelül egy hatoda gondolja úgy, hogy 5 év múlva is fog dohányozni (17. táblázat).

	2003			2008		
	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)	Összes (%)	Fiú (%)	Lány (%)
Jelenleg dohányzó, aki le akar szokni a dohányzásról	37.6 (30.7 - 45.0)	40.2 (31.6-49.5)	35.0 (27.0-43.9)	41.0 (34.7-47.7)	39.5 (29.8-50.1)	40.7 (30.1-52.3)
Jelenleg dohányzó, aki mindig úgy érzi, hogy reggel rögtön rá kell gyújtania	13.5 (9.9 - 18.2)	15.4 (10.8-21.6)	11.2 (7.6- 16.2)	17.4 (12.0-24.5)	15.3 (9.7- 23.3)	15.5 (9.9- 23.4)
Jelenleg dohányzó, aki biztos abban, hogy 5 év múlva is dohányozni fog	33.6 (28.7-38.8)	29.2 (24.8-34)	37.8 (30.7-45.5)	16.1 (12.4-20.7)	17.6 (12.4-24.4)	14.0 (9.1 -20.8)

17. táblázat

Függőségi és leszokásijellemzők alakulása nemenkénti bontásban (%)

A megkérdezett dohányzó tanulók 85,9%-a gondolja úgy, hogy abba tudná hagyni a dohányzást, ha akarná. Közel 20% azoknak a volt dohányosoknak az aránya, akik már 1 éve leszoktak a dohányzásról, (18. táblázat), etekintetben nincs szignifikáns különbség nemi kategóriák alapján, bár a fiúk között nagyobb arányban vannak olyanok, akik 1 éve nem dohányoznak.

	Valaha dohányzók, akik 1 éve hagyták abba a dohányzást	Valaha dohányzók, akik azért szoktak le a dohányzásról, ...		
		hogyan megóvják egészségüket	hogyan pénzt takarítsanak meg	mert a családjuk nem nézte jó szemmel
Nem				
Fiú	19.1	23.0	1.8	5.2
Lány	15.3	30.8	1.1	6.0
Településtípus				
Budapest	14.9	23.6	1.6	4.0

Egyéb város	16.5	27.8	2.3	6.0
Falvak	21.6	28.2	1.5	6.3
Összes	17.4	26.4	2.2	5.3

18. táblázat

A leszokás indokai nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A dohányzó fiatalok közül a falusiak magasabb arányban szoktak le az elmúlt év során (21,6%) mint a budapestiek (14,9%), többségük egészsége megóvása érdekében hagyta abba a dohányzást (az egyéb válaszkategóriákra adott válaszok 10 % alatti értékeket adtak).

	Valaha dohányzók			
	aki egy leszokást segítő program során kaptak szakértői segítséget a leszokáshoz	aki barátaiktól kaptak segítséget a leszokáshoz	akik családtagtól kaptak segítséget a leszokáshoz	akik <u>nem</u> kaptak segítséget a leszokáshoz
Nem				
Fiú	7.6	12.6	17.6	53.7
Lány	4.0	15.8	17.7	52.2
Településtípus				
Budapest	2.3	16.3	12.7	56.4
Egyéb város	6.1	13.1	14.3	56.3
Falvak	5.9	17.3	20.6	50.2
Összes	6.0	15.2	17.4	52.5

19. táblázat

A megkérdezett tanulók dohányzásról való leszokásának támogatása nemenkénti és településtípus szerinti bontásban (%)

A korábban vagy jelenleg dohányzóknak több mint fele (52,5%) nem kapott segítséget, amikor abba akarta hagyni a dohányzást, míg csaknem ötödük (17,4%) barátaira, illetve családtagjaira (15,2%) számíthatott a leszokása támogatásában.. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy a vidéki tanulók nagyobb arányban kapnak segítséget leszokásuk támogatására, mint a városiak, bár ez a különbség nem szignifikáns.

Annak ellenére, hogy nőtt azon dohányosok száma, akik le akarnak szokni, megfigyelhető a dohányfüggők prevalenciájának emelkedése is (aki mindig úgy érzi, hogy reggel rögtön rá kell gyújtania) a 2003-as adatokhoz képest. Pozitív tendencia,

hogy azoknak a dohányosoknak a gyakorisága, akik úgy nyilatkoztak, hogy öt év múlva is biztosan dohányozni fognak szignifikánsan csökkent összesen (33.6%-ról 16.3%-ra), a fiúk között (29.2%-ról 17.6%-ra) és a lányok körében (37.8%-ról 14%-ra).

IV. Eredmények összefoglalása

Célkitűzések

Kutatásunk célja a magyar fiatalok dohányzási szokásairól szóló országosan reprezentatív adatgyűjtés volt. Ezen túlmenően megvizsgáltuk, hogy a serdülők milyen dohányzással kapcsolatos ismeretekkel és attitűdökkel rendelkeznek, mennyire vannak kitéve a dohányzással kapcsolatos média-üzeneteknek és a passzív dohányzásnak (környezeti dohányfüstnek), milyen a dohánytermékek hozzáférhetősége a kiskorúak számára és mennyire van jelen a dohányzással kapcsolatos egészségnevelési tevékenység az iskolai nevelési gyakorlatban.

Anyag és módszer

A felmérésre a Global Youth Tobacco Survey elnevezésű nemzetközi ifjúsági dohányzásfelmérés keretében került sor. Az adatfelvétel általános- és középiskolákban zajlott, országosan és regionálisan reprezentatív mintán. A mintaválasztás kétlépcsős, csoportos mintavételi eljárással történt. Így a 13-15 éves korosztályból (7-9. évfolyamok) összesen 3861 tanulótól kaptunk értékelhető válaszokat. Az adatgyűjtés nemzetközileg egységesített kérdőívekkel zajlott, az anonimitás és titkosság biztosításával.

Eredmények

Dohányzási gyakoriságok (prevalencia)

A 2008-as GYTS adatok azt mutatják, hogy Magyarországon a dohánytermékek fogyasztási gyakorisága (23.4%) magasabb, mint az európai régióban (EUR, 19.2%), de ez a különbség nem szignifikáns. A hazai érték azért is riasztó, mert az európai régió értéke a világátlag (9.5%) duplája. Ígéretes, hogy a soha nem dohányzók fogékonysága a dohányzás elkezdésére (18.6%) az elmúlt öt évben lecsökkent a világátlagra; ez a változás szignifikáns. Ez az érték az európai átlagnál szignifikánsan alacsonyabb (29.2%).

Magyarország dohánypolitikája – leszámítva a leszokás-támogatást – elsősorban a prevencióra fókuszál a törvényhozásban (a dohánytermékek reklámozásának teljes tilalma, dohánytermék árusításának tilalma kiskorúak esetén) és a tevékenységeket tekintve egyaránt (pl. OEFI óvodai és iskolai megelőző programok, dohányzás ellenes média üzenetek különböző kampányok során, pl. az Európai Bizottság által koordinált HELP), azzal az egyértelmű üzenettel, hogy nem érdemes elkezdni a dohányozást.

Világszintű jelenség, az egyéb dohánytermékek (nem cigaretta) fogyasztásának viszonylag magas aránya. A magyarországi gyakoriság (13.8%) magasabb, de még megfelel a világ és európai átlagnak. A legvalószínűbb magyarázat az, hogy a 2008-as felmérésben már külön szerepel egy vízpipa-használat gyakoriságára vonatkozó kérdés is. A magyarok körében az egyik legnépszerűbb pihenő és üdülőhely az észak-afrikai régió (Marokkó, Tunézia, Egyiptom), amely viszonylagos olcsósága miatt sokakat vonz, főleg a fiatalok és családjaik körében. Az arab kultúra ösztönzi a vízpipa használatát és ennek köszönhetően Magyarországon is egyre több shesha-bárt találhatunk.

Környezeti (passzív) dohányzás

Magyarországon jelenleg a dohányzás csak olyan vendéglátóhelyeken engedélyezett, ahol nem szolgálnak fel ételt, egyéb helyeken el kell különíteni dohányzó és nemdohányzó részeket, elszigetelten vagy megfelelő szellőzéssel. A munkahelyeken dohányzásra kijelölt helyeket kell elkülöníteni, a bölcsődék és óvodák területén tilos a dohányzó helyek kijelölése is.

A felmérés eredményei azt mutatják, hogy a válaszadók kb. felének szülei dohányoznak (legalább az egyikük). Tíz diákból közel 9 ki van téve környezeti (passzív) dohányzásnak az otthonában és kb. háromnegyedük nyilvános helyeken. Ezzel valószínűleg összefügg, hogy tízből nyolcan támogatják a dohányreklámok teljes betiltását. A tilalom támogatottsága az elmúlt öt évben nőtt, és a dohányfüstnek való kitettség, ha nem is szignifikánsan, de csökkent.

Ismeret, attitűd és leszokás

A fogékonyság szignifikáns csökkenése kapcsolatban állhat az ismeret és tudás tényező figyelemreméltó változásával. A nemdohányzók körében a dohányzás elfogadottságának szignifikáns csökkenése ellenére a dohányosok körében ez az arány nem változott. Ezt a tényt figyelembe kell venni a dohányzéspolitikában. Habár a megelőzési programok jelentős eredményeket érnek el, a dohányzás ellenes üzenetek nem tűnnek elég hatékonynak a dohányosok elérésében.

A leszokás területén nem tapasztalható szignifikáns változás a dohányzás abbahagyásának valószínűségében (habár ez az arány nőtt, és most 40% felett van) Ennek ellenére ígéretes, hogy azoknak a jelenlegi dohányosoknak az aránya, akik úgy gondolják, hogy 5 év múlva is dohányozni fognak, meredeken esett, 34%-ról 16-ra.

Hozzáférés, média és reklámok

A közvetlen dohányreklámok teljes tilalma miatt a kérdőívbeli kérdések a közvetett hirdetésekre koncentráltak.

A tanulók kétharmada észlelt cigarettareklámokat sport és más rendezvényeken, míg a tv-műsort, mozifilmet vagy DVD-t nézők 93%-a látott már színészeket dohányozni. A Magyarországon folytatott számos országos és nemzetközi dohányzásellenes projektnek köszönhetően a dohányzás ellenes üzenetet látottak aránya szignifikánsan nőtt, 94,1%-ra.

Adataink azt mutatják, hogy a dohányzó fiatalok többsége még mindig üzletben vásárolja a cigarettát, annak ellenére, hogy Magyarországon tilos kiskorúak számára cigarettát eladni. Habár azon diákok aránya csökkent, akiknek kiszolgáltatását - a korukra való hivatkozással - nem utasították vissza az eladók, de még mindig sokkoló, hogy a jelenleg dohányzó kiskorúak 47,7%-a mindenféle probléma nélkül tud cigarettát vásárolni. A cigarettavásárlás nagyobb arányban jellemző a fiúkra, mint a lányokra.

A Vállalkozók és Munkáltatók Országos Szövetsége (VOSZ) évek óta adott matricákat a kereskedőknek, a helyzet csak akkor változott meg igazán, amikor súlyosabb szankciókat vezettek be – például az egy évig tartó árusítási engedély bevonását. A radikálisabb megtorlások hatására kiemelkedő mértékben csökkent a gyerekek hozzáférhetősége, így a szankcionálandó esetek száma is.

Az eredmények összevetése más témaspecifikus kutatások eredményeivel

A kutatás eredményeinek bemutatása után szeretnénk összevetni néhány vizsgálati eredményünket - a prevalencia értékekre vonatkozó adatokat - a nemzetközi standardoknak megfelelően lefolytatott és feldolgozott, reprezentatív országos mintán felvett hazai HBSC és ESPAD kutatások vonatkozó adataival.

Az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD) 1995-ben indult azzal a céllal, hogy a fiatalok fogyasztási szokásairól rendszeresen – 4 évenként – ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön. A program legfontosabb hosszú távú célja, a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, az országonként eltérő trendek összehasonlítása. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével, míg a legutóbbira 2007-ben került sor.

A „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) elnevezésű immáron több mint 20 éves múltra visszatekintő nemzetközi kutatás serdülőkorú fiatalok életmódjának, egészségüket befolyásoló szokásaik (táplálkozás, fizikai aktivitás, szabadidő-eltöltés, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, szexuális magatartás, stb.)

és szubjektív egészségi állapotuk (önminősített egészség, étellel való elégedettség, pszichoszomatikus tünetek és depresszív tünetek, stb.) feltérképezésére vállalkozik. A négyévenként elvégzett felmérések során vizsgálják azokat az egyéni (pl. önértékelés, testkép, pubertás), társas (családi, iskolai és kortárs kapcsolatok) és környezeti (pl. szocio-ökonómia státusz, családszerkezet, iskola) tényezőket is, amelyek mindezekre hatással lehetnek.

Eredményeink közül csak azokat a vizsgálati eredményeket vontuk párhuzamba a két országos kutatás statisztikáival, amelyeket ugyanazon vagy nagyon hasonló metodika alapján nyertünk. Előljáróban meg kell jegyeznünk, hogy az ESPAD-vizsgálatokban 9. és 11. évfolyamos tanulókat (Elekes, 2007.), a HBSC-kutatássorozat 2006. évi adatfelvételében 5., 7., 9. és 11. évfolyamosokat kérdeztek meg (Kovacsics, 2007.), míg a hazai GYTS során a kutatás nemzetközi koncepciójához igazodva 7-9. évfolyamos, zömmel 13-15 éves tanulókat vizsgáltunk meg.

	GYTS		HBSC		ESPAD	
	fiúk	lányok	fiúk	lányok	fiúk	lányok
7. évfolyam	49,0	47,6	47,7	44,6	-	-
9. évfolyam	69,0	69,5	67,0	69,5	69,9	71,9

20. táblázat

A dohányzást már kipróbálók aránya az egyes évfolyamokon, nemenkénti bontásban (%)

Az adatokból jól látható, hogy az egyes országos kutatások eredményei között nincsenek jelentős különbségek a dohányzás kipróbálásának tekintetében, azaz: a 7. évfolyamos tanulók közül minden 2. míg a 9. évfolyamosok esetében 10-ből 7 tanuló kipróbálta már a dohányzást élete során. A fiúk és a lányok között nincs szignifikáns különbség ebben a kérdéskörben, viszont minden kutatási eredmény alapján megállapítható az a rendkívül kedvezőtlen tendencia, hogy a lányok kipróbálási arányai magasabbak a fiúkénál.

	GYTS		HBSC	ESPAD	
	fiúk	lányok	fiúk/lányok együttes adat	fiúk	lányok
7. évfolyam	5,8	2,8	4,3	-	-
9. évfolyam	11,9	14,5	21,8	23,0	28,6

21 . táblázat

Naponta dohányzók aránya az egyes évfolyamokon, nemenkénti bontásban (%)

A napi dohányzás prevalencia értékei között már jelentősebb különbségek voltak az egyes kutatások között: ezek az arányok a GYTS-ben alacsonyabbnak adódtak, mint a HBSC és ESPAD kutatásokban, a különbség több, mint 10%-os. A legriasztóbb tendenciát az ESPADS eredmények jelzik: ezek alapján minden 3-4. 9. évfolyamos diák naponta dohányzik, a lányok 5,6%-kal magasabb arányban, mint a fiúk. Az eltérés adódhat a különböző kutatási és kérdezési metodikából egyaránt.

V. Következtetés és javaslatok

Habár a jelentés alapján a dohányzás gyakoriságának csökkenését tapasztalhatjuk az elmúlt 5 év vonatkozásában, ezek a statisztikák még mindig riasztóak. Eredményeink magas dohányzási prevalencia-értékeket jeleznek a magyar fiatalok körében. A kedvezőtlen tendenciák befolyásolása rendkívül fontos lenne a dohányzással kapcsolatos morbiditási és mortalitási arányok csökkentése érdekében is.

Bár úgy tűnik, hogy a megelőző programok elérik a fiatalokat, és már vannak figyelemre méltó változások, de ezek még mindig nem elegendőek. A fiatalok magas dohányzás-prevalencia értékeinek csökkentése az eddiginél szélesebb körű társadalmi összefogást igényel. Emellett szükséges lenne a dohányzásellenes prevenciók programok fejlesztése és még szélesebb körben történő terjesztésük. Azokat a programokat, amelyeknek hatékonysága bebizonyosodott, országos szintre kell emelni.

Természetesen elsősorban a prevencióra kell összpontosítanunk, de a dohányzás ellenes üzeneteknek a leszokás fontosságát is hangsúlyozniuk kell, hiszen adataink egyértelműen jelzik ennek szükségességét. A jelentés megállapításai azt mutatják, hogy a dohányzók attitűdje lassabban változik.

A fent említett célok eléréséhez az alábbi javaslatokat tesszük:

- Kétségtelenül szükséges a törvényi háttér módosítása, főleg a környezeti (passzív) dohányzásnak való kitettség tekintetében. Támogatjuk az Egészségügyi Minisztérium által készített módosító javaslatot, amely megtiltja a melegkonyhás éttermek zárt légterében, a játszótereken, az aluljárókban, a zárt felüljárókon és (az eddig nem tiltott) személyvonatokon való dohányzást.
- A jelenlegi jogszabályok betartatása is rendkívül fontos lenne (pl. a dohánytermékek eladási tilalma kiskorúak számára), de ehhez hatékonyabb hatósági fellépés szükséges. Emellett a kereskedők széleskörű felvilágosítása is hasznos lehet a kiskorúak dohánytermék-vásárlásának csökkentésében. A fent említett módosító javaslat a dohánytermékek eladásának szabályait is szigorítaná – az árusítóhelyek kijelölésének új szabályozásával – mely tovább csökkentheti a kiskorúaknak vásárlási lehetőségét.
- A dohányzás-visszaszorítás területén alapvető fontosságúak a megelőző programok. El kell érniünk, hogy minden gyermek részesüljön a dohányzás káros hatásairól szóló életkoti sajátosságokat figyelembe vevő véleményformálásban, oktatásban. Az iskolának, mint egészségfejlesztési színtérnek nélkülözhetetlen szerepe van a prevencióban és a leszokás segítésében is, mivel ideális helyszíne a dohányzással kapcsolatos egészségnevelésnek.

- A prevenciónak már az általános iskola alsó tagozatában, vagy már az óvodában el kell kezdődnie, hiszen adataink szerint minden ötödik serdülő 10 éves kora előtt próbálta ki a dohányzást.
- A prevenciós programoknak külön figyelmet kell szentelniük a passzív dohányzás ártalmaira, hogy ezeket tudatosítsuk a fiatalokban.
- A kortársoktatás az egyik leghatékonyabb prevenciós forma, mivel a kortárs csoport rendkívül hiteles és befolyással bíró lehet a serdülők szociális kapcsolataiban.
- Szükséges, hogy a dohányzás-ellenes programokban a vízpipa használatának káros következményeit kihangsúlyozzuk, tekintettel használatának elterjedtségére.
- Sürgető szükség van hatékony leszokást segítő programok kifejlesztésére, mivel erre igény van a dohányzó fiatalok körében, továbbá el kell érünk, hogy az iskolai programok hatékonyabban támogassák a leszokást. További vizsgálatok szükségesek, hogy kiderítsük, milyen segítséget, tanácsot tudnak igénybe venni a leszokni vágyók. Szükség van regionális és/vagy helyi tanácsadó ambulanciákra (pl. az iskolákban) ahova bizalommal fordulhatnak a segítségre szorulóknak.
- Rendszeres felméréseket kell végezni a dohányzási helyzetkép, valamint a dohányzás-ellenes prevenciós programok, kampányok, akciók hatékonyságának monitorozására. További kutatások szükségesek a dohányzásra való fogékonyság nemű különbségének vizsgálata céljából, annak érdekében, hogy a prevenciós programokat ezirányban is fejlesszék (külön figyelmet kellene szentelni a dohányzás terhességre és a magzat fejlődésére gyakorolt hatásának).

Köszönetnyilvánítás

A kutatás kivitelezéséhez az Egészségügyi Minisztérium biztosított pénzügyi forrást, valamint az Oktatásügyi Minisztérium szakmai és pénzügyi támogatását is élvezte a kutatás. A kutatást szakmailag és technikailag az Egészségügyi Világszervezet (WHO-Tobacco Free Initiative) és az atlantai CDC támogatta.

Köszönet illeti Dr. Charles W. Warrent, a CDC Dohányzás és Egészség Hivatalának statisztikusát, hogy a felmérés kivitelezésében és értékelésében, valamint a jelentés elkészítésében igen jelentős szakmai segítséget nyújtott. Köszönjük Gail Dennersonnak, a WHO szakmai asszisztensének és Dr. Haik Nikogosiannak, a WHO Európai Régiója szakmai tanácsadójának a felmérés megszervezésében, végrehajtásában yújtott segítségét.

Köszönet jár Nathan Jones-nak, Juliette Lee-nek, Veronica Lea-nak és Anne Goding-nak, a CDC Dohányzás és Egészség Hivatala epidemiológusainak, valamint a WHO és a CDC valamennyi munkatársának, akik segítettek az adatfeldolgozás és a jelentés elkészítésében.

Végül, de nem utolsó sorban köszönet illet minden hazai kollégát, iskolát, pedagógust, valamint a vizsgálatban résztvevő tanulókat, akik hozzájárultak a kutatás sikeres kivitelezéséhez.

Felhasznált irodalom

- ❖ Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2003.
- ❖ A dohányzás elleni küzdelem aktualitásai - kétheti hírlevél az egészségmegőrzés szakembereinek 10. szám, 2007. május 16-31. (http://health21.hungary.globalink.org/HIRLEVEL/majus_2_2007.html)
- ❖ Berenson, G. S.: Association between Multiple Cardiovascular Risk Factors And Atherosclerosis in Children and Young Adults. *New England J Med*, 338: 1650-1656. 1998.
- ❖ Bolego, C. et al.: Smoking and gender. *Review. Cardiovascular Res*, 53: 568-576. 2002.
- ❖ Crofton J, Simpson D, Szilágyi T. Dohányzás: a világveszély. *Egészségünkért a XXI. században Alapítvány, Szakmai kötetek*, 2004/1.
- ❖ *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control.* World Bank, Washington D.C. 1999.
- ❖ Demjén, T. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet dohányzásmentes életmód kialakítását és fenntartását célzó ifjúsági programjai. *Egészségfejlesztés*, 2004. 45. évf. 5/6. sz.
- ❖ Doll R és mtsai. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994 Oct 8;309(6959): 901-11.
- ❖ Elekes Zsuzsanna: A budapesti 8-10. évfolyamon tanuló diákok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. *Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Intézet, Budapest*, 2007.
- ❖ Englander, L. J., Kendrick, J. S. Gargiullo, P. M., Zahniser, S. C., Hannon W. H.: Measure of maternal tobacco exposure and infant birth weight at term. *American Journal Epidemiology*, 153. 954-960. 2001.
- ❖ Flash Eurobarometer. Survey on Tobacco. Analytical report. European Commission, 2009.
- ❖ Gonzalez, A. C.: Passive smoking. *BMJ*, 326: 1094. 2003.
- ❖ Hibell, B. Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M.: *The ESPAD Report 2003.* (www.espad.org)
- ❖ Kaminski, M.: Hazards for children exposed to environmental tobacco smoke during pregnancy and after birth. In: *Passive Smoking, The Health Impact.* 1997.
- ❖ Kovacsics, L., Sebestyén, E. Németh, Á.: Dohányzási szokások. In: *Serdülőkorú fiatalok egészséges és életmódja.* Országos Gyermek-egészségügyi Intézet- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. Budapest, 2007.
- ❖ La Vecchia, C., Franceschi, S., Levi, F.: Epidemiological research on cancer with a focus on Europe. *Eu J Cancer Prev.* 12: 5-14. 2003.
- ❖ Mackay, J., Amos, A.: Women and Tobacco. *Respirology.* 8: 123-130. 2003.

- ❖ Magyar Dohányzásmonitor 2007. ODE - Magyar Gallup Intézet, Budapest, 2007.
- ❖ Németh, Á.: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés – Magyarország. Kutatási Jelentés. OEFK-OGYEI, Budapest, 2003.
- ❖ Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Gyorsjelentés. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003.
- ❖ Peto, R. et al.: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 339: 1268-78. 1992.
- ❖ Peugh, J., Belenko, S.: Alcohol, drugs and sexual function: a review. [Review]. *J Psychoactive Drugs*. 33: 223-232. 2001.
- ❖ Sorensen, H. T., Norgard, B., Pedersen L., Larsen, H., Johnsen S. P.: Maternal smoking and risk of hypertrophic infantile pyloric stenosis: 10 year population based cohort study. *British Medical Journal*, 325. 1011-1012. 2002.
- ❖ Szilágyi, T.: Dohányzás okozta megbetegedés és halálozás. in: Demjén, T.: A dohányzás visszaszorítása 2007. OEFI, Budapest, 2007.
- ❖ United States Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation: Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. 1992.
- ❖ WHO Report on the Tobacco Epidemic. Genf, Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization), 2008.
- ❖ Yarnell, J. W. G.: Smoking and cardiovascular disease [Review]. *QMJ*, 89: 493-498. 1996.

Függelék

Törvények a dohányfüst-mentességről

A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény szerint:

- a. A közforgalmú intézménynek a szolgáltatást igénybevevők számára nyitva álló zárt légtérű helyiségeiben,
tömegközlekedési eszközön,
zárt térben megtartott rendezvényen,
munkahelyen,
közterületnek minősülő:
a gyalogosforgalom számára nyitva álló aluljárókban, zárt légtérű felüljárókban és közterületi játszótereken,
tömegközlekedési eszköz igénybevételének céljából létesített, illetve erre kijelölt várakozó helyen, illetőleg helyiségben, valamint nyílt légtérű várakozó hely esetén annak külső határvonalától számított 5 méteres távolságon belül
menetrend szerint közlekedő személyszállító vonaton
külön jogszabályban meghatározott melegkonyhas vendéglátóhely zárt légtérű helyiségében csak az arra kijelölt helyeken engedi meg a dohányzást.
A kijelölés tűzvédelmi szabályokat, illetőleg közlekedésbiztonsági érdeket nem sérthet vagy veszélyeztethet.⁶
- b. Az életkoruknál, egészségi állapotuknál vagy az igénybevett szolgáltatás jellegénél fogva különös védelmet igénylő személyek védelme érdekében az alábbi helyeken a törvény a dohányzóhelyek kijelölésének tilalmával teljesen megtiltotta a dohányzást:
- egészségügyi alapellátást, illetőleg járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak, valamint gyógyszerháznak a betegforgalom számára nyitva álló helyiségeiben, továbbá jellemzően gyermekek fekvőbeteg-szakellátását végző egészségügyi szolgáltatók épületeiben;
 - óvodákban;
 - közoktatási intézménynek a tanulók által is használt helyiségeiben;
 - gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményben;
 - a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények közösségi helyiségeiben;
 - helyi közforgalomban közlekedő tömegközlekedési eszközön, helyiérdekű vasúton, valamint menetrend alapján belföldi helyközi közforgalomban közlekedő autóbussen;
 - sportlétesítménynek a sporttevékenység végzésére szolgáló zárt légtérű helyiségeiben

⁶ T9856 irományszámon törvénymódosítási javaslatként a Parlamentnek benyújtva 2009. május 27-én.

- c. A dohányzóhely ugyanabban a helyiségben nem jelölhető ki, kivéve, ha annak légtere a helyiség egyéb részétől elkülöníthető, vagy az elkülönítés megfelelő légtechnikai megoldás alkalmazásával megoldható.
- d. Ha tűzvédelmi előírás nem tiltja - dohányzóhely kijelölése nélkül is lehet dohányozni
- szórakoztató, vendéglátó szolgáltatást nyújtó közforgalmú intézményeknek kizárólag élelmiszerek, illetve egyéb italáruk kiszolgálására a vendégforgalom számára nyitvaálló helyiségeiben, ha a helyiségben helyben történő fogyasztás céljából meleg- és hidegkonyhai, továbbá cukrászati készítményt nem, illetőleg - az üzletkörnek megfelelően - csak kiegészítő jelleggel hoznak forgalomba;
 - a dohánytermék kereskedelmi bemutatója, vagy egyéb okból történő fogyasztása céljából létrejött rendezvényeken, feltéve, hogy a dohányzást az e törvényben foglalt más rendelkezések egyébként nem tiltják.
- e. Közforgalmú intézményben, zárt térben megtartott rendezvényen, valamint tömegközlekedési eszközön 18. életévét be nem töltött személy még a dohányzás számára kijelölt helyen sem dohányozhat.
- f. A helyi önkormányzat rendeletben közterületet nemdohányzó közterületnek nyilváníthat.
- g. Média és Reklám
A jelenleg hatályos 1997. évi LVIII. törvény 13. § szerint tilos közzétenni dohányáru reklámját, ill. ez a tilalom kiterjed a dohányáru közvetett reklámjára is.

h. Kereskedelem

Dohánytermék nem árusítható közoktatási intézményben, személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményben, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményben, valamint egészségügyi intézményben.

Dohánytermék árumintaként nem forgalmazható.

Dohánytermék

- a) 100 m²-nél nagyobb eladótér-alapterületű üzletben az egyéb termékektől elkülönítve, az üzlethelyiség erre a célra elkülönített részén, (ezekben az üzletekben forgalmazás a pénztárnál nem történhet)
- b) 100 m² vagy annál kisebb eladótér-alapterületű üzletben az a) pont szerinti módon, vagy önálló polcon, illetve a pénztárnál elhelyezett tárolóban, vagy (fenti esetekben a vásárló számára csak a kereskedelmi tevékenységet folytató feladatkörében eljáró személy közreműködésével legyen hozzáférhető; továbbá forgalmazási helyből együttesen legfeljebb

- a) a legalább háromezer négyzetméter eladótér-alapterületű üzletekben három,
b) a háromezer négyzetmétert el nem érő eladótér-alapterületű üzletekben egy
jelölhető ki.)
c) kizárólag dohánytermékek, illetve azok fogyasztásához kapcsolódó, külön törvényben,
vagy annak felhatalmazása alapján megalkotott jogszabályban meghatározott kiegészítő
kellékek forgalmazására szolgáló önálló üzletben
hozható kereskedelmi forgalomba⁷.

Cigaretta forgalomba hozni csak abban az esetben lehet, ha a forgalomba kerülő
fogyasztói csomagolási egység felirata - szembetűnően, kontrasztos háttérben, jól
olvashatóan, tartósan, magyar nyelven - egyaránt tartalmazza

- egyik főoldalán, az oldal legalább 30%-át kitevő felületen:
 - „A dohányzás súlyosan károsítja az Ön és a környezetében élők
egészségét!” figyelmeztetést, vagy
 - „A dohányzás halált okozhat!” figyelmeztetést,
- másik főoldalán, az oldal legalább 50%-át kitevő felületen külön jogszabály szerinti,
szabadon megválasztható képes egészségvédő figyelmeztető feliratot⁸, valamint
- egyik keskenyebb oldalán, az oldal legalább 10%-át kitevő felületen, a cigaretta főfüst
egységnyi mennyiségében lévő kátrány- és nikotin-, valamint szén-monoxid-tartalom
számszerű értékét.

i. Szankció – egészségvédelmi bírság

Egészségvédelmi bírság megfizetésére köteles, aki a dohányzásra vonatkozó
jogszabályok előírásait nem tartja be.

A rendelkezések betartásának ellenőrzésére és bírság kiszabására az egészségügyi
államigazgatási szerv jogosult.

A két felmérés (2003 és 2008) közötti időszakban az alábbi rendelkezések voltak
érvényben fiatalok dohánytermékkel való kiszolgálása tekintetében:

„A 18. életévét be nem töltött személy kereskedelmi forgalomban nem szolgálható ki
dohánytermékkel. A forgalmazó feladatkörében eljáró személy kétség esetén - saját
eljárási jogosultságának igazolását követően - életkorának hitelt érdemlő igazolására
hívhatja fel a dohányterméket vásárolni kívánó személyt. Az életkor megfelelő
igazolásának hiányában a dohánytermék kiszolgálását meg kellett tagadni.”

⁷ T9856 irományszámon törvénymódosítási javaslatként a Parlamentnek benyújtva 2009. május 27-én.

⁸ T9856 irományszámon törvénymódosítási javaslatként a Parlamentnek benyújtva 2009. május 27-én.

Jogszabálygyűjtemény

- Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (kihirdetve: 2005. évi III. törvény)
- 102/2005. (X. 31.) FVM rendelet a dohánytermékek gyártásáról, forgalmazásáról és ellenőrzéséről
- 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról
- 16/1968. (IV. 9.) Korm. rendelet a dohány termeléséről, feldolgozásáról, forgalomba hozataláról és jövedéki ellenőrzéséről
- 77/1982. (XII. 20.) MT rendelet a dohány termeléséről, feldolgozásáról, forgalomba hozataláról és jövedéki ellenőrzéséről szóló 16/1968. (IV. 9.) Korm. rendelet módosításáról
- 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről
- 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
- 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről
- 1995. évi LXIV. törvény a Gyermekek és Ifjúsági Alapról, a Nemzeti Gyermekek és Ifjúsági Közalapítványról, valamint az ifjúsággal összefüggő egyes állami feladatok ellátásának szervezeti rendjéről
- 1996. évi I. törvény a rádiózásról és a televíziózásról
- 1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről
- 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
- 2003. évi CIII. törvény a határokat átlépő televíziózásról szóló európai egyezményt módosító, Strasbourgban, 1998. szeptember 9-én kelt (október 1-jén elfogadásra megnyitott) Jegyzőkönyv kihirdetéséről
- 2003. évi CXXVII. törvény a jövedéki adóról és a jövedéki termékek forgalmazásának különös szabályairól
- 2008. évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól