



Miskolci Egyetem

Egészségügyi Kar

Egészségügyi szervező alapszak

Egészségturizmus szervező szakirány

DOHÁNYZÁS – CSAK ROSSZ SZOKÁS VAGY FÜGGŐSÉG?

dr. Rucska Andrea

Terjék Zsófia

2016

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	1
1.1. Téma meghatározás és célkitűzés.....	1
1.2. Motiváció.....	1
1.3. Hipotézisek	2
2. Szakirodalmi áttekintés	3
2.1. Az egészségmagatartás	3
2.2. A függőség.....	4
2.3. A dohányzás története	8
2.4. A dohányzás legjellemzőbb formái	9
2.4.1. Pipázás	9
2.4.2. Cigarettazás	9
2.4.3. Szivarozás	9
2.4.4. Bagózás	10
2.4.5. Tubákolás	10
2.5. A dohányzási függőség.....	10
2.6. A dohányzás mechanizmusa.....	13
2.7. A dohányzás egészségre káros hatásai	15
2.7.1. Rosszindulatú daganatok.....	16
2.7.2. Szív- és érbetegségek	18
2.7.3. Idült légúti betegségek	18
2.7.4. Egyéb betegségek.....	19
2.8. A dohányzásról való leszokás és leszoktatás.....	21
3. Anyag és módszer.....	27
4. Eredmények.....	29

5. Megbeszélés	39
5.1. Hipotézisvizsgálat.....	39
5.2. Megállapítások.....	41
6. Összefoglalás.....	43
Irodalomjegyzék	45
Mellékletek.....	
1. sz. melléklet - kérdőív: Dohányzás a 18-25 évesek körében	

1. Bevezetés

1.1. Téma meghatározás és célkitűzés

Szakdolgozatom központi témaköre a dohányzás és az egészségmagatartás kapcsolata. Bemutatom az egészségmagatartás legmeghatározóbb jellemzőit, majd a dohányzás történelmi hátterét és legelterjedtebb formáit. A dohányzási függőségnek megismerése pedig fontos szerepet játszik a szakdolgozatom kapcsán végzett kutatásomban.

Internetes kérdőíves megkérdezés által kívánok betekintést nyerni a fiatalok egészségmagatartásába, a dohányzást – mint egyetlen, ámde igen jelentős egészségkárosító tényezőt – vizsgálva. A kutatásom célcsoportját a 18-25 éves fiatalok alkotják, akik többnyire vagy tanulmányaikat végzik, vagy már sikerült elhelyezkedniük és jelenleg dolgoznak.

Úgy vélem, hogy a dohányzás nem csupán egy rossz szokás sok fiatal életében, hanem egy olyan függőség, mely befolyással bír a szociális, anyagi, és pszichés helyzetére is. Szeretném tudni, hogy a dohányzás témakörében összeállított kérdőívemet kitöltők hogyan vélekednek erről a kérdéskörrel, továbbá keresem a fiatal felnőttek valódi motivációját mely dohányosokká teszi őket. Feltérképezésre kerülnek a dohányzási szokásaik, valamint hangsúlyt kapnak ezen belül a szociális tényezők is – mint a dohányzási tevékenység feltehetően hajlamosító paraméterei. Ezeken túl a megkérdezés egyik központi témája – mint a dohányzók egészségmagatartásának kulcsfontosságú kérdésköre – a leszokási hajlandóság és annak eszközei, módszerei, valamint az eredmények vizsgálata.

1.2. Motiváció

Azért tartom különösen fontosnak a megkérdezett korosztály egészségmagatartását, és azért is szeretnék szakdolgozatomban ezzel a kérdéskörrel foglalkozni, mivel a jelenleg 18-25 életévüket töltő fiatal felnőttek egy több szempontból is jelentős

társadalmi csoportot alkotnak. Lehetőségük van közvetve vagy közvetlenül véleményt formálni, beleszólni, esetleg még dönteni is (a megfelelő pozícióban) hazánk egészségpolitikájáról, egészséghez való viszonyáról, egészségturizmusáról, továbbá az egészségmegőrzés oktatási rendszerben való megjelenéséről és persze nem utolsósorban a mögöttük álló új generációnak való példamutatásban is élen járnak. Vagyis ha látszólag nem is tulajdonítunk túl nagy jelentőséget a „felnőtt világba lépő” emberek dohányzásra irányuló egészségmagatartásának, meggyőződésem, hogy igenis súlya van minden egyes elszívott cigarettnak, hisz egy olyan társadalmi jövőképet sejtet, melyben még több egészségügyi problémával kell megküzdenünk mint az eddigi generációknak, és amelyben gyermekeink a jelenleginél is borúsabb egészségi kilátásokkal jönnek a világra.

1.3. Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a kérdőívet kitöltő fiatal felnőttek legalább 20%-a csupán alkalmi vagy „buli” dohányos.
2. Úgy gondolom, hogy a szociális dohányzók közé sorolható a megkérdezett dohányosok legalább 10%-a.
3. Véleményem szerint az iskolai képzettséggel fordítottan arányosan nő a dohányzók száma a megkérdezett korosztályban.
4. A kérdőívet kitöltő rendszeresen dohányzók egy része feltehetően szeretne leszokni a dohányzásról, azonban ezen emberek kevesebb mint 70%-a tett erre ténylegesen kísérletet.
5. Feltételezem továbbá, hogy azon emberek legalább fele, akik kísérletet tettek valamely módszerrel a dohányzással való felhagyásra, újra visszatértek ezen korábbi szokásukhoz 1 éven belül.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Az egészségmagatartás

A fiatal felnőttek dohányzáshoz viszonyuló egészségmagatartásának megértéséhez elengedhetetlen, hogy röviden bemutassam az egészségmagatartás definícióját és annak meghatározásával kapcsolatos felvetéseket.

Egy roppant egyszerű és lényegre törő megfogalmazás szerint az egészségmagatartás nem más, mint az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége (Pikó 2002). Azonban ha belegondolunk, ez koránt sem ennyire leegyszerűsíthető, mivel az embereknek lényegében a legtöbb viselkedésbeli megnyilvánulása rendelkezik több vagy kevesebb egészségügyi relevanciával, és ezek pozitív illetve negatív irányba módosíthatják egészségügyi helyzetünket. Ilyenek lehetnek a táplálkozási szokásaink, a fizikai aktivitáshoz való hozzáállásunk és készségeink, a közlekedésben mutatott attitűdünk, a szexuális szokásaink, nem elhanyagolhatóak továbbá a higiéniai törekvéseink, fizikai megjelenésünk és természetesen a betegség és gyógyulás valamint függőség témaköréhez kapcsolódó tudáselemeink, valamint ezek gyakorlatba való átültetése. Ezek alapján következtetésképpen megállapíthatjuk, hogy az egészségmagatartás az emberi életvitel egy sajátos megnyilvánulása, és többnyire tudatos döntések formálják, vagyis az egészségi állapotunk jelentős mértékű kontroll alatt tartható általa (Fodor 2013).

Az egészségmagatartást tovább boncolgatva két csoportra oszthatjuk fel a viselkedési formákat, melyek az egyén életvitelét alkotják, és az egészségét formálják, ezek pedig az egészségre pozitív és az egészségre negatív viselkedésbeli megnyilvánulások. A pozitív egészségmagatartás alapvetően akkor lesz valóban eredményes, ha mind preventív mind protektív (védelmező és fenntartó) valamint fejlesztő törekvések is jellemzik, vagyis tudatosság, és célirányos szervezés áll mögötte. A negatív, vagyis egészségkárosító (destruktív) magatartás során az egyén elősegíti a betegségek kialakulását, tehát egyfajta egészségkockázati magatartást gyakorol (Fodor 2013). Pikó Bettina megállapítása szerint, azt hogy kockázati vagy preventív

magatartásformát tanúsítunk-e, befolyásolhatja egy speciális egyénre jellemző beállítódás, mely alapján a hosszú vagy rövid távú előnyök megszerzése vezérli. „Ha összehasonlítjuk a kétféle magatartásformát, azt állapíthatjuk meg, hogy míg a kockázati magatartásnál az előnyök rövid távon jelentkeznek, a hátrányok – azaz a betegségek – pedig csak hosszú távon, addig a preventív egészségmagatartásnál éppen fordított a helyzet: a hátrányokkal – azaz olyan cselekedetekkel, amelyek olykor lemondással vagy akár kellemetlenséggel járnak – rövid távon kell számolni, amelyek csak hosszú távon térülnek meg egy egészségesebb élet reményében.” (Pikó 2002, 31-32. old.)

Urbán Róbert szembe állította az egészségre kedvező és egészségre kedvezőtlen viselkedési formákat, mely szerint például, ha az addikcióval – azon belül is a dohányzással – kapcsolatos viselkedéseket vizsgáljuk, akkor egészségre kedvező viselkedésnek számítanak a dohányzásról való leszokásra irányuló törekvésnek, a dohányzás pedig egészségre kedvezőtlen tevékenységként szerepel (Urbán 2001).

Ahhoz, hogy a dohányzási motivációról, szokásokról egy pontosabb képet kaphassunk, most meg kell vizsgálnunk a függőség fogalmát és jellemzőit, hiszen a dohányzás az egyik legelterjedtebb függőség.

2.2. A függőség

A függőség, vagy másképpen addikció – mely az emberek közel 80%-át érinti életük során – szintén meghatározható néhány szóban nagyon egyszerűen. Ennek megfelelően a függőség valamilyen szokás rabjaként azonosítja az embert. Sok szakértő próbált olyan definíciót megfogalmazni, mely átfogó képet ad az addikcióról, egyik ilyen a következő is: „...krónikus neurobiológiai kórkép... olyan viselkedési jellemzőkkel, amelyek között a következő felsorolásból egy vagy több megtalálható: valamilyen vegyület (narkotikum, alkohol) feletti kontroll elvesztése, annak kényszeres tartós és folyamatos használata annak ellenére, hogy az károsodással és gyötrellemmel jár” (Máté 2008, 194. old.). Ez alapján tehát megállapítható, hogy egy visszatérő cselekvésről vagy viselkedésformáról van szó,

amelyhez az adott személy kényszeresen ragaszkodik tekintet nélkül az egészségére, illetve környezetére gyakorolt hatására. Nem csupán fizikai – egészségre gyakorolt – romboló hatása van, hanem képes felborítani az egyén pszichológiai egyensúlyát, valamint a társas, szociális kapcsolatait is. Fontos továbbá megjegyezni, hogy egy adott szerhez vagy tevékenységhez kapcsolódó függőség nem a mennyiségen vagy a gyakoriságon múlik, hanem a kifejtett hatásán. Ha tartós fogyasztásról van szó és az abbahagyást követően többször is visszaesővé válik a fogyasztója, akkor már egyértelmű, hogy addikcióról van szó. Vannak további jelek is, melyek azt mutatják, hogy valóban szenvedélybetegség áll a tevékenység hátterében, ezek közé tartozik a kényszeresség, a tevékenység feletti ellenőrzés elégtelensége, és ha az adott személy ingerültté válik vagy gyötrődik amikor a függősége tárgya elérhetetlenné vagy kivitelezhetetlenné válik – vagyis úgynevezett megvonási tüneteket produkál. Az addikciók lényege vagy célja a tevékenység által kifejtett hatás, amely lényegében nem más, mint egy pszichológiai állapot elérése. Ugyanakkor emellett további elemek is részét alkotják ennek a komplex viszonyrendszernek. Csak hogy néhányat említsek: szociális, neurológiai, spirituális vagy emocionális illetve biológiai tényezők. A függőséget vizsgálva meg kell említenünk egy jelenséget, mely nagy veszélyeket rejt magában, ez nem más, mint a tolerancia kialakulása vagy az úgynevezett hozzászokás. Ennek következtében a kívánt hatás eléréséhez egyre többet kell fogyasztani a függőséget okozó szerből, így az előbb említett több dimenzióban nem kívánatos hatások és kockázatok egyre nagyobb méreteket öltenek (Máté 2008).

Az addikt személyeket tulajdonképpen három kategóriába sorolhatjuk abból a szemszögből vizsgálva, hogy hogyan tekintik saját függőségüket. Az első csoport tagjai egyáltalán nem ismerik fel a függőségük tárgyában rejlő veszélyeket, éppen ezért nem is tesznek erőfeszítéseket arra, hogy felhagyjanak az adott szer fogyasztásával. Ők az örökös tagadók, saját védelmükben racionális magyarázatokkal rukkolnak elő tevékenységük indokaként. Egy másik típusa a függőknek, akik nagyon is szeretnék abbahagyni a függőségük tárgyát jelentő tevékenységet, és erre vonatkozóan esküdznek, gyözködik saját magukat és környezetüket is, azonban a sok negatív hatás és a csalódottság okozta fájdalom

ellenére folyton visszaesnek. A harmadik csoport tagjai pedig egyáltalán nem tagadják tetteiket, azonban nem is akarnak leszokni. Nyíltan vállalják a következményeket, tisztában vannak a kockázatokkal, azonban az a határozott álláspontjuk, hogy a függőségük csak rájuk tartozik, és az ő bajuk (Máté 2008). Természetesen ez utóbbi felfogás nagyon is téves, hiszen az addiktológia – mint tudományág – úgynevezett társfüggőknek nevezi a szenvedélybetegekkel tartósan együtt élőket. Ez tehát azt jelenti, hogy a függőségek tágabb értelemben a társadalomra is hatást gyakorolnak – különösen, ha a dohányzás kapcsán a passzív dohányosokra gondolunk (Szabó 2010). Összességében mindhárom addikt csoportra vonatkozóan elmondhatjuk, hogy a káros vegyületekhez vagy tevékenységükhöz azzal az erős céllal ragaszkodnak, hogy megszüntessék magukban a kielégületlenség érzését, továbbá megnyugodjanak és feldobódjanak. Mindezt annak ellenére, vagy annak tudatával teszik, hogy addikciójuk mind fizikailag, mind erkölcsileg, továbbá szociálisan és pszichésen is bomlaszt és rombol (Máté 2008).

Egy bizonyos idő elteltével sajnos annyira rögzülni tud egy szenvedély, hogy saját erejéből vagy elhatározásából már szinte képtelen elhagyni azt bárki is, vagy legalább is újra és újra visszaesik egy rövid idő elteltével. A leszokás kilátásai a korai szakaszban a legkedvezőbbek, ekkor a legnagyobb szerepe a közvetlen környezetnek van – barátok, családtagok – akik felismerhetik az előjeleit, illetve korai tüneteit a szenvedélybetegségnek. Természetesen ez önmagában nem elegendő ahhoz, hogy valaki a gyógyulás útjára lépjen; feltétlenül szükséges, hogy valóban meg akarjon szabadulni az adott szer vagy cselekvés rabságából. Ehhez első sorban be kell ismernie, hogy segítségre szorul, és esetleg legyen hajlandó külső szaksegítséget is igénybe venni. Addig fontos szem előtt tartani és komolyan venni a „lecsúszás” lehetőségét, amíg az adott tevékenység nem jelent mást, csak öröm- vagy élvezeti forrást, mert utána már egyre csökkennek az esélyek a szenvedélyből való kigyógyulásra. Természetesen pont erről lemondani nem is olyan egyszerű, hiszen az ember ösztönösen ragaszkodik ahhoz ami jó és kellemes érzéssel, kielégüléssel tölti el, valamint a negatív érzéseket – mint például szorongás vagy feszültség – megszünteti. Az ilyen fajta örömekért sok ember hajlamos lemondani más fontos (vagy később fontossá váló) dologról, valamint kockáztatni a testi, szociális, és lelki

jóllétét is. Természetesen itt kulcsfontosságú megemlíteni a mértékletességet, hiszen amíg valaki ezt figyelembe véve, vagyis alkalmatosan él olyan kémiai szerekkel amikhez hozzászokhatna, akkor megelőzheti a függőség kialakulását. Dr. Szabó Mihály szerint az emberi cselekvésnek „el kell zárkózni a „jótól”, hogy később a „rossz” ne következzen be, ami nagyobb kellemetlenséget okoz, mint amekkora örömet szerezne a kézenfekvő cselekvés” (Szabó 2010, 21-22. old.). Csakhogy ezzel ellentétben az emberek sok esetben megkockáztatják a későbbi rosszat a jóért cserébe, bízva abban, hogy mégsem következik be a rossz, a büntetés. Ezek lehetnek anyagi vonatkozású, társas kapcsolati, továbbá önbecsülési vesztségek egyaránt (Szabó 2010).

Dr. Szabó Mihály azt is kifejti könyvében, hogy vannak bizonyos testi és lelki tényezők, melyek hajlamosítanak a függőség kialakulásában. Ilyenekként említi meg például a családi és szociális mintát, amit a gyermekkori tapasztalataink alapján hozunk, a lélektani hajlandóságot, ami az örömhíányt hivatott kompenzálni, a veszélykeresést és ennek szorongást oldó izgalmi élményét, a társaslélektani hajlamot, továbbá bizonyos személyiségjegyeket, mint például: identitási zavar, infantilitás, depresszió, antiszociális személyiség, emberi kapcsolatokban fennálló gátlás vagy alacsony frusztrációs küszöb (Szabó 2010).

A szenvedélybetegségben szenvedő személy által használt szer elhagyásakor olyan elvonási tünetegyüttes vagy állapotváltozás lép fel, melyek igazolják a függőséget. Az addikció mértéke annál nagyobb, minél erősebbek a hiánytünetek – súlyos esetben ezek akár halálos kimenetelűek is lehetnek. „A kémiai szerek hiánya okozta tünetek biológiai szükségletre, biokémiai és anyagcsere-zavarra támaszkodnak, ebből kifolyólag gyakorlatilag leküzdhetetlenek” (Szabó 2010, 24. old.). A súlyosan addikt személy életfunkciói és életcéljai központjában szenvedélye áll, így elmondható, hogy ez egy komplex agyi és fizikai megbetegedés. Ebből adódóan a szenvedélybetegség gyógyítása csak alig megoldott, vagy szinte nem is lehetséges, így csak a megelőzés vagy a korai szakaszban való intézkedés lehet valóban hatékony ellene. Egy ilyen alig leküzdhető addikció a dohányzás is (Szabó 2010).

2.3. A dohányzás története

Mielőtt a dohányzási függőség kialakulásának folyamatát, a mechanizmusát és hatásait részletekbe menően bemutatnám, röviden szeretném vázolni a történelmét, hogy honnan is származik és hogyan vált olyan uralkodó tevékenységgé, mely gazdaságilag és egészségügyi vonatkozásban is markában tartja a világot.

A dohányzás lényegében a dohánylevelek különféle formában történő használatát jelenti, s ennek legjellegzetesebb formája a levelek elégetése. Amerika felfedezése előtt az ősi amerikai indián kultúrákban a papok a dohányfüst elszívásakor a nikotintól való kábultságot az istenek közelségének tekintették. Később a köznép is csatlakozott a pipázáshoz, és a békepipát körbeadva elűzték a haragot és ártó szellemeket. Európában az 1500-as években terjesztették el a dohányzást az Amerikából hazatért hódítók, akik azt hitték, hogy az indiánok a dohányfüsttől erősek és egészségesek. A XVI. század végén a dohányt orvoslásra is használták (szirup, kenőcs és pirulák formájában), és a hatóanyagát, a nikotint is egy orvosról, Jean Nicot-ról kapta. Ahogy egyre általánosabbá vált a dohányzás Európában, úgy jelentek meg a különféle tiltó intézkedések is, hiszen már akkor is voltak akik felismerték, hogy az egészségre ártalmas, valamint a gyakori tüzeseteket is meg akarták előzni. Ezek a tilalmak azonban nagyon kegyetlenek voltak, úgymint az orr széthasítása vagy a szibériai száműzetés, de még a halálbüntetés is elfogadott volt – csak hogy néhány példát említsek. Ám sokakat ez sem riasztott vissza, és a XVIII. századtól három tényezőnek köszönhetően rohamosan kezdett terjedni a dohányzás a társadalom minden rétegében. A gyakori háborúk, az üzleti érdek a nagy adóbevételek miatt és a nagy pestis járványok (hitték, hogy a füstölés megakadályozza a terjedését) járultak hozzá, hogy mindmáig is fejlődjön a dohányzás kultusza, és egyre gyorsuló karrierje beinduljon. A XX. század elején a cigaretta nagyipari gyártása révén tömegesen terjedt a dohányzás. Volt időszak, hogy a férfiak 80%-a cigarettázott, de a hatvanas évektől fokozatosan csökkent ez az arány, mivel felismerték a káros következményeit (Kovács 2007). A következő fejezetben bemutatom néhány jellegzetes módját, hogy hogyan lehet dohányozni.

2.4. A dohányzás legjellemzőbb formái

2.4.1. Pipázás

Ez az ősi formája a dohányzásnak, ahogy az a dohányzás történetéből is kiderül. Ma már csak nagyon kevesen pipálnak, azok, akiknek van idejük rá, hogy majd egy órán keresztül szívják az illatosított füstöt pipájukból. Többféle pipát is elkülöníthetünk egymástól anyaga és mechanizmusa szerint is, néhány példa ezekre a tajtékpipa, porcelánból vagy gyökérből készült pipák, illetve a vízipipa. A pipázást időigényessége miatt a történelem során felváltotta a cigaretta (Kovács 2007).

2.4.2. Cigarettazás

Ez a világon legelterjedtebb módja a dohányzásnak már jó ideje. Tulajdonképpen papirosba csavart vagdalt dohányleveleket rejt magában a cigaretta. Előnyei közé tartozik, hogy használata kényelmes, mivel könnyen elfér bárhol és rövid idő alatt el lehet szívni a kész cigiket. Vannak azonban, akik úgynevezett sodort cigarettát szívnak, melyet saját magunknak töltenek. Ezt a módot egyesek ingyencséből, mások pedig költséghatékonyság miatt választják (Kovács 2007).

2.4.3. Szivarozás

A szivarok méretükben, töltött anyagukban és szívási módszerükben is eltérnek a cigarettától. Nagyobbak hosszúságra és szélességre is, a dohány összesodort levelébe töltenek más jellegű dohányleveleket és nem szokták letüdőzni, csak szájban forgatni a füstöt, hogy a nyálkahártyán keresztül szívódjon fel a nikotin. A szivarozás is időigényes tevékenység, és költségesebb is jóval, mint a cigarettazás, mivel a szivarokat általában kézzel készítik még ma is (leghíresebbek a kubai szivarok) (Kovács 2007).

2.4.4. Bagózás

A tévhitekkel ellentétben ez nem a cigarettázás szinonimája, hanem egy úgynevezett füstmentes dohányzási forma, mely a gumiszerűre préselt, pácolt, pörkölt dohány rágását takarja. Főként Ázsiában használatos dohányzási módszer, de nem túl elegáns, mivel köpködés is együtt jár vele (Kovács 2007).

2.4.5. Tubákolás

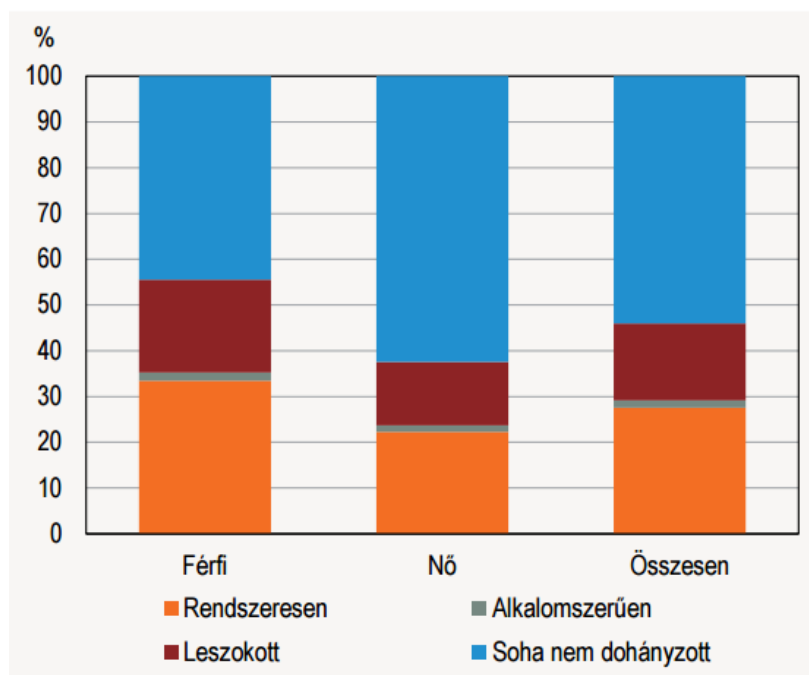
Ez szintén egy füstmentes dohányzási forma, mely során a finom porrá tört dohányt orron keresztül szippantják fel, mely tüsszentésre ingerli a fogyasztóját. Itt is van lehetőség a dohány illatosítására, aromák használatára, ám ez sem igazán használatos dohányzási forma már napjainkban (Kovács 2007).

2.5. A dohányzási függőség

A dohányzás világszerte egy kitüntetett probléma annak köszönhetően, hogy egy rendkívül széles körben elterjedt magatartásmód, mely többnyire fiatal életkorban kezdődik és egy hosszantartó, nagymértékű nikotinfelvétellel járó életvitel követi. A kutatások szerint a dohányzásra való rászokás jelentősége túlmutat önmagán, és a közegészségügy első számú ellensége. Az Egészségügyi Világszervezet véleménye is sokatmondó a dohányzásról, amelyben a XXI. század pestiseként nevezi meg (Szabó 2010). A nikotin – a függőség fő képviselőivel (pl. kokain, heroin) szemben – mint drog, ártalmatlannak tűnő szereposztást kap, ám semmiképp sem lehet kis jelentőségű addiktív szerként kezelni. Ennek oka, hogy a dohányzás valóságos „kapudrognak” minősül olyan értelemben, hogy más kémiai szerek rendellenes használati és hozzászokási kockázati modelljének illetve közvetítőjének bizonyul. A nikotin által létrejött függőség pedig a legelrettentőbb kábítószerhez hasonló, mivel a hozzászokás rövidebb idő alatt fejlődik ki, mint bármelyik más kábító hatású szernél, de nem tartja kevésbé markában a fogyasztót, mint a kemény drogok. És ezen persze az sem segít, hogy mivel a dohány termékek legális drognak minősülnek,

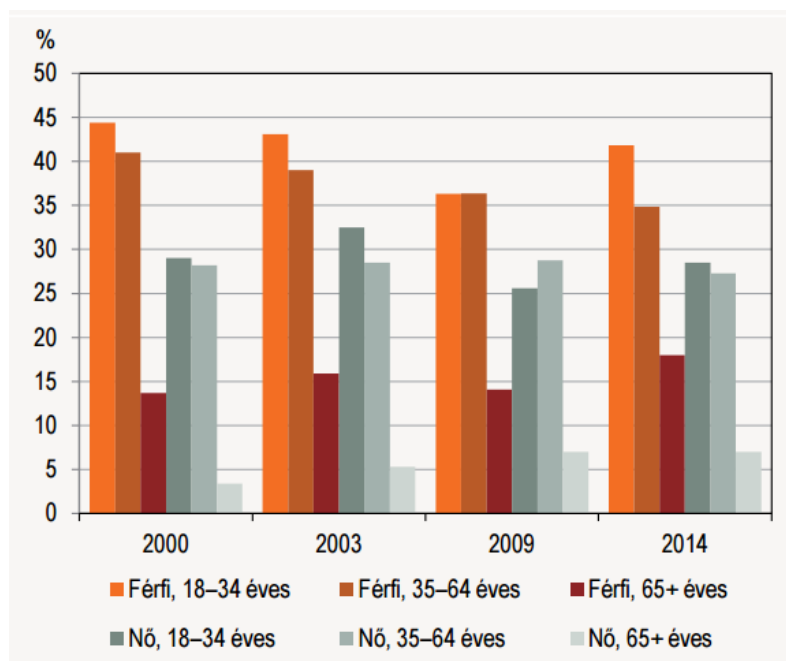
hozzáférsük nem korlátozott. „A dohányzással kezdődik az életciklussal, a társkapcsolatokkal, az intimitással vagy a társadalmi adaptációval járó feszültségek, stresszek enyhítésében a hibás, káros megküzdési módok sora, a diszkomfortérzések, tünetek elhárításának gyakorlata a problémák tudatosítása és megoldása helyett” (Urbán 2007, 10. old.).

A 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés segítségével, mely Magyarországon 9431 – 15 éves és annál idősebb – lakos megkérdezésével zajlott, képet alkothatunk a társadalmunk egészségmagatartásáról az egészségkárosító szokásokat – jelen esetben a dohányzást vizsgálva. A Központi Statisztikai Hivatal által készített felmérés témaköreinek egyike volt ugyanis az egészséget befolyásoló tényezők, és ezen belül is a dohányzás – mint az egyik legkiemelkedőbb veszélyforrás az egészség szempontjából. Többek között Magyarországon is a dohányzás a vezető megelőzhető halálok és betegség társadalmunkban. A daganatos betegségek kialakulásának egyik legfőbb oka, valamint a szív- és érrendszeri továbbá légzőszervi betegségek bekövetkezésében is jelentős szerepe van (ezeket az egészségügyi vonatkozásokat a későbbiekben részletesebben is tárgyalom). A felmérés szerint 2014-ben a felnőtt lakosság 29%-a dohányzott, és ebből mindössze 1,6%-ot tettek ki a csak alkalmanként rágyújtók – vagyis a lakosság közel 28%-a rendszeresen dohányzott. A 2009-ben végzett felmérés eredményével összehasonlítva elmondható, hogy nem sok változás volt tapasztalható, mert akkor a lakosság 27%-a vallotta magát rendszeresen dohányzónak, ez egy százalékponttal kevesebb, mint 2014-ben. Ha a nemek tekintetében vizsgáljuk a dohányzási szokásokat, azt mondhatjuk, hogy férfiak esetében jelentősebb a dohányzás, hiszen egyharmaduk dohányzik rendszeresen, míg a nőknek kevesebb, mint a negyede. Ezt jól szemlélteti az alábbi diagram is, melyet a KSH készített a felmérés eredményeinek összefoglalására (KSH 2014).



1. ábra. Dohányzási szokások nemenként (KSH – Statisztikai tükör 2015/29, 6. old.)

Az egészségfelmérés nyomán az egészséget károsító szokásokat vizsgálva megállapítható, hogy a különböző korcsoportokban is jelentősen eltérnek a dohányzási szokások (ezeken belül is vizsgálták még a nemenkénti megoszlást is). Az eredmények alapján kiderült, hogy 2014-ben a magukat dohányzóknak vallók közül a legtöbben a fiatal korosztályba sorolható (18-34 éves) férfiak, őket követi a férfiak következő korosztálya (35-64 évesek). A 65 éves, vagy annál idősebb férfiak azonban kevesebben dohányoznak, mint a nők a 18-64 éves korosztályban. A legkisebb aránya a dohányzók körében azonban a 65 év feletti nőknek van. Ha összevetjük a 2014-ben végzett statisztikai felmérést a 2000-ben megkérdezettek adataival, akkor szintén érdekes megfigyeléseket tehetünk. Csökkenő tendenciát mutat az eltelt 14 év során a középkorú dohányosok aránya a társadalmunkban (mindként nem esetében megfigyelhető, azonban a nőknél ez a csökkenés inkább csak jelzés értékkel bír). A legidősebb korosztályban – vagyis a 65 évesek vagy idősebbek körében – 2000-hez képest több dohányos volt 2014-ben. A fiataloknál is sajnos emelkedés volt tapasztalható mind a nők, mind a férfiak esetében. Az alábbi diagramot készítette a KSH, mely érzékelteti ezeket a változásokat a két felmérés közti időszakos adatokat is megjelenítve 2003-ból és 2009-ből (KSH 2014).



2. ábra. A rendszeres dohányosok aránya nemenként és korcsoportonként (KSH – Statisztikai tükör 2015/29, 6. old.)

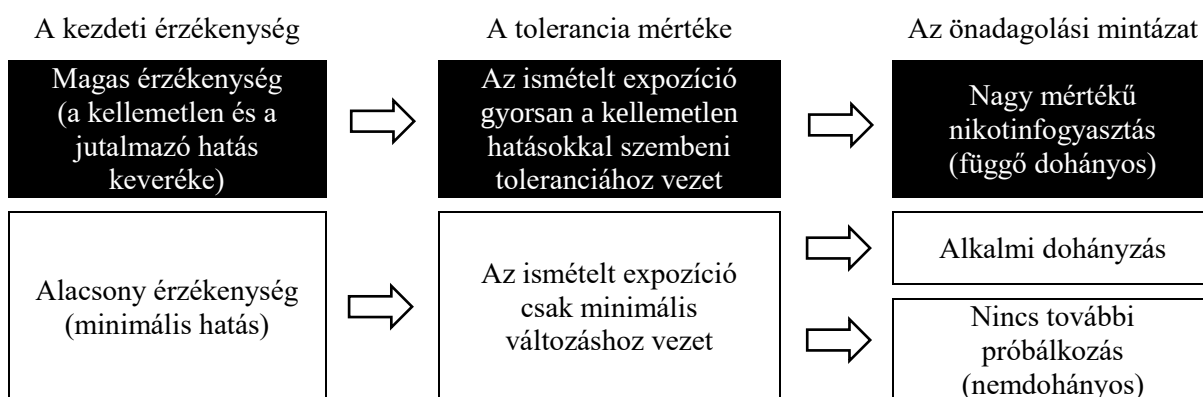
2.6. A dohányzás mechanizmusa

Ahhoz, hogy megértsük, miért is olyan magas a dohányzók aránya – nem csak Magyarországon, hanem világszerte is – a mechanizmusát kell megértenünk amely során kifejti a pozitív hatását a szervezetben. Mivel a cigarettázás a leginkább elterjedt formája a dohányzásnak, ennek a fiziológiáját mutatom be röviden. A cigarettázás során belélegzett magas nikotintartalmú füst legnagyobb része – nagyjából 90%-a – a tüdőbe jut, ahonnan a hajszálerek segítségével a nikotin a véráramba kerül. A tüdővéna segítségével a bal szívkamrába, majd az artériák útján az agyba és a test többi részébe is eljut nagyon rövid időn belül a nikotin – az inhalációt követő akár 7-9 másodpercen belül (így a füst beszívásával gyakorlatilag nagyobb hatékonyságot lehet elérni, mint egy intravénás injekcióval). Ennek köszönhetően már az első slukk elszívása után elkezd hatni a nikotin a központi idegrendszerben, és az ott lejátszódó farmakológiai hatásának köszönhetően csökkenti a distresszt így nyugtatóan hat a szervezetre és a pszichológiai állapotra. Az agyban felszabadít egy dopamin nevű vegyületet, amely javítja a dohányzó

személy hangulatát, valamint a jutalom és motiváció érzetébenben is jelentős szerepe van. Ezeken kívül pedig az intelligencia funkcióit is kedvezően befolyásolja az acetylcholin nevű ingerületátvivő anyag segítségével (Urbán 2007, Szegedi 2012). Az agynak ugyanakkor javul a vérrellátása is, így elősegíti a szellemi munka eredményes végzését valamint hatékony az étkezések utáni fáradtság és álmoság leküzdésében is a vérnyomás megemelésével. Nem mellesleg pedig elősegíti az emésztést a belek és emésztőmirigyek működésének fokozásával. Mivel a nikotin a mellékvesére gyakorolt hatásával fokozza a vércukor mennyiségét is a szervezetben, ezzel csökkenti az éhségérzetet. A nikotin által kifejtett egyéb hatásként a pulzus is gyorsul és javul a test reakciókészsége, valamint éberséget is eredményez (Nagy 2016).

Sokan vannak, akik kipróbálják a dohányzást ilyen vagy olyan okból kifolyólag, mégsem válnak rendszeresen dohányzókká, illetve nikotin függőkké a fent sorolt kedvező hatások ellenére. Ennek magyarázata egyrészt abban rejlik, hogy akik nincsenek hozzászokva a nikotin hatásához, gyakran tapasztalhatják hányinger, hányás vagy szédülés fellépését, esetleg még kézremegést is az izomtónus csökkenése miatt. Ennek következtében az első néhány dohányzásra tett próbálkozások alkalmával keverednek a kellemetlen és kellemes – vagy másképpen jutalmazó hatások. Abban, hogy ezek közül melyik kerekedik fölül az egyénben, kulcsfontosságú szerepet játszik a kezdeti nikotinérzékenység. Ha ez magas, akkor a dohányzásra tett próbálkozások során tolerancia alakul ki a kellemetlen tapasztalatokkal szemben, így a pozitív hatások kerülnek fölénybe, és nagy valószínűséggel egyre nagyobb mértékű nikotinfogyasztóvá válik az illető. Ez persze az előzőek fényében nem meglepő, hiszen a jóhoz könnyű hozzászokni és nagyon nehéz róla lemondani vagy megválni tőle. Akik viszont alacsony érzékenységet mutatnak a nikotinnal szemben (vagyis a pozitív hatások csak minimálisan, vagy egyáltalán nincsenek jelen) azok vagy nem fognak többet rágyújtani – mivel hogy nem látják „értelmét” – vagy csak alkalmi dohányosok lesznek. Ezek alapján azonban felmerül a kérdés: mi dönt afelől, hogy valaki mennyire toleráns a nikotinnal szemben? Urbán Róbert – Pomerleau és munkatársai kutatására támaszkodva – választ ad erre a felvetésre. „A nikotin hatására való érzékenység feltételezhetően biológiailag meghatározott jellemző, amely személyről személyre változhat. Ha egy

személy esetében ez az érzékenység erős, azaz intenzívebb élményeket él át az első cigaretták során akkor az ő esetében fokozottabb a veszélye annak, hogy a későbbiekben nikotinfüggés alakul ki” (Urbán 2007, 45. old.). Urbán Pomerlaeu és munkatársai nikotinérzékenységi modellje alapján vázolta fel alábbi ábráját.



3. ábra. A nikotinfüggés szenzitizációs modellje, amely szerint a nikotinfüggés kialakulásának meghatározó tényezője a kezdeti érzékenység a nikotin pozitív és negatív hatásaira (Urbán 2007, 45. old.)

A nikotinnal szemben magas szenzitivitást mutató személyek, akiknél kialakul a függőség, súlyos – főként – egészségügyi veszélyekkel állnak szemben (szakdolgozatomban csak az egészségügyi relevanciával rendelkező tényezőket vizsgálom a sok egyéb, pl.: gazdasági, társadalmi, politikai, környezetvédelmi stb. vonatkozásokat figyelmen kívül hagyva).

2.7. A dohányzás egészségre káros hatásai

Azon kívül, hogy a dohányzás, mint függőség óriási veszélyt rejt magában, mivel – mint azt már a függőségek alcím alatt is bemutattam – erkölcsi, szociális, fizikai és lelki romlásba valamint anyagi rabszolgasorba hajtja az embert, ezen túlmutató negatív hatásait is szeretném röviden bemutatni. Ezek az információk ismeretesek világszerte, azonban sajnos sok dohányosra még sincsenek hatással, illetve nincs elég

erejük, hogy ezeket szem előtt tartva leszokjanak a dohányzásról. Bizonyított tény, hogy a dohányzás számos betegség kialakulásában játszik közre, még hozzá nem is kis mértékben. Ezek a betegségek jelentős életminőség romlást idéznek elő – jobb esetben, hiszen sok esetben halálos kimenetelűek. Egyértelműen kijelenti az orvostudomány, hogy számos alkalommal megelőzhető lenne a betegség kialakulása és annak romlása, valamint még a korai halálozás is vissza szorítható lenne, ha nem dohányoznának az érintettek. A leggyakoribb betegségeket szeretném röviden ismertetni, melyek a dohányzó emberek legnagyobb ellenségei (Kovács 2007).

2.7.1. Rosszindulatú daganatok

A dohányfüstöt alkotó kémiai elemek nagy része bizonyítottan erős rákkeltő hatású. Az alábbi táblázatban Dr. Kovács Gábor összefoglalta a legfontosabb alkotórészeit a cigarettafüstnek, melyből látható, hogy sok vegyület- illetve elem bizonyos formában történő használata betiltásra került bizonyított karcinogén (azaz rákkeltő) hatása miatt (Kovács 2007).

Nikotin	A dohánynövényben található vegyület, amely felelős a hozzászokásért. Dohányzás során gyorsan felszívódik a véráramba, és néhány másodperc alatt az agyba jut.
Szén-monoxid	Mérgező gáz, amely gyorsan belép a véráramba, és csökkenti a szervek oxigénellátását, légzési problémákat okoz. A magzatra is káros hatású.
Kátrány	Ragados fekete maradéka ezernyi kémiai anyag előállításának, amely a dohányos tüdejében marad, és rákot okoz.
Aceton	Körömlakk eltávolítására használják.
Ammónia	Száraz vegytisztításra használják.
Arzén	Halálos mérgező, rovarirtó szerekben használják.
Benzol	Rákkeltő oldószer, kémiai üzemekben használják.
Kadmium	Mérgező fém, elemekben használják.
Formaldehid	Rákkeltő folyadék, tetemek konzerválására használják.
Ciánhidrogén	Mérgező gáz.
Vinil-klorid	A műanyagok alapanyaga.
Polónium	Igen mérgező anyag, kémiai elem, radioaktív félfém, a foszfátműtrágyával kezelt dohánynövény füstjéből kimutatható.
DDT	Az első rovarirtószer volt.
Etilén-dioxid	Ezzel végezték korábban a száraz sterilizálást az orvosi rendelőkben, de rákkeltő hatása miatt használatát ott betiltották.
Anilin	Festékek, színezőanyagok alkotószere, természetes körülmények között a kőszénkátrányban fordul elő.
Nitrogén-oxid	Erőteljes környezetszennyező, belélegezve mérgező anyag.

1. táblázat. A cigarettafüst néhány jellemző káros anyaga
(Kovács 2007, 23-24. old.)

A leggyakoribb daganatos megbetegedések, melyek a dohányzás nyomán alakulnak ki: az első számú a tüdőrák, ezen kívül szájüregi daganat, gégerák és nyelőcsőrák, valamint kétszeres a kockázata a hasnyálmirigy- és méhnyakrák kialakulásának, és háromszoros a gyomor- és hólyagrákéknak. A rákkeltő hatását a dohányzásnak persze több tényező is befolyásolja. Számít az elszívott cigaretták mennyisége és erőssége, hogy milyen régóta és hány éves kora óta dohányzik valaki, mennyire erősen szívja és meddig tartja a tüdejében a füstöt. Az is fontos, hogy a leszokást követő 1-1,5 évig még nagy a kockázata a rákos sejtek burjánzásának, majd egyre csökken, de csak 10-15 év múlva válik a nem dohányzókéval hasonlóvá a valószínűsége. Érdekes még, hogy az alkohol fogyasztása tovább növeli sok esetben a rákkeltő hatást (Kovács 2007).

2.7.2. Szív- és érbetegségek

A szív- és érbetegségek a fejlett országokban – köztük Magyarországon is – a vezető halálokat jelentik. Ide soroljuk többek között a szívinfarktust, az embóliát, a magas vérnyomást, az érelmeszesedést, az agyvérzést és az agylágyulást, valamint az agyi- és végtagi verőérszűkületet. Ezen betegségek okozta haláleseteket is le lehetne redukálni bizonyos mértékben, ha a dohányzást ki lehetne iktatni, de legalábbis vissza lehetne szorítani a társadalomban, mivel a dohányzás – akárcsak a daganatos betegségek esetében – nagyban növeli ezeknek a betegségeknek a kialakulási kockázatát, a meglévő betegséget pedig rohamosan rontja. Egy évvel a dohányzás abbahagyását követően már felére, 10-15 év elteltével pedig tovább csökken a kockázat a nem dohányzókéhoz hasonló szintre. Az érrendszeri betegségek következtében felléphet beszédzavar, tartós vagy maradandó bénulás, esetleg végtag üszkösödés is mely amputációt von maga után, a halálos kimeneteleket nem is említve. Jó lenne, ha a dohányzó társadalmi rétegbe tartozó emberek belátnák, hogy ezeknek bármelyike is túl nagy ár azért az élvezetért, amit a dohányzás nyújthat (Kovács 2007).

2.7.3. Idült légúti betegségek

Mivel a dohányzás során az amúgy is szennyezett levegő dohányfüsttel együtt kerül belélegzésre, a hörgők nem képesek kellő tisztító tevékenységre, így a legtöbb régóta dohányzó embernek szembe kell néznie idült légúti szűkülettel, rendszeres és fájdalmas köhögéssel valamint fulladásos tünetekkel – mivel ezek nagyon gyakori és súlyos szövődményei a dohányzásnak. Ezen betegségek összefoglaló neve COPD vagy másképpen krónikus hörghurut, melyben szenvedő emberek 80%-a egyértelműen a dohányzás következtében betegedett meg. A tünetek csak fokozatosan jelennek meg. Először csak évente néhány alkalommal, majd fizikai aktivitásra, aztán mindennapi terhelés következtében, végső soron pedig már nyugalmi állapotban is jelen vannak. A COPD betegségek következtében jelentősen csökken a tüdő kapacitás, ami az öregedési folyamatok során az egészséges embereknél is jelentkezik, de ebből adódóan a dohányzóknál nagyobb mértékben

romlanak a légzésfunkciós értékek és ez korai halálozást is jelent számukra. A dohányzás abbahagyásával a légzésfunkciók csökkenése mérséklődik, visszatér a normális szintre, hiszen a hörgők regenerációja már 24 óra elteltével megkezdődik, fél év elteltével pedig mérséklődnek a köhögéses és nehézlégzéses panaszok is (Kovács 2007).

2.7.4. Egyéb betegségek

A szív-és érrendszeri, a daganatos és a légúti betegségek dohányzással való összefüggése még benne is van a köztudatban, azonban vannak olyan betegségek, melyekről az emberek többsége nem is tudja, hogy a dohányzás növelheti kialakulásuk kockázatát. A teljesség igénye nélkül ilyenek például a cukorbetegség bizonyos formája, a trombózisok, a szürkehályog, a csontritkulás, de még a gyomorfekély kialakulása is szintén ide sorolható. Sajnos a dohányzás szerepet játszik sok esetben a meddőség és impotencia kialakulásában, a menopauza korai jelentkezésében és a női nemi vágy csökkenésében is. Amennyiben a várandósság alatt az édesanya nem hagyja abba a dohányzást, ez a magzat számára fejlődési rendellenességet, koraszületést eredményezhet, majd a csecsemő halálozási esélye megnő, gyermekkorban az asztma kockázata, az iskolában pedig rosszabb tanulók lehetnek ezek a gyermekek (Kovács 2007). Ezek mellett az egészségügyi kockázatok mellett persze eltörpülő tényező, azonban fontos megemlíteni, hogy a dohányzás esztétikai károsodásokat is von maga után, hiszen szövetkárosító hatással bír a szervezetben, így korai arcráncosodást valamint „narancsbőr” jelenséget produkál (Szabó 2010). A körmök és fogak sárgulása mellett még a haj is megsínyli az évek óta tartó dohányzást, hiszen szárazzá és törékennyé válik, a hamar kihulló fogakról nem is beszélve (Kovács 2007).

A passzív dohányosok – vagyis a dohányzók környezetében élők, tartózkodók, akik a dohányosok által kifújt, és cigarettából származó füstöt ugyanúgy belélegzik – szervezetébe részben hasonló, részben más, de szintén mérgező anyagok kerülnek. Ők is magasabb arányban lesznek például tüdőrák, vagy szívinfarktus áldozatai, mint akik nincsenek kitéve passzív dohányzásnak (Kovács 2007).

A dohányzás betegségek kialakulásában való közreműködésén túl jól ismert a korai halálozással való összefüggése is. Egy becslés szerint „a dohányzók közel egyharmada 10-15 évvel korábban hal meg, mint a nem dohányzók” (Urbán 2007, 25. old.). Éppen ezért is tartják a dohányzást a legsúlyosabb elkerülhető egészségügyi kockázatnak. Ugyanakkor a passzív dohányzóknak is nagyobb az esélyük a rövidebb élettartamra. Az alábbi táblázat – melyet Shopland és Burns kutatásai nyomán állított össze Urbán Róbert – összegzi, hogy a korai halálozás milyen formában hozható összefüggésbe a dohányzással.

A dohányzás szerepe	A halálokok
A dohányzás bizonyítottan fő oki tényezőként játszik szerepet	• tüdőrák • krónikus tüdőelzáródási betegség • perifériás vaszkuláris betegség • gégerák • szájüregi daganatok (garat) • nyelőcső daganat
A dohányzás bizonyított oki szerepe mellett más tényezők is közrejátszanak	• agyvérzés • kardiovaszkuláris megbetegedések • húgyhólyagrák • vesedaganat • hasnyálmirigydaganat • aorta aneurizma (értágulat) • perinatális halálozás
A dohányzás és a nagyobb rizikó közötti kapcsolatot epidemiológiai vizsgálatok kimutatják, de az összefüggés természete nem tisztázott	• méhnyakrák • gyomorrák • gyomorfekély • tüdőgyulladás • májrák • hirtelen bölcsőhalál szindróma
A dohányzók közötti magasabb halálozás igazolt, de a kapcsolat más tényezővel is magyarázható	• alkoholizmus • májcirrózis • mérgezés • öngyilkosság

2. táblázat. A dohányzással összefüggésbe hozható halálokok (Urbán 2007, 27. old.)

A rengeteg egészségügyi vonatkozást tekintve, melyet ebben a fejezetben röviden bemutatam, egyértelműen megállapítható, hogy a dohányzás a legnagyobb

közegészségügyi ártalom világszerte, így ennek visszaszorítása és megelőzése jelentős közérdek.

2.8. A dohányzásról való leszokás és leszoktatás

Természetesen sok országban folyik a dohányzás elleni társadalmi küzdelem már több évtizede, és ennek korlátozásában több kevesebb siker is felmutatható, ugyanis „kialakulóban van egy olyan kultúra, amely nyilvános helyeken társas helyzetekben nem tartja elfogadhatónak a dohányzást” (Urbán 2007, 9. old.). Az erre irányuló állami intézkedések és társadalmi összefogás két szempontból is kulcsfontosságú. Egyrészt ez az egyetlen módja annak, hogy a nem dohányzókat megvédjük a dohányfüsttől, másfelől ez a társadalmi normák és törvényi szabályozás általi korlátozás egyfajta segítséget vagy ösztönzést nyújthat a dohányosoknak a leszokáshoz. Buda Béla és Demetrovics Zsolt úgy vélekedik erről, hogy bár „a nikotin könnyen hoz létre és tart fenn függőséget, a magatartás vezérlésében a dohányzás mintegy „költségessé” válik, és háttérbe tud szorulni, ha a rágyújtás nehezített, körülményes (például ha ki kell menni miatta az épületből, ha rejtőzködni kell a negatív következmények elkerülése érdekében stb.)” (Urbán 2007, 9. old.).

Magyarországon is számos törvény és rendelet szabályozza a dohányzás körülményeit, valamint a dohánytermékek forgalmazását és megjelenését. Ilyen rendelkezések például, hogy számos helyen nem megengedett a dohányzás, mint pl. szórakozóhelyek, vendéglátóegységek zárt tereiben, busz- és villamos megállóknál, tömegközlekedési eszközökön, és még sorolhatnánk. Egyes intézmények esetén a dohányzásra kijelölt hely kialakítása is tiltott, például a köznevelési vagy gyermekvédelmi intézményekben. A dohányárak forgalmazása csak nemzeti dohányboltokban engedélyezett, és a dohányzóhelyek kijelölését is szigorú rendelkezések szabályozzák. A tilalmak megszegése esetén komoly pénzbírságok róhatóak ki az illetékes szervek által.

Ezek a törvényi szabályozások is hozzájárulnak, hogy sokan önszántukból, saját elhatározásból próbálkozzanak a leszokással, azonban sokak – akik vagy nem bíznak

saját akaraterájukban, vagy éppen már korábban kudarcot vallottak próbálkozásaik alkalmával – szakember segítségét veszik igénybe személyesen, esetleg telefonon, vagy leszokást támogató programokban, csoportterápiákon vesznek részt vagy tájékoztató anyagokat olvasnak (vizsgálatok azt bizonyítják, hogy csupán az akaraterővel szemben hatásosabb a segítséggel való leszokás). Azonban akármelyik módszerhez folyamodik is a dohányzásról leszokni vágyó, rendelkezésére áll gyógyszeres támogatás is elhatározásának megvalósításában. A leszokásban segítő gyógyszerek, gyógykészítmények alapvetően 2 nagy csoportba sorolhatóak: vannak nikotin tartalmúak, úgynevezett nikotinpótlók (ezek jobbra szabadon hozzáférhetőek), és azok, amelyek nem tartalmazzak nikotint (többnyire vényköteles gyógyszerek) (Kovács 2007, Urbán 2007).

A nikotinpótlók szerepe, hogy oly módon támogassa a dohányzásról való leszokást, hogy csökkenti vagy teljesen megszünteti a megvonási tüneteket és a sóvárgást, szenvedést azáltal, hogy pótolja az ezeket a jelenségeket kiváltó nikotinhiányt a szervezetben. Bár kevesebb nikotint tartalmazznak, mint például egy cigaretta, de azt mindenképpen meg kell említenünk, hogy ezekkel a gyógyszerekkel szemben is kialakulhat bizonyos fokú függőség. Ennek ellenére a nikotinpótlásnak a dohányzásról való leszokás fázisában elég összetett szerepet tulajdonítanak. Egyrészt, mint ahogy azt már említettem is, csökkenti a megvonási tüneteket azáltal, hogy kontroll alatt tartja a nikotinszintet a szervezetben, és ennek köszönhetően nem kell a kellemetlen tünetekkel megbirkózni, hanem marad energia a leszokással kapcsolatos egyéb problémákkal való sikeres megküzdésre. Másfelől, mivel csökkenti a dohányzás iránti sóvárgást, a visszaeséshez vezető „megbotlások” esélyét is minimalizálja. További szerepe a nikotinpótló készítményeknek, hogy a használatuk közben elszívott cigaretta megerősítő ereje csökken annak köszönhetően, hogy a nikotin mennyiségét viszonylag állandó szinten tartja, valamint gyengíti a dohányzás ingerei és a nikotin közötti tanult kapcsolatot. A nikotinpótló eljárások ötféle módját említi meg Urbán Róbert a dohányzás egészségpszichológiáját bemutató könyvében, ezek pedig a következők lehetnek: nikotintapasz, nikotinos rágó, pasztilla, inhaláló készülék és orrspray (Urbán 2007).

Azok a leszokást elősegítő gyógyszerek, melyek nem tartalmaznak nikotint hatásmechanizmusuk alapján 3 kategóriába sorolhatók.

1. Egyik hatékony gyógyszer típus az antidepresszánsok. A nikotin csökkenti a szerotonin szintet a szervezetben (ez alvási zavarokat, hangulatingadozást és depressziót eredményezhet, melyek a nikotin megvonási tünetei közé tartoznak), az antidepresszánsok feladata pedig stabilizálni ezt. Két típusú antidepresszáns hatékony a dohányzással kapcsolatosan: a bupropion és a nortriptilin.
2. A következő leszokást elősegítő nikotin mentes gyógyszertípus hatásmechanizmusa a nikotinmegvonás által előidézett szimpatikus hiperaktivitás csökkentésén alapul. Ez egy clonidine nevű szer kedvező hatása.
3. A harmadik gyógyszer egy varenicline nevű vegyület, mely a nikotin megerősítő, jutalmazó hatását csökkenti azáltal, hogy a nikotin hatására kevesebb mennyiségű dopamin termelődik a szer használata mellett (Urbán 2007).

Mivel manapság nagyon elterjedté vált, meg kell említenem az elektronikus cigarettát – mint a dohányzásról való leszokásban használatos eszközt. Ez tulajdonképpen egy olyan termék (lehet egyszer használatos, tartályban vagy patronnal utántölthető), mely nikotintartalmú vagy ízesített nikotin mentes pára fogyasztását teszi lehetővé egy szopókán keresztül. Alkalmazása során segít csökkenteni a megvonási tüneteket (a nikotin mentes változata is, ami a pszichológiai függőséget igazolja), azonban nem áll rendelkezésre elég bizonyíték annak alátámasztására, hogy valóban hatékonyan érhető-e el hosszú távú absztinencia. Ezt figyelmen kívül hagyva azonban a hagyományos cigarettával összehasonlítva előnyösebbnek tűnik (bár ez is hosszú távú vizsgálatok igényel) az elektronikus változatot szívni, mert csökkentheti az egészségkárosodás kialakulásának lehetőségét, főképp a daganatok tekintetében (NEFI 2015).

Akármelyik módszert is alkalmazzuk a dohányzásról való leszokására tett kísérlet során, ahogy kezd ürülni a szervezetből a nikotin, azonnal – 1-2 napon belül – jelentkeznek a megvonási tünetek, és 1-2 hét alatt érik el a maximális erősségüket. A

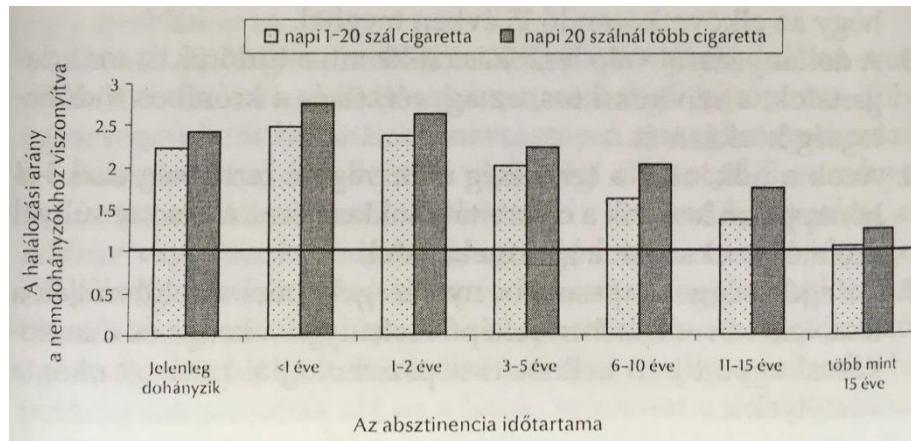
leggyakoribbak ezek közül a feszültség, ingerlékenység, túlzott érzékenység, a hirtelen ok nélküli düh és lobbanékonyság, a figyelem lanyhulása továbbá a gyakori fejfájás és alvászavar. Ezeken túl jelentkezik étvágyfokozódás, éhségérzet, valamint egykedvűség, depresszió megjelenése, de a vegetatív idegrendszer működésének zavarai is ide sorolhatók. Általában 1-2 hónapon belül megszűnnek ezek a nikotinmegvonási tünetek amennyiben sikeresen nem gyújt rá az ember, és ezt követően szabadon élvezhetőek a dohányzásmentesség előnyei (Kovács 2007).

A dohányzásról való leszokás egészségben fellépő nyereségeit az amerikai Betegségellenőrző Központ az alábbi előnyök megfogalmazásával ismertette:

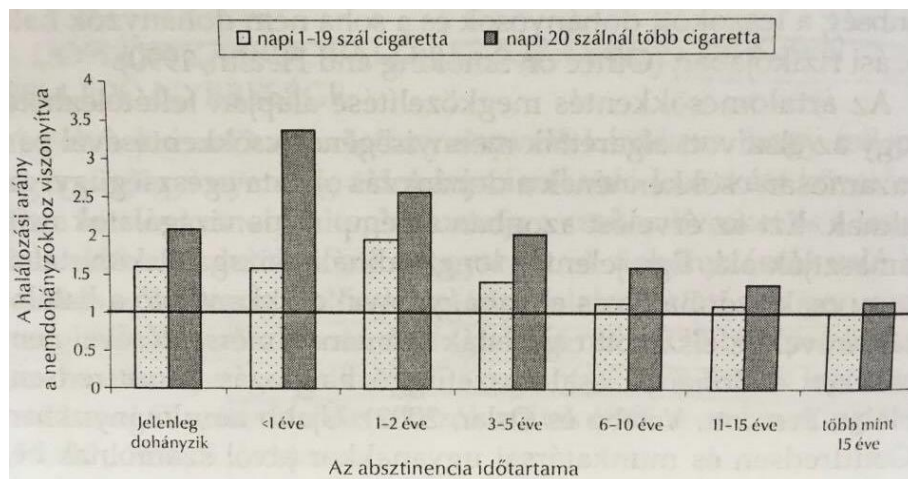
1. Nemre való tekintet nélkül jelentős haszna van a dohányzás abbahagyásának, mely azonnal megmutatkozik azoknál a személyeknél is, akiknél már kialakult valamilyen dohányzással összefüggő betegség vagy egészségkárosodás.
2. A leszokott dohányosoknak nő a várható élettartamuk, méghozzá olyan mértékben, hogy ha például 50 éves kora előtt abbahagyja valaki a dohányzást, akkor fele akkora kockázattal hal meg az elkövetkezendő 15 évben, mint a dohányzó társai.
3. A dohányzásról való leszokás természetesen csökkenti a daganatos megbetegedések, az agyvérzés, a szívinfarktus, és a krónikus tüdőbetegségek kialakulásának kockázatát, valamint azoknak a betegségeknek is melyeket a korábbi fejezetekben már részletesen bemutatam.
4. Ha a várandós nők leszoknak a dohányzásról legalább a terhesség 3-4 hónapját megelőzően, csökkentik annak kockázatát, hogy gyermekük alacsony súllyal jön a világra.
5. Annak ellenére, hogy a leszokás együtt járhat nem kívánatos következményekkel (pl. testsúlygyarapodás, pszichológiai hatások, stb.), az egészséggel kapcsolatos nyereségek messze felülmúlják ezeket (Urbán 2007).

A fenti egészségügyi előnyök közül talán az egyik legfontosabb, hogy a dohányzás abbahagyása megmutatkozik a halálozási rizikó változásában is, ezt szemlélteti az alábbi két ábra. Az első a férfiak élettartamának változását mutatja az absztinencia (vagyis a dohányzástól való tartózkodás) időtartamának függvényében a nem

dohányzókéhoz hasonlítva, a második ábra a nők esetében mutatja ugyanezt. Az 1-hez közeli értéknél nincs fokozottabb halálozási kockázata a dohányzóknak a nem dohányzókhöz viszonyítva, az ábrákon ezt az értéket jelzi a vastag vonal.



4. ábra. A dohányzásról való leszokás hatása a nemdohányzókhöz viszonyított halálozási arányra férfiaknál (Urbán 2007, 32. old.)



5. ábra. A dohányzásról való leszokás hatása a nemdohányzókhöz viszonyított halálozási arányra nőknél (Urbán 2007, 32. old.)

A fenti ábrákon megfigyelhetjük, hogy akár a férfiaknál, akár a nőknél a dohányzással való felhagyás után 5 évvel kezd el csökkeni a halálozási arány, majd pedig még 10

dohányzásmentes év elteltével nem érzékelhető különbség a leszokott dohányosok és a nem dohányzók halálozási rizikójában (Urbán 2007).

Ezen statisztikai adatok ismeretében elmondható, hogy a dohányzás nem csupán egy rossz szokás, hanem egy olyan legális drogfogyasztási addikció, mely hosszú éveket lophat el az amúgy is rövid emberi életből.

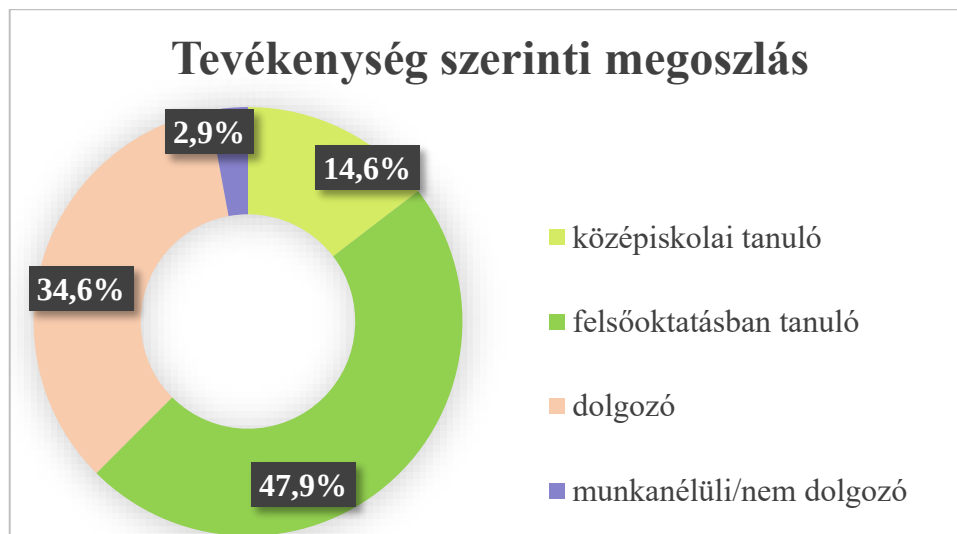
3. Anyag és módszer

A 18-25 éves korosztály dohányzással kapcsolatos egészségmagatartásának vizsgálatát kvantitatív primerkutatással végeztem, hogy az eredményeket statisztikai módszerekkel tudjam feldolgozni. A kutatási módszer meghatározásánál igyekeztem arra törekedni mindenek előtt, hogy a vizsgált jelenség feltérképezésére a legalkalmasabbnak bizonyuljon. Mivel viszonylag rövid idő alatt nagy mennyiségű információ begyűjtése volt a célom az adott korosztályban, a leghatékonyabbnak az internetes kérdőív általi megkérdezést láttam. A kérdőívet a legnagyobb közösségi portált felhasználva jutattam el a célcsoporthoz. Egyrészt a saját ismerőseim körében osztottam meg, másfelől különböző közösségi csoportokban, fórumokon, ahol nagy létszámú érintett korosztályú fiatal tudtam elérni, továbbá több ismerősöm szintén segítette a munkámat azáltal, hogy ők is megosztották a kérdőívet saját ismerőseik körében. Ennek eredményeként az 1 hetes időintervallum alatt – míg a beállításnak megfelelően a felület fogadta a beérkező válaszokat – közel 400 fiatal töltötte ki a kérdőívet. Annak érdekében, hogy csak az érintett korosztály válaszai kerüljenek be a rendszerbe, a megosztás során felhívtam a válaszadók figyelmét arra, hogy csak a 18-25 évesek számára szól a felmérés. Önkényes mintavételt alkalmazva, mind a 384 fő választ figyelembe vettem elemzéskor, nem szűrtem a mintát. A kérdőívet google űrlapként hoztam létre, hogy könnyen közzé tehető legyen. Ez a program segítségemre volt az adatok rögzítésében és feldolgozásában egyaránt, mivel a beérkezett válaszokat excel táblázatba rendezte, és az egyes kérdésekre érkezett válaszok megoszlási statisztikáját is elkészítette – ahol a kérdés jellege ezt lehetővé tette. A kérdések összeállításánál azt tartottam elsődlegesen szem előtt, hogy a válaszadóknak megkönnyítsem a kitöltést, így többségében zárt kérdéseket fogalmaztam meg, és különféle válaszlehetőségeket jelölhettek meg a kérdőívet kitöltők. Azoknál a kérdéseknél pedig, ahol egészen pontos információra voltam kíváncsi, ott nyitott kérdés megválaszolására volt lehetőség, de igyekeztem az ilyen jellegű kérdések számát a minimálisra csökkenteni. A kérdőív utolsó harmadában néhány állítást fogalmaztam meg, melyről a kitöltőknek véleményt kellett formálnia

abban a tekintetben, hogy ők személy szerint mennyire tartják valószínűnek vagy igaznak, és ez alapján kellett egy 0-5-ig terjedő skálán elhelyezniük az állítást.

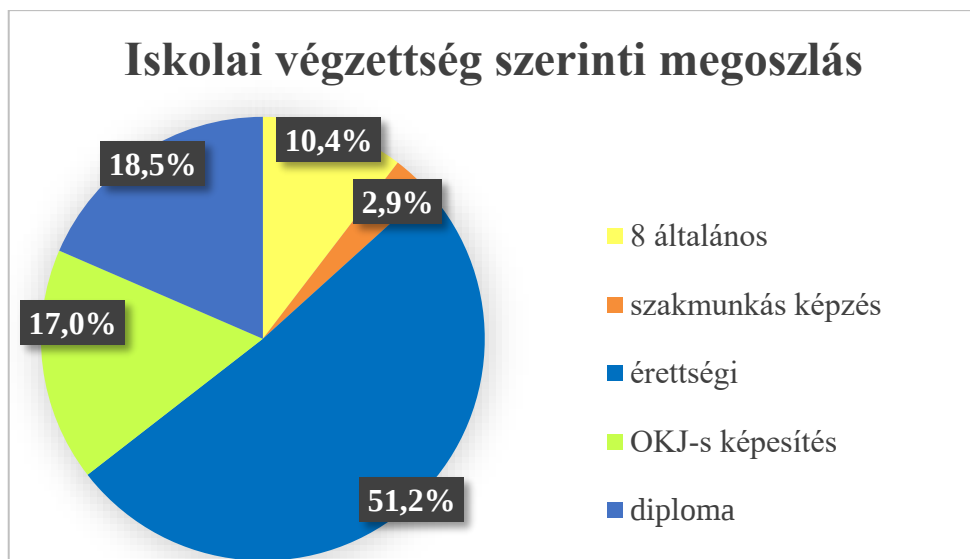
4. Eredmények

A 384 főt számláló válaszadók közel fele, egészen pontosan 47,9%-a jelenleg felsőoktatásban tanul, őket követik 34,6%-al a dolgozók, majd 14,6%-os arányban a középiskolai tanulók, és a maradék 2,9%-a a válaszadóknak munkanélküli vagy nem dolgozik – ezt a megoszlást mutatja az alábbi diagram is.



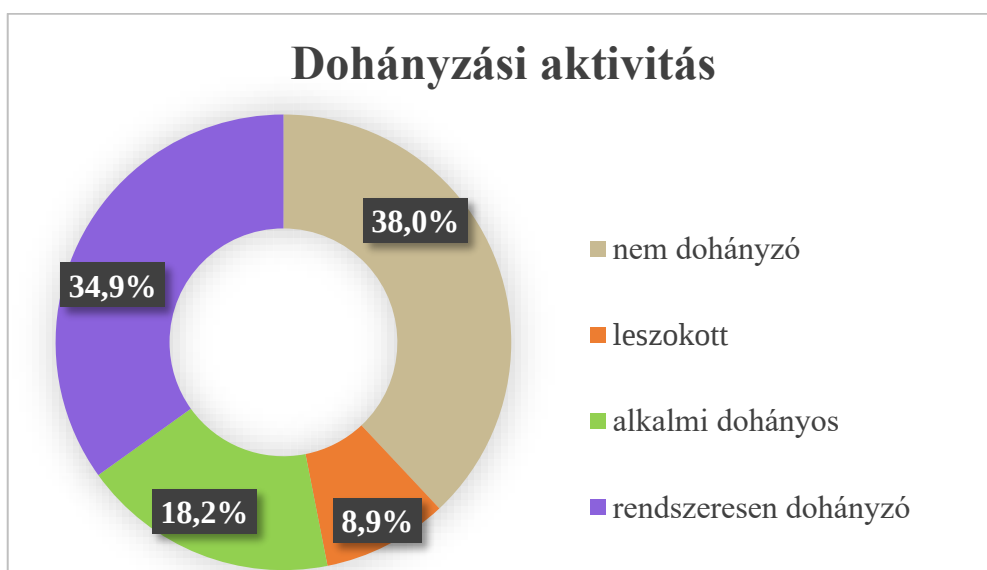
6. ábra. A válaszadók tevékenység szerinti százalékos megoszlása (saját forrás)

Ahogy a következő diagramról is leolvasható, a legtöbbször (51,2%) eddigi legmagasabb iskolai végzettsége érettségi, ezt az arányt követik 18,5%-al a diplomát szerzettek. 17%-át tették ki a válaszadóknak az OKJ-s képesítéssel rendelkezők, 10,4%-át a 8 általánost elvégzettek és 2,9%-át a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők.



7. ábra. A válaszadók iskolai végzettség szerinti megoszlása (saját forrás)

Rendszeres dohányzónak vallotta magát 134 fő, vagyis a megkérdezettek 34,9%-a. Közülük a legtöbbnek megközelítőleg napi 10, 15 vagy 20 szál cigarettát szívnak. A válaszadók naponta elszívott cigarettamennyisége 1 és 30 szál közé esett minden esetben, és az összes válasz átlaga 12 szál volt. A megkérdezettek 38%-a – vagyis a legnagyobb hányada – egyáltalán nem dohányzik, 18,2%-a csak alkalmanként gyújt rá, és 8,9%-uk pedig már korábban leszokott (ez a megoszlás látható az alábbi ábrán).



8. ábra. A válaszadók megoszlása dohányzási aktivitásuk alapján (saját forrás)

A valaha- vagy jelenleg is rendszeresen dohányzók 22,8%-a csak társaságban dohányzott illetve dohányzik és a maradék 77,2% pedig akkor is rágyújt, ha csak egyedül van – derült ki a kérdőívre adott válaszokból. Ezt érzékelteti az alábbi diagram is.



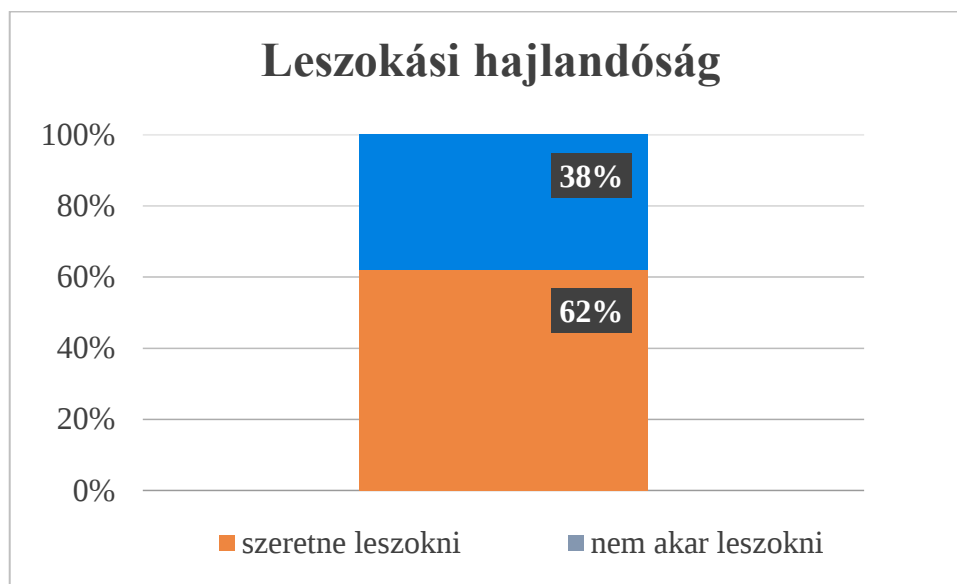
9. ábra. A dohányzók megoszlása szociális dohányzási szokásaik szerint
(saját forrás)

A dohányzók vagy ex dohányosok nagyobb része vallotta magáról, hogy otthon is dohányoznak/dohányoztak (68%), a csak iskolában, munkahelyen stb. rágyújtókkal (32%) szemben.

Ami a dohányzási motivációt illeti, elég széleskörűen megoszlának a válaszok. A megkérdezettek közül 156 fő – vagyis a dohányzók háromnegyede!! – azt a választ adta, hogy azért dohányzik, mert egyszerűen jól esik neki, ezt követték azok akik csak a cigaretta segítségével tudnak megküzdeni a napi stresszel saját bevallásuk szerint (13%). Ezeken túl közel egyenlő arányban gyűjtanak rá azért mert mindenki más is dohányzik körülöttük (7%), és mert úgy érzik nikotinfüggőségtől szenvednek (6%), valamint további 6%-a a dohányzóknak egyéb okokat jelölt meg. Ilyen ok volt például, hogy azért cigarettázik, mert már egy berögződött szokássá vált az életében,

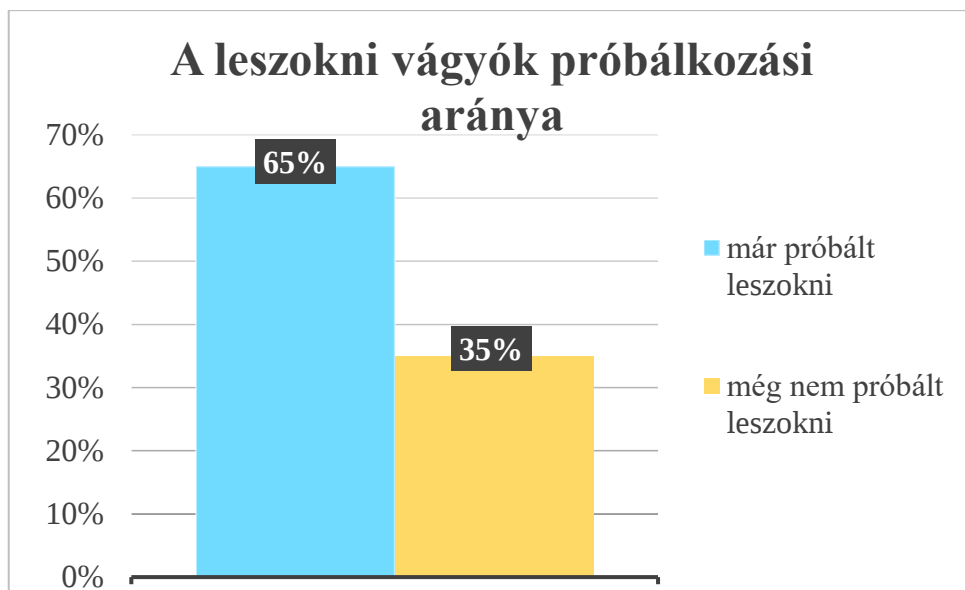
vagy nem tudja megmagyarázni az okát; de olyan válasz is érkezett, hogy menőnek találja a dohányzást.

Ahogy a következő ábra is mutatja, a rendszeres dohányzók 62%-a állította az egyik kérdés kapcsán, hogy ő szeretnének leszokni erről a tevékenységről, míg a maradék 38% egyáltalán nem kíván felhagyni ezzel.



10. ábra. A dohányzók százalékos megoszlása a dohányzásról való leszokási hajlandóságuk szerint (saját forrás)

Azok, akiknél a dohányzásról való leszokással kapcsolatos kérdés relevánsnak bizonyult, a következő arányban oszlottak meg a tapasztalatok alapján: 35% nem próbálkozott egyáltalán a leszokással, a maradék 65% pedig valamilyen módszert már kipróbált a dohányzás leküzdésére (az alábbi diagram ezt a megoszlási arányt szemlélteti). A legtöbben (88%) úgy próbáltak leszokni, hogy egyáltalán nem gyújtottak rá, mások (8%) elektromos cigarettára tértek át, és néhányan (8%) segédeszközökkel (nikotinos tapasz, rágó stb.) kísérleteztek.



11. ábra. Próbálkozási arány a dohányzásról leszokni vágyók körében (saját forrás)

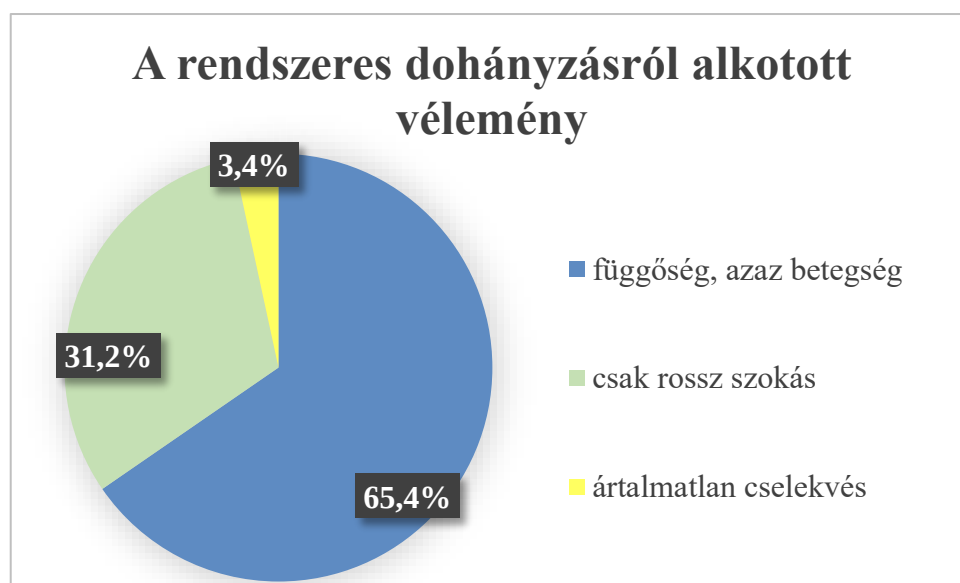
Ahogy a diagram is mutatja, a leszokásra kísérletet tévők közül elég sokan jártak sikerrel, és azóta sem dohányoznak (36%), viszont 31%-uknak egyáltalán nem jött össze és folytatták a dohányzást. A további 27%-os csoportba tartozók 1 évben belül, a maradék 6% pedig 1 éven túl tért vissza a dohányzáshoz.



12. ábra. A dohányzásról való leszokási kísérletek sikerei (saját forrás)

Azok, akik visszaszoktak a dohányzásra a leszokásra tett kísérletet követően, azzal magyarázták legnagyobb arányban, egészen pontosan 59%-uk, hogy hiányzott nekik (a mozdulat, az illat stb.), míg mások (19%) nem bírták kezelni a stresszt a cigi nélkül. A többiek vagy kényszeres vágyat éreztek a nikotin bevitelére (12%), vagy nem élvezték annyira az életet dohányzás nélkül (9%), de olyanok is akadtak akik a kellemetlen mellékhatások vagy elvonási tünetek miatt szokott vissza (pl. hízás vagy fejfájás).

Viszonylag nagy egyetértés volt a válaszadók között, amikor a rendszeres dohányzásról kellett véleményt formálniuk, hiszen 65,4%-uk egyértelműen függőségnek, azaz szenvedélybetegségnek tartotta. Csak egy rossz szokásként vélekedik ugyanerről a megkérdezettek 31,1%-a, de olyanok is voltak (3,4%) akik teljesen ártalmatlan cselekvésnek találták a dohányzást. Ezt a megoszlási arányt mutatja be az alábbi diagram.



13. ábra. A válaszadók százalékos vélemény megoszlása a rendszeres dohányzásról
(saját forrás)

A válaszadók 77,9 %-ának a válaszából derült ki, hogy úgy véli, a dohányzóknak mindenképpen figyelemmel kell lenniük a környezetükre, a maradék 22,1% viszont

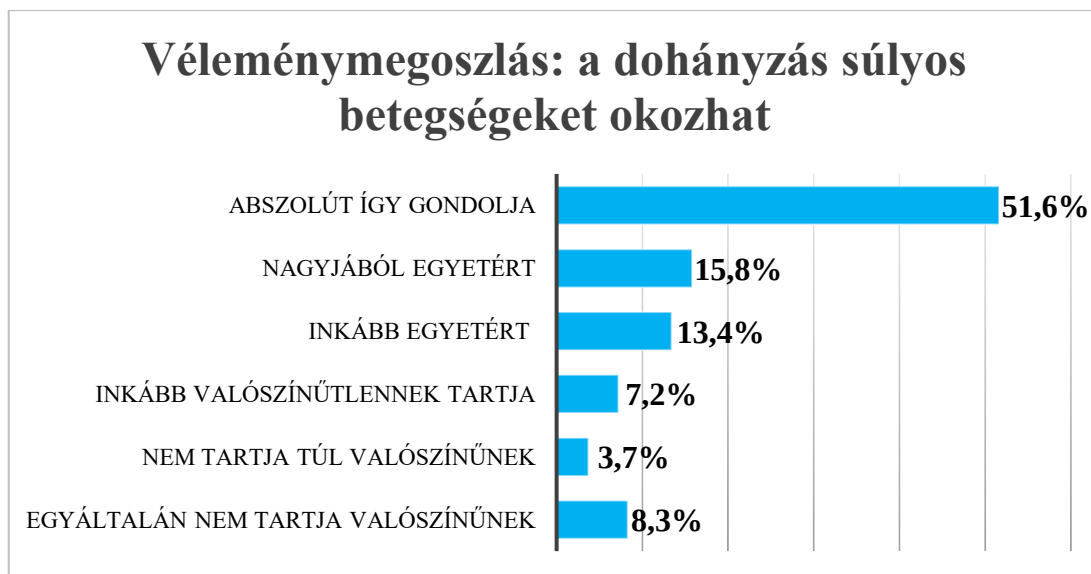
úgy érvelt, hogy a dohányosoknak joguk van – a törvény által szabott keretek között – kedvük szerint dohányozni.

A kérdőívben lehetőségük volt a válaszadóknak kifejezni a Magyarországon érvényes dohányzást korlátozó tilalmakról is a véleményüket. Nagyjából a válaszadók fele (51,2%) szerint ezek éppen elegendően védik a nem dohányzók érdekeit, és közel azonos arányban vélekednek úgy, hogy túl szigorúak (22%) vagy éppen nem elég szigorúak (26,8) a rendelkezések a dohányosokkal szemben és a nem dohányzók védelmében.

A kérdőív következő egységében a válaszadóknak rangsorolniuk kellett, hogy egyes állításokat mennyire tartanak valószínűnek, vagy mennyire értenek egyet vele egy 0-5-ig terjedő skálán, ahol a 0 azt jelenti, hogy egyáltalán nem valószínű, az 5 pedig, hogy abszolút egyetért az állítással.

„A dohányzás segít türelmesebb emberré válnom” – szolt az első állítás. Ezt a válaszadók több mint fele (50,9%) egyáltalán nem tartja valószínűnek a rangsorolása alapján, ugyanakkor 4,3%-uk abszolút egyetért az állítással. A többiek tartózkodóbbak voltak a válasz megjelölésekor és inkább a kissé valószínű vagy valószínűtlen opciót választották nagyjából azonos arányban.

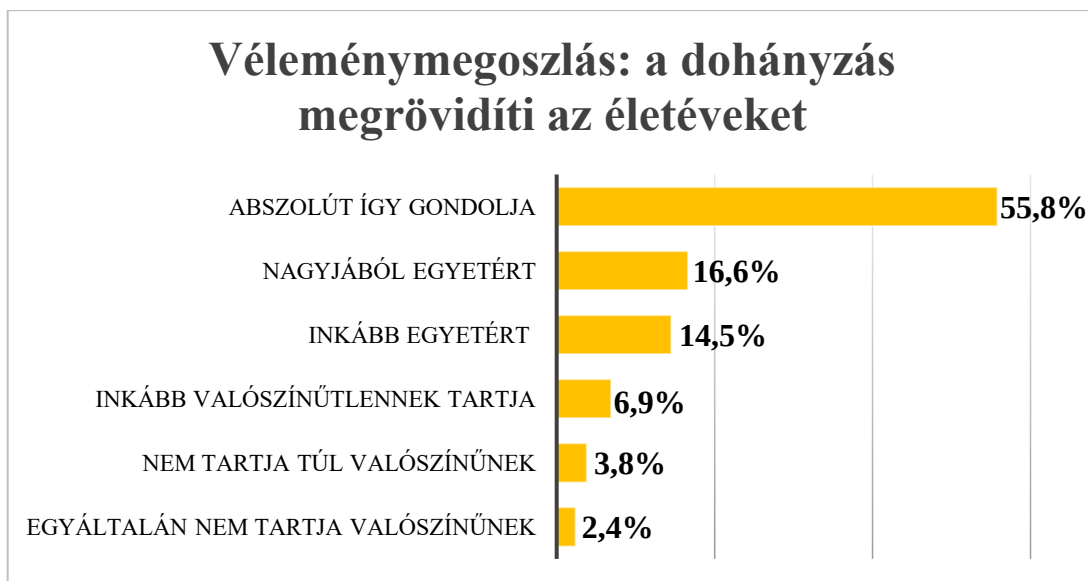
A kérdőívet kitöltők szintén több mint fele (51,6%) teljesen egyetértett azzal, hogy a dohányzás miatt súlyos betegségeik alakulhatnak ki, 8,3 %-uk azonban egyáltalán nem tartja valószínűnek ezt az eshetőséget. Az alábbi ábra alapján is látható, hogy a többiek, akik a kettő közötti értékkel rangsorolták az állítás valószínűségét, egyértelműen az egyetértők felé húztak.



14. ábra. Százalékos véleménymegoszlás a válaszadók körében arról az állításról, hogy a dohányzás súlyos betegségeket okozhat (saját forrás)

A válaszadók csupán 2,4%-a állította egyértelműen, hogy a dohányzás mindig fel tudja dobni a hangulatát, és 43,2%-uk pedig egyáltalán nem értett ezzel egyet, vagy nem tartotta valószínűnek. Akik nem szélsőségesen pontoztak, többségében szintén egyetértettek az állítással.

„A rendszeres dohányzás megrövidítheti az életéveimet” állítás kapcsán a legtöbb válasz (55,8%) teljes egyetértést mutatott, és a többi válaszadó is inkább tartotta valószínűnek, mint teljesen valószínűtlennek (2,4%). A pontos megoszlás leolvasható az alábbi ábráról.



15. ábra. Százalékos véleménymegoszlás a válaszadók körében arról az állításról, hogy a dohányzás megrövidítheti az életéveket (saját forrás)

Az alábbi ábra is mutatja, hogy kérdőívet kitöltők 75,3 %-a nem igazán tartja valószínűnek az állítást, miszerint nincs hatással az egészségre ha csak néha-néha gyújt rá, a válaszadók maradék 24,7 %-a azonban inkább valószínűnek tartja ezt.



16. ábra. Százalékos véleménymegoszlás a válaszadók körében arról az állításról, hogy az alkalmi dohányzás nem hat az egészségre (saját forrás)

Nagy egyetértés volt jellemző annak az állításnak a kapcsán, hogy ha nem dohányzik az ember több pénze marad fontosabb dolgokra, hiszen 62,1%-a a válaszadóknak abszolút igaznak jelölte, és csupán 8% írta, hogy egyáltalán nem ért egyet az állítással. A maradék kitöltő is inkább egyetértett.

Azzal, hogy „a leszokás sikere csak a szilárd elhatározáson múlik” a legtöbben (65,2%) abszolút egyetértettek, és a válaszadók további 27%-a is inkább efelé tendált, csak a maradék 7,8 % vélte úgy, hogy egyáltalán nem, vagy inkább nem valószínű – ahogy ezt az alábbi ábra is jól szemlélteti.



17. ábra. Százalékos véleménymegoszlás a válaszadók körében arról az állításról, hogy a leszokás sikere csak elhatározás kérdése (saját forrás)

Az utolsó állítás kapcsán való állásfoglalás eléggé megosztó volt, de többségében mégis inkább valószínűnek tartották, hogy egyszerűbb az ember élete, ha nem dohányzik. Közülük 46,3 % abszolút valószínűnek jelölte, és ezzel ellentétben 9,9 %-a a válaszadóknak egyáltalán nem értett egyet az állítással.

5. Megbeszélés

5.1. Hipotézisvizsgálat

Kutatásom egyik legfontosabb célkitűzése az alábbi 5 hipotézisemet igazoló vagy éppen cáfoló adatok összegyűjtése volt, melyek az alábbi eredményeket hozták.

1. Feltételezem, hogy a kérdőívet kitöltő fiatal felnőttek legalább 20%-a csupán alkalmi vagy „buli” dohányos.

A kérdőív kitöltését összesen 384 fő végezte el, és közülük 70 fő nyilatkozta, hogy csupán alkalmanként dohányzik – pl. bulikban. Ez a válaszadói létszám az összes kitöltő 18,2%-át tette ki, amely legalább 0,8%-al kevesebb az általam hipotézisként megfogalmazott értéknél. Ennek fényében a feltételezésemet az adott sokaság által adott válaszok megcáfolták, mivel a kérdőívet kitöltők kevesebb mint 20%-a állította, hogy csak alkalmanként dohányzik. A hipotézisemet tehát elvetem.

2. Úgy gondolom, hogy a szociális dohányzók közé sorolható a megkérdezett dohányosok legalább 10%-a.

Ennél a vizsgálatnál figyelembe vettem a rendszeres dohányzók és a csupán alkalmi dohányosok együttes létszámát, mivel úgy véltem, hogy a szociális dohányzás főként az utóbbi csoport esetében jelentős. Ennek megfelelően a vizsgálat alapját összesen 204 fő jelentette, akik közül 31 fő, azaz 15,2%, vallotta magáról, hogy csak társaságban dohányzik. Ez a kapott eredmény igazolta a szociális dohányzással kapcsolatos feltevésemet. Az a véleményem is helytálló volt, hogy a rendszeres dohányzókra kevésbé jellemző, hogy csak társaságban gyújtanak rá (5,2%) szemben az alkalmi dohányosokkal, akik 34,2 %-a bizonyult szociális dohányosnak. Ezek alapján tehát a hipotézisemet megerősítem.

3. Véleményem szerint az iskolai képzettséggel fordítottan arányosan nő a dohányzók száma a megkérdezett korosztályban.

Ezen hipotézis alapját az a feltételezésem adta, hogy minél magasabb színvonalú oktatásról van szó, annál nagyobb szerepet kap az egészségtudatosság – még akkor is, ha alapvetően nem egészségügyi képzésről van szó – ezen túl a kvalifikáció mértékével együtt növekvő szélesebb látókör segít reálisan látni ezt a (több szempontból is) veszélyes tevékenységet. A kutatási eredmények azonban nem erősítették meg egyértelműen ezt a felvetést. A kérdőívet kitöltők válaszaiból ugyan kiderült, hogy arányaiban a legkevesebben a felsőoktatásban végzettséget szerzők dohányoznak, de a következő eredmények születtek: a szakmunkás képesítésű válaszadók 72%-a dohányzik rendszeresen, a 8 általánossal rendelkezők 44%-a, őket követik csökkenő sorrendben az érettségizettek (38%), az OKJ-s képesítést szerzők (28%) és végül a diplomával rendelkezők csupán 15 %-os dohányzási aránnyal. A legtöbb dohányzó tehát nem az általános iskolai végzettséggel rendelkezők közül került ki, hanem a szakmunkás bizonyítványt szerzettek köréből, tehát az első 2 hely megcserélődött (a dohányzási arányt vizsgálva). Ezek fényében tehát a hipotézisemet megcáfolom.

4. A kérdőívet kitöltő rendszeresen dohányzók egy része feltehetően szeretne leszokni a dohányzásról, azonban ezen emberek kevesebb mint 70%-a tett erre ténylegesen kísérletet.

A válaszadó rendszeresen dohányzó 134 fő közül 79 fő (vagyis a cigarettázók több mint fele) mondta azt, hogy szeretne leszokni erről a tevékenységről, azonban közülük csak 55 fő tett erre ténylegesen kísérletet. Ez azt jelenti, hogy a leszokni vágyók csupán 69,6%-a érzete magát valóban motiválnak ahhoz, hogy megpróbáljon felhagyni azzal a szokással, mely nyilván negatív következményekkel járt együtt, hisz szabadulni vágytak tőle (de egyiküknek sem sikerült, hiszen a jelenleg is rendszeresen dohányzók csoportját alkották a válaszadók). Ezzel az eredménnyel pedig a megkérdezett sokaság igazolta a sajnálatos feltevésemet, hogy a dohányzók nem eléggé ösztönöztek a cselekvésre vagy pedig annyira tartanak a kudarctól, hogy a leszokási hajlam csak csendben lappang bennük és inkább tovább továbbra is

kockázati egészségmagatartást gyakorolnak. A kapott eredmények alapján tehát igazolom a hipotézisemet.

5. Feltételezem továbbá, hogy azon emberek legalább fele, akik kísérletet tettek valamely módszerrel a dohányzással való felhagyásra, újra visszatértek ezen korábbi szokásukhoz 1 éven belül.

Az előző pontban tárgyalt jelenség (miszerint 79 fő kudarcot vallott a leszokásban) már előre sejteti, hogy a leszokásra kísérletet tevők közt a sikerrel járók aránya meglehetősen kevés. Ezt pedig egyértelműen bizonyították a kérdőívre adott válaszok, miszerint azok, akik valaha próbálkoztak a dohányzásról való leszokással csupán 26%-os aránnyal tudták végleg letenni a cigarettát, 1 év eltelte után 14%-uk újra dohányozni kezdett, míg 28%-uk egy éven belül tért vissza ehhez, és sajnos 32%-uk egyáltalán nem is járt sikerrel a leszokási kísérlet során. Ezen adatokat pedig ha összesítjük, akkor láthatjuk, hogy 60%-os volt az 1 éven belüli visszatérés a dohányzáshoz, így a hipotézisemet igazolom.

5.2. Megállapítások

Öröömre szolgált annak megállapítása a kutatási eredmények összesítése során, hogy a megkérdezett fiatal felnőttek legnagyobb része nem dohányzik. A dohányzó fiatalokat saját megfigyeléseik alapján nem a fizikai értelemben vett nikotin függőség vezérli ebben a szokásukban, hanem a tevékenységgel kapcsolatban kialakult jóleső érzések, valamint ennek berögződése a mindennapokba. Mások, akik elmondásuk szerint a napi stressz leküzdése érdekében dohányoznak, nem képesek saját erejükből szembe nézni az étellel és ezt egyfajta menekülési útként használják – a munkájukból, az egészségügyi vagy magánéleti problémákból és a kudarcokból. Érdekesnek találtam azt is, hogy a leszokásra kísérletet tevő emberek legnagyobb része csak a radikális megoldásokban hisz, vagyis abban, hogy csak úgy érhet el eredményeket, ha egyáltalán nem gyújt rá. Azonban a leszokás eredményei nagyon kedvezőtlen képet mutatnak, hisz kevesebb, mint egyharmaduknak sikerül, ez pedig minden bizonnyal egy olyan kudarc élményt jelent, mely a legtöbb dohányost visszaveti egy

következő kísérlettől. Azokat, akik visszaszoknak a dohányzásra leginkább a pszichológiai függőségük vezérli, szemben a nikotintól való függéssel elmondásuk alapján. Első sorban a dohányzás mindennapi rutinba való berögződése vagy a mozdulata hiányzik az embereknek. Ez persze részben magyarázza, hogy miért dohányoznak oly sokan még annak ellenére is, hogy tudatában vannak annak, hogy függők, vagyis betegek a társadalom megítélése szerint.

A fenti megállapításaim sajnos csak a kutatásom során vizsgált mintára érvényesek az önkényes mintavételi módszer alkalmazása miatt, mely során a minta összetétele nem került szűrésre. Ebből kifolyólag a következtetésem nem általánosíthatóak és nem vonhatóak le belőlük egyértelmű következtetések a 18-25 évesek egész sokaságának egészségmagatartására vonatkozóan.

6. Összefoglalás

A szakirodalomban fellelhető információk alapján az egészségmagatartás az egészségünk érdekében hozott döntéseink összessége. A dohányzásra és annak rászakására való hajlam ugyan genetikai eredetű, de a dohányzás gyakorlása a negatív egészségmagatartás része, és egy súlyos következményekkel járó addikció. A sok előnyét elnyomóan, a hosszú távú dohányzás rengeteg (többek között halálos kimenetelű) egészségügyi probléma kiváltó oka, valamint esztétikai károsító tényező. A dohányzásról való leszokás az erős nikotinfüggőség miatt csal alig megoldott, bár sokféle módszer áll rendelkezésre (terápiák, gyógyszerek).

A szakdolgozatom kapcsán végzett kutatásom mintába került személyeire jellemző – azonban a 18-25 évesek egész sokaságára nem általánosítható – eredmények összegzéséből kiderült, hogy a dohányzókat olyan mértékben rabságban tartja ez a tevékenység, hogy vagy nincs elég motivációjuk leszokni, vagy nem érnek el sikereket ilyen tekintetben, de sokan nem is kívánnak felhagyni ezzel a szenvedélyükkel.

A kérdőíves kutatásom kapcsán megfogalmazott első számú hipotézisem megcáfolták a válaszadók, mert kevesebb, mint 20%-uk bizonyult alkalmi dohányosnak (csupán 18,2%). A második feltevésém viszont, miszerint a dohányzók legalább 10%-a csak társaságban dohányzik, igaznak bizonyult a mintára, mert 15,2%-os eredményt kaptam. Szintén megcáfolódott a harmas számú hipotézisem miszerint az iskolai képzettséggel fordítottan arányosan nő a dohányzók aránya, hiszen a legtöbb dohányzó a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők közül került ki (72%), megelőzve a 8 általánost felmutatók dohányzási arányát (44%-). Kiderült az is, hogy a dohányzásról való leszokási vágygal rendelkező személyek csak 69,6%-a tett tényleges lépéseket a leszokásra – ezzel igazolva a feltevésemet, miszerint ez az arány 70% alatti. Az ötödik és egyben utolsó hipotézisem szintén beigazolódott, mivel a leszokási kísérletet tévők több mint fele (a kutatás eredménye 60%) 1 éven belül már ismét dohányzott.

A felmérésem alapján a megkérdezett 18-25 évesek 18,2-a enyhén (alkalmi dohányosok), míg 34,9 %-a erősen (rendszeresen dohányzók) destruktív (azaz romboló) egészségmagatartást tanúsít a dohányzási szokásaikat figyelembe véve, mely – a dohányzás jellemzői alapján – nem csak saját maguk, de a társadalom számára is súlyos következményeket eredményez. A dohányzók nagy része (több mint 40%) ráadásul tudatában van annak, hogy a dohányzás nem csupán egy rossz szokás, hanem egy betegség, melynek a neve: függőség.

Irodalomjegyzék

1. Fodor László 2013. *Az egészségmagatartás pszichopedagógiai megközelítése*. In: <http://rmpsz.ro/uploaded/tiny/files/magiszter/2013/osz/3.pdf> (Letöltés időpontja: 2016.10.25. 12 óra 51 perc)
2. Kovács Gábor 2007. *Hogyan szokjunk le a dohányzásról?* Budapest: SpringMed Kiadó
3. KSH 2014. *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014*. In: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elefl4.pdf> (Letöltés időpontja: 2016.11.05. 15 óra 41 perc)
4. Máté Gábor 2008. *A sóvárgás démona*. Budapest: Libri Kiadó
5. Nagy András 2016. *A dohányzás halált okozó betegségeinek bizonyított vagy lehetséges oka*. In: <http://www.medimix.hu/cikk.php?cid=285> (Letöltés időpontja: 2016.10.05. 21 óra 16 perc)
6. NEFI Dohányzás Fókuszpont 2015. *Az elektronikus cigaretták és a dohányzást imitáló elektronikus eszközök használatával járó kockázatok*. In: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/e_cigaretta_osszefoglalo_DF_OTHKF_OKTPI_OGYEI_OKBI_20151108_4.pdf (Letöltés időpontja: 2016.10.09 14 óra 19 perc)
7. Pikó Bettina 2002. *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest: Akadémiai Kiadó
8. Szabó Mihály 2010. *Alapismeretek szenvedélybetegségekről, kábítószerekről*. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó
9. Szegedi Sport és Fürdők Kft. 2012. *A dohányzás fiziológiai vonatkozásai, dohányzással összefüggő betegségek*. In: <http://szegedma.hu/hir/szeged/2012/12/a-dohanyzas-fiziologiai-vonatkozasai-dohanyzassal-osszefuggo-betegsegek.html> (Letöltés időpontja: 2016.09.25. 7 óra 12 perc)
10. Urbán Róbert 2007. *A dohányzás egészségpszichológiája*. Budapest: Nyitott Könyvműhely Kiadó

11. Urbán Róbert 2001. *Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé*. In:
<http://szemegpszich.elte.hu/wp-content/uploads/2011/03/%C3%9A%20ban-a-magatart%C3%A1s-szempontr%C3%9A-eg%C3%A9szs%C3%A9gpszichol%C3%B3gia-fel%C3%A9-Az-eg%C3%A9szs%C3%A9g-magatart%C3%A1s-pszichol%C3%B3giai-elemz%C3%A9se.pdf> (Letöltés időpontja: 2016.10.19. 18 óra 49 perc)

Mellékletek

Dohányzás a 18-25 évesek körében

Ha a fenti korosztályba tartozol, kérek, hogy az űrlap kitöltésével segítsd a szakdolgozatom megírását függetlenül attól, hogy dohányzol-e vagy sem!

Köszönöm!

Kérlek jelöld a rád leginkább vonatkozó vagy jellemző állítást minden pontnál!

1. Jelenleg...

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ ...középiskolai oktatásban tanulok
- ☐ ...felsőoktatásban tanulok
- ☐ ...dolgozom
- ☐ ...munkanélküli vagyok vagy nem dolgozom

2. Legmagasabb iskolai végzettségem...

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ ...8 általános
- ☐ ...szakmunkás képzés
- ☐ ...érettségi
- ☐ ...OKJ-s képesítés
- ☐ ...diploma

3. A dohányzással kapcsolatos álláspontom:

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ nem dohányzom, soha nem is dohányoztam (esetleg csak kipróbáltam)
- ☐ nem dohányzom, mert már leszoktam
- ☐ csak alkalmanként dohányzom (buli, stresszes időszak stb.)
- ☐ rendszeresen dohányzom, a mennyiséget az alábbi pontban adom meg

4. Rendszeres dohányzóként egy átlagos napon kb ennyi szálát szívok:

Ha nem releváns a kérdés, kérek hagyd üresen.

.....

5. Amíg rendszeresen dohányoztam jellemző volt rám /jelenleg jellemző rám, hogy...

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ ...csak társaságban dohányzom
- ☐ ...egyedül is dohányzom
- ☐ ...nem releváns

6. Amíg rendszeresen dohányoztam jellemző volt rám /jelenleg jellemző rám, hogy...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ ...csak az iskolában, munkahelyen, városban stb. dohányzom
- ☐ ...otthon is dohányzom
- ☐ ...nem releváns

7. Azért dohányoztam /dohányzom, mert...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ ...nikotinfüggő vagyok
- ☐ ...csak így tudok megküzdeni a napi stresszel
- ☐ ...egyszerűen jól esik
- ☐ ...mindenki dohányzik a környezetemben
- ☐ nem releváns
- ☐ egyéb oka van, az alábbi pontban írom le

8. A fent nem sorolt oka a dohányzásomnak a következő:

Ha nem releváns a kérdés, kérlek hagyd
üresen!

.....

9. Igaz rám, hogy...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ ...szeretnék leszokni a dohányzásról
- ☐ ...nem szeretnék leszokni a dohányzásról
- ☐ ...nem dohányzom rendszeresen/egyáltalán

10. A dohányzásról való leszokással kapcsolatos tapasztalatom:*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ próbáltam leszokni segédeszközökkel (tapasz, rágó stb.)
- ☐ próbáltam leszokni, úgy hogy egyáltalán nem gyújtottam rá
- ☐ más módszerrel próbáltam leszokni, a következő pontban írom le
- ☐ még nem próbáltam leszokni
- ☐ nem dohányzom rendszeresen/egyáltalán

11. A fent nem sorolt módszer, amellyel próbáltam leszokni:

Ha nem releváns a kérdés, kérlek hagyd
üresen.

.....

12. A leszokással kapcsolatos eredményem volt:*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ sikerült, azóta nem dohányzom
- ☐ visszaszoktam 1 év után
- ☐ visszaszoktam 1 éven belül
- ☐ egyáltalán nem jártam sikerrel
- ☐ nem releváns

13. Azért szoktam vissza a dohányzásra, mert...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ ...nem bírtam kezelni a stresszt dohányzás nélkül
- ☐ ...kényszeres vágyat éreztem a nikotin bevitelre
- ☐ ...hiányzott (a mozdulat, az illata stb.)
- ☐ ...nem élveztem úgy az életet dohányzás nélkül
- ☐ ...sok nem kívánt mellékhatás jelentkezett (pl: hízás, fejfájást stb.)
- ☐ nem releváns

14. A rendszeres dohányzásról alkotott véleményem:*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ ártalmatlan cselekvésnek tartom
- ☐ csak egy rossz szokásnak tartom
- ☐ függőségnek – azaz szenvedélybetegségnek – tartom

15. Azt gondolom, hogy a dohányzóknak...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ joguk van kedvük szerint dohányozni (törvényes keretek között)
- ☐ mindenképpen figyelemmel kell lenniük a környezetükre dohányzáskor

16. A dohányzásra vonatkozó tilalmak Magyarországon szerintem...*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ túl szigorúak a dohányosokkal szemben
- ☐ épp elegendően védik a nem dohányzók érdekeit
- ☐ nem elég szigorúak, jobban kellene óvni a nem dohányzókat

Jelöld kérlek, hogy személy szerint mennyire tartod valószínűnek az alábbi állításokat!

17. "A dohányzás segít türelmesebb emberré válnom."*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

18. "A dohányzás miatt súlyos betegségeim alakulhatnak ki."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

19. "A dohányzás mindig fel tudja dobni a hangulatomat."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

20. "A rendszeres dohányzás megrövidítheti az életéveimet."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

21. "Ha csak néha-néha gyújtok rá, az nincs hatással az egészségemre."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

22. "Ha nem dohányzom, több pénzem marad fontosabb dolgokra."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

23. "A leszokás sikere csak a szilárd elhatározásomon múlik."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

24. "Lényegesen egyszerűbb az életem ha nem dohányzom."

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	0	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem valószínű	☐	☐	☐	☐	☐	☐	abszolút így gondolom

Üzemeltető:

