

# **Dohányzás visszaszorítása 2007**



**Védje a gyermekeket: ne tegye ki őket  
a dohányfüst belélegzése veszélyének**



# **DOHÁNYZÁS VISSZASZORÍTÁSA**

**2007**

Készült az Egészségügyi Minisztérium  
támogatásával  
a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében.  
Kiadja az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007

Felelős kiadó: Gábor Edina  
Szerkesztő: Demjén Tibor  
Szakmai lektor: Dr. Koós Tamás  
A kiadvány összeállításában részt vettek még: dr. Nagy Erika, Bóti Edina  
Tördelés, nyomda és kötészet:  
Amulett' 98 Nyomdaipari és Szolgáltató Kft.  
ISBN: 978-963-87598-3-2

## **TARTALOM**

<b>ELŐSZÓ.....</b>	<b>4</b>
<b>DOHÁNYTERMÉK GYÁRTÁS, KÁROSANYAG-TARTALOM.....</b>	<b>5</b>
<b>CSOMAGOLÁS ÉS CÍMKÉZÉS.....</b>	<b>6</b>
<b>ADÓZTATÁS ÉS ÁRKÉPZÉS .....</b>	<b>8</b>
<b>REKLÁMOZÁS, PROMÓCIÓ ÉS SZPONZORÁLÁS.....</b>	<b>10</b>
<b>FOGYASZTÁS ÉS TILTOTT KERESKEDELEM .....</b>	<b>11</b>
<b>DOHÁNYZÁS - A STATISZTIKÁK TÜKRÉBEN .....</b>	<b>12</b>
<b>DOHÁNYTERMÉKEKHEZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS ÉLETKORHOZ KÖTÖTT ENGEDÉLYEZÉSE .....</b>	<b>14</b>
<b>DOHÁNYZÁS OKOZTA MEGBETEGEDÉS ÉS HALÁLOZÁS.....</b>	<b>15</b>
<b>AZ AKTÍV ÉS PASSZÍV DOHÁNYZÁS TÁRSADALMI ÉS GAZDASÁGI TERHEL .....</b>	<b>17</b>
<b>SEGÍTSÉGNYÚJTÁS A DOHÁNYZÁS ABBAHAGYÁSÁHOZ .....</b>	<b>19</b>
<b>NEMDOHÁNYZÓK VÉDELME.....</b>	<b>20</b>
<b>OKTATÁS, KÉPZÉS ÉS LAKOSSÁGI TUDATOSSÁG.....</b>	<b>22</b>

## Előszó

Az olvasó egy olyan kiadványt tart a kezében, amely a hazai dohányzáspolitikai jelenlegi helyzetének lényegre törő áttekintésével röviden felvázolja az esetleges hiányosságokat, a még megoldásra váró feladatokat. Az utóbbi években jelentős előrelépések történtek ugyan hazánkban a dohányzás visszaszorítása területén, az eredményeket tekintve azonban korántsem lehetünk elégedettek. Magyarország világviszonylatban továbbra is élen jár a dohányzás okozta megbetegedési, halálozási statisztikák, valamint a dohányzás által az államháztartásra háruló betegségteher nagysága tekintetében.

A riasztó adatokat tanulmányozva és mindannyiunk személyes tapasztalatai alapján is kétségtelen, hogy komoly teendők vannak még ezen a területen, amelyeket a politikai döntéshozóknak, a szakembereknek, a civil szférának együttesen kell megvalósítani a lakosság aktív támogatásával.

Magyarországon nincs olyan törvény, amely a dohányzás visszaszorítás valamennyi területét magában foglalja. A dohányzás elleni küzdelem a helyzet súlyosságával ellentétben méltatlanul kevés figyelmet kap, finanszírozása pedig a helyi igényekhez és a nemzetközi javaslatokhoz képest is rendkívül alacsony szintű. Döntéshozói szinten tehát az egyik legfontosabb feladat a jelenlegi jogszabályok bővítése, felülvizsgálata, illetve sok tekintetben szigorítása, amely az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenes Keretegyezményben, – amelyet Magyarország is ratifikált - valamint az ahhoz tartozó irányelvekbe foglalt ajánlások alapján is feltétlenül indokolt.

A hazai dohányzással kapcsolatos legfontosabb közvélemény kutatásokból egyértelműen kiderül, hogy mind a nemdohányzók, mind a dohányzók egyre inkább a szigorúbb intézkedések mellett vannak. A sikeresen és hatékonyan működő dohányzáspolitikai egyik alapfeltétele tehát rendelkezésre áll, amelyre érdemes és kell is építeni kellő figyelemmel, politikai elkötelezettséggel, megfelelő finanszírozással.

Mindazon beavatkozások megvalósítására, amelyek az átfogó dohányzás ellenes szabályozással rendelkező országokban - amelyeknek már sikerült megfékezniük a dohányzás járványos terjedését – látványos eredményeket hoztak, szükség van Magyarországon is. Ehhez nyújt segítséget ez a kiadvány.

Gábor Edina  
főigazgató

## Dohánytermék gyártás, károsanyag-tartalom

Demjén Tibor

Tegyük fel, hogy a cigaretta gyártásához ma kérne valaki engedélyt. A vizsgálati eredmények alapján, bizonyítottan rákkeltő hatása miatt, biztos nem kaphatná meg. A termék sajnos előbb elterjedt és csak jóval később kezdődött hatásainak vizsgálata.

Az Egészségügyi Világszervezet és az Európai Parlament - tekintettel arra, hogy különösen veszélyes élvezeti cikkről van szó - kiemelt figyelmet fordít erre a termékre. A dohánytermékek alkotóelemeiről a dohányiparnak tájékoztatni kell az illetékes hatóságokat, amelyhez nemrégiben készült el az egész Unió területén ajánlott egységes formanyomtatvány. Az Európai Parlament és Tanács irányelve<sup>1</sup> szerint a tagországok között a dohánytermékek gyártására, ki-szerelésére és árusítására vonatkozó törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezéseket köz-e-líteni kell egymáshoz. Ennek keretében meghatározták a cigaretták megengedett legnagyobb kátrány (10 mg), nikotin (1 mg) és a szén-monoxid (10 mg) szintjét. Ezek ellenőrzéséül szol-gáló mérési eljárás lényege, hogy standard körülmények között gép szívja el a cigarettát, és ez alapján méri<sup>2</sup> a füstben lévő nikotin, kátrány, és szénmonoxid mennyiséget. A dohány-zó emberek azonban a géptől eltérő és egymáshoz képest is különböző módon dohányoznak. A szippantás mennyisége, időtartama, időköze és a cigaretta tartása, illetve ajkakkal történő összenyomása ugyanannál a dohányosnál is eltérő. A gépi vizsgálat alapján tehát nem állapít-ható meg, hogy egy adott dohányos ember egy adott márka egy szál cigarettájából mennyi kátrányt, nikotint és szénmonoxidot juttat a tüdejébe!

Az adalékanyagok közül a kumarin bár növelte az eladást, de mint bizonyítottan rákkeltő már betiltásra került. Az adalékanyagok egy része a fiatalok számára teszi vonzóbbá a terméket, ami szintén aggályos.

Az optimális megoldás érdekében szükséges a dohánytermékek előállításával összefüggő nem-zetközi és hazai szabályozás továbbgondolása, folyamatos felülvizsgálata.

<sup>1</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2001/37/EK sz. irányelve

<sup>2</sup> ISO 8243

## Csomagolás és címkézés

Demjén Tibor

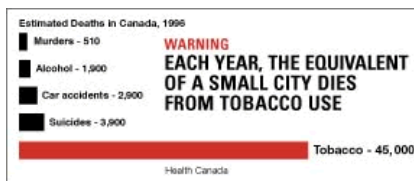
Minthogy a cigaretta egészségre veszélyes termék és fogyasztása bizonyítottan fokozott kockázatokkal jár, erről a fogyasztóit megfelelő módon tájékoztatni kell. Jelenleg ennek egyik módja a 2001/37/EK irányelvben meghatározottak szerinti egészségvédelmi figyelmeztető feliratok elhelyezése a dohánytermékek csomagolásán. Ezek egy része - a dohányzás egészségkárosító hatásainak feltüntetésével - a leszokási szándék kialakulását, illetve megerősítését kívánja elősegíteni. Másik része a passzív dohányzással összefüggésben, a dohányzó ember másokkal szembeni felelősségét hangsúlyozza. A feliratok egyike kifejezetten a leszokni kívánó dohányosnak nyújt tájékoztatást a segítség igénybevételének lehetőségeiről: „Kérjen segítséget a leszokáshoz (0640200-493/1062 Budapest, Andrássy út 82./www.cfi.hu) kérdezze meg háziorvosát/gyógy-szerészét.”

A szöveges feliratoknál azonban jóval hatásosabb a színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések alkalmazása. Amint azt a kutatások eredményei és a színes képeket már alkalmazó országok tapasztalatai bizonyítják, a színes fényképekkel és egyéb illusztrációkkal ellátott egészségügyi figyelmeztetések a dohányzástól való elrettentésnek és a polgárok dohányzással kapcsolatos egészségügyi kockázatokról történő felvilágosításának egyik leghatékonyabb eszközeként szolgálnak.

Kanadában a színes képek bevezetését - az azt másfél évvel követő hatásvizsgálatok szerint - a felnőtt dohányzók 70%-a, a fiatalok 90%-a hatásos módszernek tartotta. Amellett, hogy a dohányosok több mint fele arról számolt be, hogy a képek hatására kevesebbet dohányzik nemdohányzók jelenlétében, azok használata minden negyedik dohányos leszokási szándékát is megerősítette.

A dohányzás visszaszorítása érdekében tehát az egyik legfontosabb feladat a színes fényképekkel ellátott egészségügyi figyelmeztetések bevezetése. A 2003/641/EK határozat szerint a tagállamok színes fényképek vagy egyéb illusztrációk formájában történő egészségügyi figyelmeztetések alkalmazása esetén, a Bizottság által meghatározott 42 db kombinált figyelmeztetést tüntethet fel.

A szövegekkel ellátott képek figyelmeztetnek a dohányzás következtében nagyobb gyakorisággal bekövetkező betegségek kockázatára (pl. 1., 2., 3. kép), segítenek a leszokással kapcsolatban (4. kép), felhívják a figyelmet a passzív dohányzás veszélyeire (5. kép), valamint érzékeltetik a terhesség alatti dohányzás magzatkárosító hatását (6. kép).





1. kép



2. kép



3. kép



4. kép



5. kép



6. kép

Az Európai Unió tagországai közül a kombinált egészségvédelmi figyelmeztetéseket elsőként Belgiumban vezették be 2007. július elsejétől, Romániában pedig 2008. júliusától fogják alkalmazni.

A figyelmeztető szöveg, illetve képek használata rendszeresen váltogatva még hatásosabb, ezért azokat célszerű fokozatosan bevezetni és egy szisztematikusan kidolgozott rotációs rendszerben alkalmazni.

## Adóztatás és árképzés

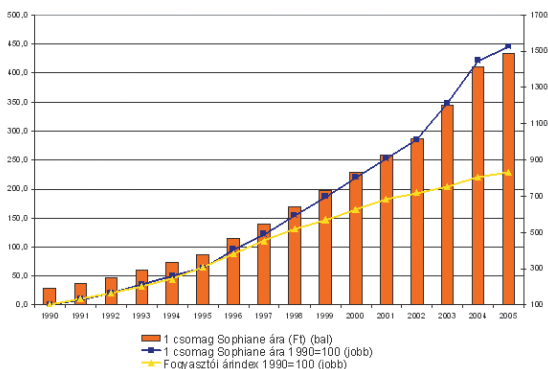
Dr. Szilágyi Tibor

A dohánytermékek kiskereskedelmi árának egyik fontos komponense az adótartalom. Ezen kívül az áfa és egyes, a dohányipar által befolyásolható tényezők – mint a termelői ár és a kiskereskedelmi árrés – befolyásolják a végső árat. Amint az elmúlt években bizonyossá vált, a dohányiparnak arra is vannak eszközei, hogy az adóemelés ellenére csökkentse termékei fogyasztói árát. Ez történt 2004-ben, amikor a dohányipari cégek „árháborúba” kezdtek főként a közepes árfekvésű cigaretták piaca minél nagyobb szeletének birtoklásáért.

Az adótartalom emelése az Európai Unió 2002/10/EC<sup>3</sup> direktívának való megfelelés miatt is kötelező. E direktíva által előírt adószint bevezetését Magyarország 2008. december 31-ig vállalta.

Az adótartalom emelése – amennyiben a dohányipari cégek azt áthárítják a fogyasztókra – dohányár-emelkedést okoz, és ez úton visszaszorítja a dohányzást, javítva a lakosság egészségi állapotát. A dohánytermékek adójának folyamatos, az inflációt és a reálkeresetek növekedését meghaladó mértékű emelése ma az egyik leghatékonyabb dohányzásellenes intézkedés, mely főként a fiatalkori dohányzás csökkentése irányában hat<sup>4</sup>.

**A legkedveltebb cigaretta fogyasztói ára és az infláció (Forrás: 4)**



Az ábrán látható, hogy 1996-ban kezdődik el a dohánytermékek árának a fogyasztói árindex emelkedésétől különböző (attól nagyobb mértékű) emelkedése. 1991-ben a legkedveltebb árkategóriájú cigaretta 33,20 forintba került, 2005-ban pedig 433 forintba, ami 13-szoros növekedés. A cigaretta megfizethetősége tehát csökkent, ami a fogyasztás jelentős mértékű csökkenését okozta. Míg a kilencvenes évek elején 3000 fölött volt az egy 15 év feletti lakosra eső cigarettafogyasztásunk, addig 2004-ben ez 2000 szál alá csökkent.

<sup>3</sup> 2002/10/EK irányelv (2002. február 12.) a feldolgozott dohányra kivetett jövedéki adók szerkezete és adókulcsai tekintetében a 92/79/EGK, a 92/80/EGK és a 95/59/EK irányelv módosításáról

<sup>4</sup> Dr. Szilágyi Tibor: A dohánytermékek adótartalmának emelése és a dohányzás visszaszorítása: tapasztalatok és javaslatok (2006. szeptember)

A fogyasztás csökkenésével párhuzamosan azonban nem csökkent a költségvetés dohányadóból származó bevétele. 1991-ben a költségvetés cigaretta jövedéki adóból származó bevétele 20 milliárd forint volt, míg 2005-ben 173 milliárd forint, ami szintén jelentős, majdnem 10-szeres emelkedést jelent. Az adóemelés tehát úgy szorítja vissza a cigarettafogyasztást, hogy közben a költségvetés bevételei is növekednek, az intézkedés így kétszeresen kedvező hatású az ország gazdasági teljesítőképességére nézve.

A GKI Gazdaságkutató Zrt. kutatói szerint Magyarországon a cigaretta kiskereskedelmi árának 10%-os emelése a keresletet körülbelül 4%-al csökkenti. A Világbank szerint egy ugyanilyen mértékű cigarettaár-emelkedés a dohányzással összefüggő halálozást 1,5%-al csökkenti. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon egy évi 10%-os cigarettaár-emelkedés (a 2004-es évre vonatkoztatva) 1942 ember életét menti meg a 35 év feletti korosztályban.

Az adóemelés fogyasztáscsökkentő hatását a Magyar Dohányipari Szövetség is elismeri. Patai András, a Szövetség elnöke így fogalmaz egy 2002-es nyilatkozatában<sup>5</sup>: “A jelenség [az értékesített cigaretta volumen csökkenése] okai elsősorban társadalmi, kulturális és gazdasági hatásokkal, elsősorban az infláció mértékét meghaladó adóemeléssel magyarázhatóak, a folyamatot semmiféle intenzív kampány nem tudta megfordítani.”

Az elmúlt években a dohányzás elleni küzdelemre fordított állami források messze elmaradtak a probléma társadalmi súlyától. A dohánytermékek jövedéki adója egy részének elkülönítése (“pántlikázása”) és a keletkezett alap felhasználása dohányzásellenes vagy általában egészségfejlesztési tevékenységek finanszírozására egyre több országban alkalmazott pénzügyi eszköz. Ha a magyar állam a dohánytermékekre 1%-os termékdíjat vetne ki, akkor 2006-os adatok alapján például 2,1 milliárd forintot, 2%-os termékdíjjal számolva pedig 4,2 milliárd forintot gyűjthetne be, amiből a teljes népegészségügyi programot finanszírozhatná<sup>6</sup>. Termékdíjból finanszírozzák a dohányzás elleni küzdelmet például Ausztrália és az Egyesült Államok több államában, míg Európában például Finnországban, Izlandon, Lengyelországban, Portugáliában és Romániában működik ilyen a rendszer. Thaiföldön és Dél-Koreában egészségfejlesztési alapítványt, illetve alapot hoztak létre a dohányárak és alkoholtartalmú italok adója egy részéből.

A dohány-termékdíj bevezetésére irányuló javaslat rendszeresen felmerül a dohányzásellenes szakemberek, sőt a szakértői javaslataiban is. A Nemzeti Népegészségügyi Program 2004-es cselekvési terve<sup>7</sup>, sőt a Programról szóló országgyűlési határozat<sup>8</sup> is tartalmazza a dohány-termékdíj bevezetését, de ez a mai napig nem valósult meg.

A dohánytermékek árának emelése akkor a leghatékonyabb a dohányzás visszaszorításában, ha azt a cigarettaárcsökkentés visszaszorítását célzó módszerekkel együtt alkalmazzák. A Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága jelentős sikereket ért el az elmúlt években a cigarettaárcsökkentés elleni küzdelemben. Az Európai Csalásellenes Iroda (OLAF) és a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény a cigarettaárcsökkentés elleni nemzetközi összefogás jó példái.

<sup>5</sup> Kreatív, 2002. május 31.

<sup>6</sup> Dr. Barta Judit, Tompa Tamás: A dohányzás társadalmi költségei és a dohánytermékek adója emelésének gazdasági következményei (2006. szeptember).

<sup>7</sup> A Nemzeti Népegészségügyi Program 2004-es cselekvési terve. Budapest, 2004. március.

<sup>8</sup> 46/2003. (IV. 16.) országgyűlési határozat a Nemzeti Népegészségügyi Programról

## **Reklámozás, promóció és szponzorálás**

Dr. Szilágyi Tibor

Tekintettel a dohánytermékek ártalmasságára, promóciójuk minden formájának korlátozása helyénvaló. Az EVSZ Keretegyezménye szerint a promóció tilalma csökkenti a fogyasztást, így hatékony intézkedés a dohányzás visszaszorítására. A Világbank 1999-es beszámolója szerint a dohánytermékek reklámozásának és a dohányipari szponzorálás átfogó tilalma, amennyiben egy átfogó dohányzásellenes program részeként kerül bevezetésre, 6%-al képes csökkenteni a cigarettafogyasztást.

A dohánytermékek promócióját Európai Unió direktíva szabályozza. A 2003/33/EC Unió direktíva, együtt a 97/36/EC direktívával tiltja a dohányreklámozást a legtöbb médiumban, akárcsak a nemzetközi események dohányipar általi szponzorálását. Nem vetett jó fényt az országra, hogy a 2003/33-as Unió direktívának a szponzorálásra vonatkozó bekezdését – a hazai Forma-1 futamra tekintettel – csak az Európai Bizottság második figyelmeztetését követően, az Európai Bíróságra citáztatás fenyegetése mellett vezette be 2006 második felében<sup>9,10</sup>.

Magyarországon a 2001. évi I. törvény<sup>11</sup> szabályozza – igen szigorúan – a dohánytermékek promócióját. A törvény gyenge pontja azonban az eladáshelyi reklám szabályozása. Ezt a paragrafust a dohányipari cégek a törvény hatályba lépése után még évekig kijátszották. Végül is egy, 2004. novemberében – több mint két évvel a közterületi dohányreklám-tilalom hatályba lépése után - született legfelsőbb bírósági állásfoglalás tiltotta meg a dohányreklámok elhelyezését az üzletek külső portálján, közterületről látható helyen<sup>12</sup>.

Az eladáshelyi reklám engedélyezése indokolatlanul nagyméretű, ezáltal látványos dohányreklámok elszaporodásához vezetett élelmiszer és vegyes profilú üzletekben és bevásárlóközpontokban – ott, ahol számos gyermek és nemdohányzó is látja őket.

A törvény szigorítása az eladáshelyi dohányreklámozás további szabályozása miatt indokolt.

<sup>9</sup> Tobacco advertising: European Commission takes action against four non-compliant Member States, sajtóközlemény, 2006. április 4.

<sup>10</sup> Commission takes action against Member States breaking the tobacco sponsorship ban, sajtóközlemény, 2006. október 12.

<sup>11</sup> 2001. évi I. törvény a gazdasági reklámtevékenységről szóló 1997. évi LVIII. törvény módosításáról

<sup>12</sup> Hungary: Tobacco Ads Forced Back Inside. Tobacco Control, 2004;13:8

## Fogyasztás és tiltott kereskedelem

Demjén Tibor

A dohánytermékek fogyasztása Magyarországon elsősorban cigaretta fogyasztását jelenti.

A dohányfogyasztás mennyisége azonban a feketekezeskedelem jelenléte miatt nem egyenlő a legális forgalomban eladott dohánytermék mennyiségével.

A dohányfogyasztás a lakossági felmérések alapján, a következő módon becsülhető. 2005. évben a felnőtt korú megkérdezettek 30%-a azt állította, hogy rendszeresen dohányzik és napi átlag 18 szál dohányterméket szív el, míg a megkérdezettek 6%-a alkalmanként dohányzó és naponta átlagban 6 szálát szív el<sup>13</sup>. A felnőtt lakosságon belül tehát, a dohányosok 36%-os arányát figyelembe véve és a felnőtt népesség lélekszámát 8,5 milliónak tekintve, a dohányfogyasztás (cigaretta, szivar, szivar-ka, sodort cigaretta vagy akár pipadohány fogyasztása) 16.471 millió szál elszívását jelenti. Ezen felül a 10-19 évesek éves fogyasztása – a 2003. évi HBSC alapján megbecsülve – megközelítőleg 410 millió szál. A lakosság fogyasztása ezek alapján tehát megközelítőleg 16.881 millió szál.

Minthogy a legális forgalomban eladott dohánytermék maximum az adott évben az országban készleten lévő dohánytermék lehet, így amennyiben a cigaretta, szivar és szivar-ka, valamint a vágott dohány gyártás mennyiségéhez hozzáadjuk a importált mennyiséget és ebből kivonjuk az export mennyiségét, megkapjuk az adott évben megközelítően – legális forgalomban – eladott (eladható) dohánytermék mennyiségét.

Vagyis ha a 2005. évi hazai cigarettagyártáshoz, ami 8200 millió szál, hozzáadjuk az importált mennyiséget, amely 7017 millió szál, majd ebből kivonjuk az export mennyiségét, ami 1033 millió szál, akkor 14 184 millió szál marad. Szivar és szivar-ka esetében ez azonos számítással 94.3 millió szál. Ugyanez a vágott dohány esetében 1.37 millió kg, plusz 0.9 millió kg, mínusz 630 kg, vagyis 2.3 millió kg. Ezt a mennyiséget, ha csak sodort cigaretta készítéséhez használ-nák - és a dohánytartalomra vonatkozóan kb. 1g /szállal számolunk - akkor maximum 2300 millió szál sodorható belőle. Mindezek alapján az eladható dohánytermék mennyisége megkö-zelítőleg 16.578 millió szálnak felel meg<sup>14</sup>.

Az illegális kereskedelemben eladott dohánytermék mennyiségének becsléséhez a dohány-fogyasztás ily módon becsült összegét össze kell vetnünk a legális forgalomban eladott dohánytermék mennyiségével. A két becsült mennyiség különbsége 275 millió szál. Ez pedig azt jelenti, hogy megközelítőleg minden hatvanadik szál cigaretta, illetve más dohánytermék illegális forgalomból kerül a fogyasztóhoz. Ehhez képest az illegális kereskedelem visszaszorí-tása során lefoglalt cigaretták száma 2005-ben 277 millió szál volt.

Fentiekén túl a feketekezeskedelem fontos eleme az illegális tranzit kereskedelem is, melynek mennyiségét a rendelkezésre álló adatok alapján megbecsülni nem tudjuk.

Az itt ismertetett módszerrel kiszámolt eredményekhez képest más számítási módszerek alap-ján kapott eredmények az itteniektől eltérőek lehetnek.

A fogyasztás csökkentésének, azaz a dohányzás visszaszorításának egyik eszköze a kiskeres-kedelmi ár emelése. Az ár emelése azonban az illegális kereskedelem megerősödését idézi elő, így az szükségszerűen az illegális kereskedelem visszaszorításában résztvevő szervezetek me-gerősítésével kellene, hogy együtt járjon.

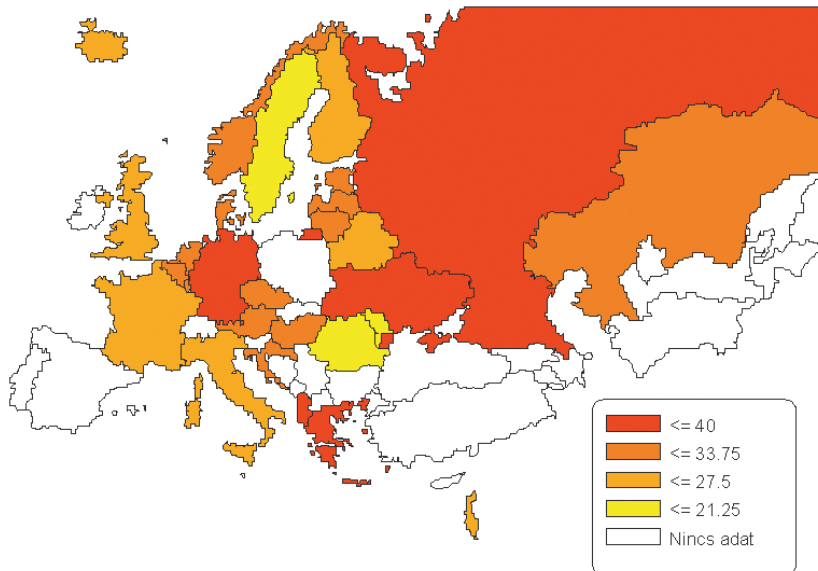
<sup>13</sup> Marketing Centrum 2005

<sup>14</sup> FCTC Report 2007 adatai alapján

## Dohányzás - a statisztikák tükrében

Kiss Judit

Európai összehasonlításban a dohányzás elterjedtsége tekintetében meglehetősen kedvezőtlen pozícióban állunk, ahogyan ezt a **1. ábra** mutatja. Különösen kedvezőtlen a helyzet a napi rendszerességgel dohányzó nők vonatkozásában, ahol a 40 vizsgált országot tekintve a 3. helyen állunk. A 2005-ös Eurobarometer adatai is azt mutatják, hogy európai összehasonlításban az első 10 ország között szerepeltünk a napi dohányosok számarányát tekintve, 3 százalékponttal meghaladva a 25 EU tagország átlagát (27%).



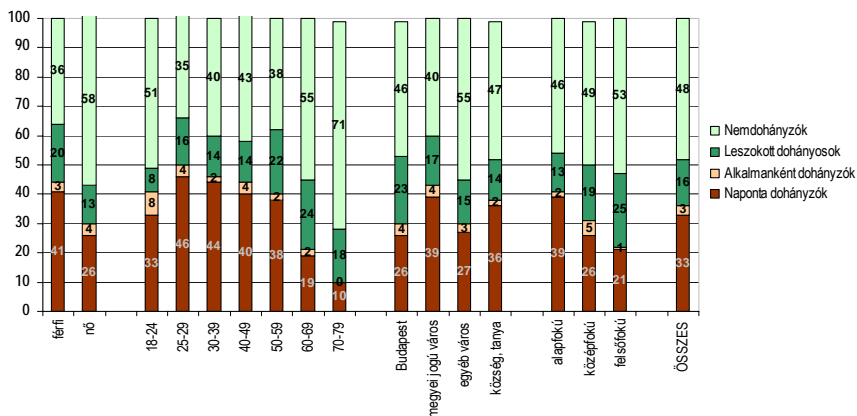
**1. ábra**

**A napi rendszerességgel dohányzók aránya a 15 év feletti európai népességén belül (%)**

(Forrás: WHO-HFA, 2006.)

2006-ban végzett felmérések<sup>15</sup> eredményei alapján megállapítható, hogy ma Magyarországon a hazai felnőtt korú népesség 33%-a, azaz **minden 3. felnőtt dohányzik (2. ábra)**. Ami a nemek közti különbséget illeti, a nők 30%-a, míg a férfiak 44%-a dohányzik, többségük napi rendszerességgel (nők: 26%, férfiak: 41%). Ez az arány az elmúlt tíz évben mindössze 2-3 százalékponttal ingadozott, azaz érdemi változások nem történtek sem pozitív, sem negatív irányban. A lakosság 3%-a csak alkalmanként dohányzik, az alkalmi dohányosok legnagyobb arányban a 18-24 évesek körében képviseltetik magukat (8%). Az egy dohányosra jutó elszívott cigaretta mennyisége 2006-ban **16 szál/nap** volt.

<sup>15</sup> Az ODE és a Magyar Gallup Intézet által kivitelezett Magyar Dohányzásmonitor 2006-os eredményei alapján.



2. ábra

**Összefoglaló adatok a dohányzás elterjedtségéről az egyes hazai lakossági csoportokban**

(Forrás: ODE - Magyar Gallup Intézet, Magyar Dohányzásmonitor, 2006. március)

A generációs különbségeket tekintve elmondható, hogy a dohányosok aránya a fiatalok körében a legmagasabb: míg a fiatalabb korosztályok közel fele dohányzik, addig a 70 év feletiek esetében a dohányosok idő előtti halálózása miatt is ez az arány már csak 10% körüli. Az első rágyújtás életkora a korábbi 14-15 éves korokról egyre korábbi életszakaszokra tolódik, így a kutatási eredmények<sup>16</sup> azt mutatják, hogy a 13-15 éves tanulóknak mintegy 70%-a már kipróbálta a dohányzást és egyharmaduk jelenleg is dohányzik (17,7%-uk 10 éves kor előtt gyújtott rá először). Mindez azért is rendkívül negatív tendencia, mert az adatok azt jelzik, hogy azok, akik 20 éves korukig nem gyújtanak rá, nagy valószínűséggel nem lesznek dohányosok.

Összességében az elmúlt 2 évben a dohányosok és a nemdohányzók aránya nem változott kedvezőtlen irányba a hazai népességben belül. Ez azt is jelenti, hogy ma Magyarországon 10 nőből 2,5, míg 10 férfiból 4, azaz összességében 10 felnőttből 3,3 napi rendszerességgel dohányzik.

<sup>16</sup> A Global Youth Tobacco 2003-as hazai adatfelvételének eredményei alapján.

## Dohánytermékekhez való hozzáférés életkorhoz kötött engedélyezése

Demjén Tibor

Egy fiatalok dohányzási szokásaira irányuló felmérés (GYTS) adatai szerint a dohányzás<sup>17</sup> kipróbálása egyre fiatalabb életkorokra tolódik ki: a 13-15 éves tanulóknak mintegy 70%-a már kipróbálta a dohányzást, 17,7%-uk már 10 éves kora előtt rágyújtott, egyharmaduk pedig jelenleg is dohányzik. A dohánytermékekhez való hozzáférés tekintetében az adatok azt mutatták, hogy az említett korosztály csaknem kétharmada (65,3%) vásárol cigarettát üzletben, míg több mint háromnegyedük (76,2%) válaszolta, hogy fiatal kora még soha nem okozott neki problémát a cigarettavásárlásban, annak ellenére, hogy Magyarországon a jelenlegi szabályozás szerint<sup>18</sup> tilos kiskorúak számára cigarettát eladni. Majdnem 10%-kal több dohányzó fiú (71,0%) vásárol cigarettát üzletben, mint amennyi dohányzó lány (61,1%). Ezek az arányszámok az európai országok adataihoz képest is rendkívül magasak.

A kérdés az: van-e megoldás erre a kihívásra. Szakértők szerint bizonyos kérdések jogi úton történő szabályozása alapos mérlegelés és az érvek ellenérvek ütköztetése után sem mindig egyértelműen jó megoldás, mert sokszor nem a maradéktalanul helyes megoldást szolgálja, hanem a kisebbik rossz választásának enged csak teret. A dohánytermékekhez való hozzáférés életkorhoz kötött engedélyezése tipikusan ilyen kérdés. Az elárúsító helyeken megjelenő „18 év alattiak részére dohányterméket nem szolgálunk ki!” felirat úgy értelmezhető, hogy a 18. életévét betöltött, éretten gondolkodó fiatal, a társadalom felhatalmazásával, szabad elhatározásából vásárolhat cigarettát. Ez az értelmezés viszont kétségtelenül megerősíti, a cigarettázás révén „felnőtteknek”, érettebbnek látszani akaró gyermekek azon gondolatmenetét, miszerint ők még ehhez kicsik, ez felnőtt szokás.

A jogszabályi korlátozás a gyakorlatban nem nyújt kellő biztonságot a fiatalok dohánytermékhez való hozzájutásának megakadályozásában. Az érintett hatóságok által lefolytatott ellenőrzések tapasztalatai alapján a dohánytermékek kiszolgáltatása és értékesítése a 18. életévüket be nem töltött személyek részére sajnálatos módon az élelmiszer-kiskereskedelemben és a vendéglátásban egyaránt kimutatható.

Mindezek miatt a dohánytermékek életkoron alapuló hozzáféréseinek korlátozása napjainkra vitatottá vált a szakértők körében. Egy részük alkalmatlannak tartja ezt az intézkedést a fiatalok dohányzási szokásainak megváltoztatására. A fiatalok „érzékenysége” tekintettel, hatásozabb intézkedésnek tartják a dohánytermékekre vonatkozó, az inflációt meghaladó mértékű adóemelését, valamint a teljes reklámtiltalom bevezetését, és betartatását.

Mivel ez a kérdés hazánkban jogilag a fenti módon szabályozott, a legfontosabb feladat a szankciók megfelelően elrettentő mértékének biztosítása és a törvény betartását ellenőrző szervezet megerősítése.

<sup>17</sup> A WHO az Amerikai Epidemiológiai és Prevenációs Központtal (CDC) és az UNICEF-fel együttműködésben, 1998-ban indította útjára a GYTS-et, amelynek célja a fiatalok dohányzási szokásaira irányuló információgyűjtés. A 2002. évi 97 országban történt felmérés, Magyarország 2002-ben csatlakozott a nemzetközi kutatáshoz, amely többek között a média és a reklámozás szerepének és a kiskorúak dohánytermékhez jutásának is figyelmet szentel.

<sup>18</sup> A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény

## Dohányzás okozta megbetegedés és halálozás

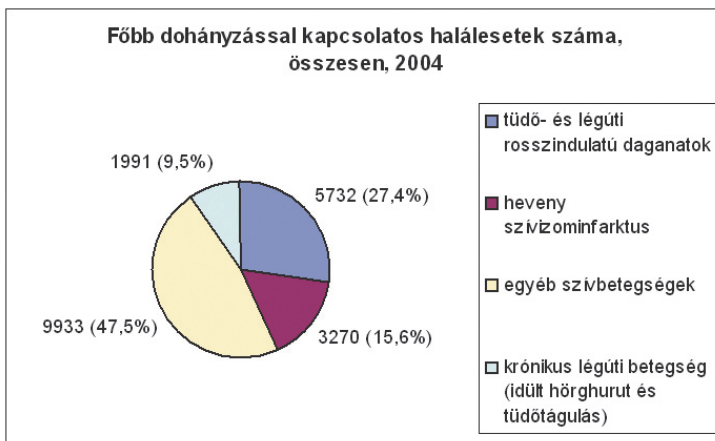
Dr. Szilágyi Tibor

Az Egészségügyi Világszervezet – idézve Doll és Peto korszakalkotó tanulmányát<sup>19</sup> – úgy tartja, hogy 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<sup>20</sup>.

Magyarországon a dohányzással összefüggő halálesetek számát legutóbb 2006 szeptemberében a GKI Gazdaságkutató Zrt becsülte meg<sup>21</sup>, felhasználva az egyes betegség típusok esetén a nemzetközi irodalomban fellelhető, dohányzásra vonatkozó kockázati valószínűségeket (azaz az összes megbetegedések számának hány százaléka tulajdonítható a dohányzásnak)<sup>22</sup>.

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 (20 ezer a 66 ezerből).

A négy legfontosabb dohányzással összefüggő halálokot férfiaknál, illetve nőknél az alábbi kördiagramok foglalják össze. Látható, hogy a négy legfőbb halálok mindkét nemnél ugyanaz, de míg férfiaknál jóval nagyobb a szíveredetű halálozás, addig nőknél a tüdőrák és a dohányzással összefüggő idült légúti betegség következtében történő halálozás aránya jóval nagyobb.

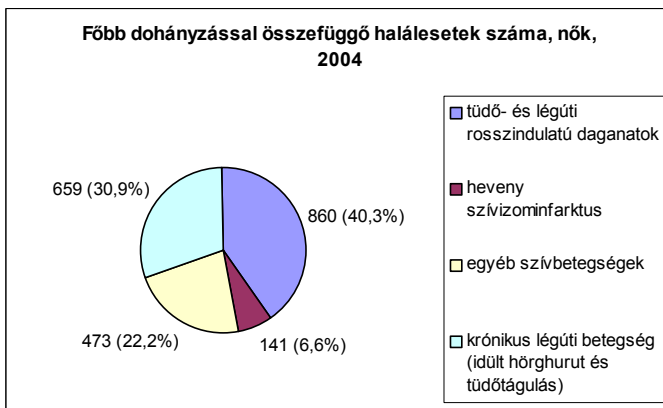
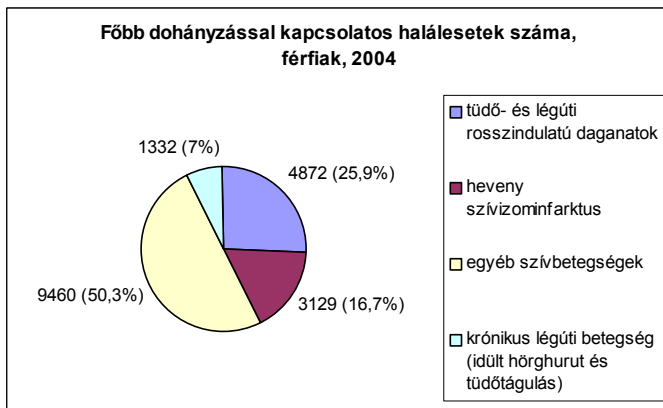


<sup>19</sup> Doll R és mtsai. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ. 1994 Oct 8;309(6959):901-11.

<sup>20</sup> Crofton J, Simpson D, Szilágyi T. Dohányzás: a világveszély. Egészségünkért a XXI. században Alapítvány, Szakmai kötetek, 2004/1.

<sup>21</sup> A dohányzással összefüggő halálozások vizsgálatok a KSH 2004. évi Egészségügyi Statisztikai Évkönyvének halálokok szerinti mortalitási adataiból indultak ki. A fekvőbeteg ellátásra, a halálozásra és korlátozottan a rokkantosságra vonatkozóan nem, kor és betegség, illetve halálok szerint 2004-re álltak rendelkezésre teljes adatok.

<sup>22</sup> Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.



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 rokkantossítási 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.

Ezen túlmenően 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 fenti adatok is igazolják, hogy a dohányzás az értelmetlen és idő előtti megbetegedés és halálozás egyik jelentős oka. Különösen drámai, hogy a jelenlegi törvényi szabályozás mellett mekkora passzív dohányzás okozta betegségteherrel kell az országnak szembenéznie.

# Az aktív és passzív dohányzás társadalmi és gazdasági terhei

Dr. Szilágyi Tibor

A dohányzás betegséget és halált okoz, ennél fogva az országok gazdasági fejlődését is károsítja. Az Európai Unió országaiban a dohányzás költségei elérik az évi 98-130 milliárd eurót, ami az Unió 2000. évi GDP-jének 1,04-1,39%-ának felelt meg<sup>23</sup>.

Az Európai Bizottság által 2003 februárjában rendezett "Dohányzássellessen és fejlesztéspolitikai magas szintű kerekasztal"<sup>24</sup> résztvevői arra a következtetésre jutottak, hogy az országok gazdasági teljesítőképességének egyik alapvető befolyásoló tényezője az, hogy az illető ország mennyire sikeres a dohányzás visszaszorításában.

A GKI Gazdaságkutató Zrt munkatársai nemzetközileg elfogadott módszertant alkalmazva, rendszeresen frissítve a számításokat és becsléseket, legutóbb 2006 szeptemberében, a 2004-es megbetegedési és halálozási adatok felhasználásával tette közzé a dohányzás társadalmi káira vonatkozó adatait<sup>25</sup>.

Eszerint 2004-ben Magyarországon körülbelül 23 ezer 35 év feletti állampolgár halt meg dohányzás következtében. Majdnem minden harmadik 35 év feletti férfi (30%) dohányzás miatt hal meg. Az 1. táblázatból látható, hogy a költségek körülbelül fele-fele arányban közvetlen és közvetett költségek. Jelentős tétel a gyógyszerkiadás, a rokkantnyugdíj és fekvőbeteg-ellátás költsége, valamint a betegség miatti jövedelem-kiesés. Ez azt jelenti, hogy 2004-ben Magyarország nemzeti össztermékének (GDP) 1,7%-a veszett el dohányzás miatt.

## 1. táblázat. Összefoglaló az aktív dohányzás társadalmi költségeiről, 2004 (Forrás: GKI: Tompa Tamás, Dr. Barta Judit)

Tétel	Költség (milliárd forint)
<b>Közvetlen hatások:</b> Fekvőbeteg ellátás	13,5-13,9
Jövedelem kiesés betegség miatt	27,7-28,5
Rokkantnyugdíj	35,9-37,1
Háziorvosi ellátás	7,1-7,3
Táppénz	9,3-9,6
SZJA adóbevétel kiesés	0,7
Gyógyszerkiadás	50,4-51,9
Hálapénz	3,6-3,8
Tűzkár	0,25
<b>Közvetlen kiadások összesen</b>	<b>148,5-152,9</b>
<b>Közvetett hatások:</b> Jövedelem kiesés halálozás miatt	166,6-176,8
<b>Közvetett kiadások összesen</b>	<b>166,6-176,8</b>
<b>Kiadások összesen</b>	<b>315-330</b>

<sup>23</sup> Tobacco or health in European Union: Past, present and future. Report of the ASPECT consortium. European Commission, October 2004.

<sup>24</sup> HIGH LEVEL ROUND TABLE ON TOBACCO CONTROL AND DEVELOPMENT POLICY, BRUSSELS, 4 FEBRUARY 2003

<sup>25</sup> Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.

A passzív dohányzás 2004-ben 2300 halálesetet okozott a 35 év feletti korcsoportban, és – bár költségei „csak” a GDP 0,1%-át teszik ki – a 17 milliárd forintos okozott kár szintén jelentős (2. táblázat)<sup>26</sup>.

**2. táblázat. Összefoglaló a passzív dohányzás társadalmi költségeiről, 2004. (Forrás: GKI: Tompa Tamás, Dr. Barta Judit)**

<b>Tétel</b>	<b>Költség (milliárd forint)</b>
<b>Közvetlen hatások:</b> Fekvőbeteg ellátás	1,97
Jövedelem kiesés betegség miatt	1,3-1,4
Rokkantnyugdíj	2,2-2,3
Háziorvosi ellátás	0,45-0,46
Táppénz	0,04
SZJA adóbevétel kiesés	0,34-0,35
Gyógyszerkiadás	2,4-2,5
Hálapénz	0,17-0,18
Tűzkár	0,012
<b>Közvetlen kiadások összesen</b>	<b>8,5-8,7</b>
<b>Közvetett hatások:</b> Jövedelem kiesés halálozás miatt	8,1-8,6
<b>Közvetett kiadások összesen</b>	<b>8,1-8,6</b>
<b>Kiadások összesen</b>	<b>16,6-17,3</b>

2004-ben az aktív és passzív dohányzás közel 350 milliárd forint kiadást okoztak a költségvetésnek. Ugyanabban az évben az állam a dohánytermékek jövedéki adójából (183,9 milliárd) és áfájából (70,3 milliárd) összesen 254 milliárd forint bevételre tett szert, azaz majdnem 100 milliárddal kevesebbet, mint amennyit állampolgárai dohányzása miatt elköltött.

<sup>26</sup> Barta J, Szilágyi T, Tompa T: A passzív dohányzás társadalmi költségei

## **Segítségnyújtás a dohányzás abbahagyásához**

Dr. Vadász Imre

A kérdéssel foglalkozó módszertani ajánlások az orvosi ellátás keretében két szinten – az alapellátás és a szakellátás szintjén – javasolják a dohányzásról leszokást segítő tevékenység megszervezését. Magyarországon elsőként a tüdőgyógyászati szakellátás keretében 1994-ben önkéntes alapon indult meg a dohányzásról leszokást segítő szervezett program. Az ebbe a programba bekapcsolódott mind több tüdőgondozó tevékenységét az ŐEFI keretében működő „Dohányzás vagy Egészség” Központ koordinálja és menedzseli, mely tevékenység kiterjed a következőkre: a programot végző orvosok és egészségügyi dolgozók képzése, a program módszertani támogatása, a tevékenység monitorozása, a rendelések ellátása dokumentációval és páciens tájékoztató kiadványokkal.

A program sajátosságai az egészségesebb munkahelyek kialakításáért egységes protokoll (egyéni foglalkozás, gyakorlati tanácsadás és segítség a cigaretta elhagyása kapcsán jelentkező problémák megoldásában, farmakoterápia a nikotinmegvonási tünetek kiküszöbölésére, a 3 hónapos aktív szakasz alatt hét programozott vizit, a 9 hónapos követési szakasz végén központi értékelés, az absztinencia monitorozása a kilégzett levegő CO koncentrációjának mérésével) és az évente elvégzett értékelés (mely szerint a programba bekapcsolódott leszokni akaró dohányosok 45-50%-a nem dohányzik az aktív szakasz végén és 25-30%-a a követési szakasz végén; ezeket tekintjük leszokottaknak). Eredményessége megfelel a hasonló külföldi programokénak.

A Népegészségügyi Program a dohányzásról leszokást segítő szakellátás végzésére a tüdőgondozókat jelölte ki azzal a célkitűzéssel, hogy a fenti programba minden tüdőgondozó bekapcsolódik és így ez a szolgáltatás az egész ország területén elérhető legyen. Akkreditált képzés indult az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet szervezésében és 2006-ban 140 tüdőgondozóban volt erre lehetőség.

Annak érdekében, hogy a programba minél több leszokni akaró dohányos bekapcsolódhasson a következő kérdések megoldása szükséges: a dohányosok és az alapellátásban dolgozók teljes körű és folyamatos tájékoztatása erről a lehetőségről, a dohányosokban a leszokás motivációjának felkeltése, illetve erősítése folyamatos és professzionális módon kialakított médiakampanyal, a programot végző szakemberek lehetőleg teljesítményarányos díjazása, a leszokást segítő készítmények árának támogatása oly módon, hogy az a program sikeres befejezésére ösztönözzön.

Az ŐEFI a munkahelyi dohányzásról leszokásban segítő tréning módszertanának kidolgozásával és elterjesztésével igyekszik segíteni az egészségesebb munkahelyek kialakításában.

A leszokásban segítő tanácsokat valamint a rendelések elérhetőségét a 06 40 200493-as telefonszám felhívásával az egész ország területéről helyi hívás költségen ismerheti meg a lakosság.

## Nemdohányzók védelme

Demjén Tibor

A környezeti dohányfüstöt az Egyesült Államok Környezetvédelmi Ügynöksége 1993-ban, az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége 2002-ben ismert emberi rákkeltő anyagnak minősítette. Ennek kiegészítéseként a Finn kormány 2000-ben, a Német Kormány pedig 2001-ben munkahelyi rákkeltő anyagnak határozta meg. A Kaliforniai Környezetvédelmi Ügynökség mérgező légszennyező anyagnak minősítette.

A belélegzett levegőbe jutó dohányfüstnek nincs olyan minimális szintje, ami alatt az expozíció már biztonságosnak mondható! A dohányfüstmentes környezethez mindenkinek joga van, ez következik a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogból, mint alapvető emberi jogból<sup>27</sup>. A kormány kötelessége az egyének védelme, a dohánytermék-fogyasztás és a dohányfüst-expozíció pusztító egészségi, szociális, környezeti és gazdasági következményeinek visszaszorítása. A lakosság dohányfüst-expozíciójának hatékony csökkentése, a nemdohányzók egészségének védelme és mindezek eredményeként a dohányzással összefüggő megbetegedés és halálozás arányának csökkentése kizárólag teljes körű dohányzási tilalom bevezetésével érhető el, és országos, regionális és nemzetközi szinten megvalósítandó integrált dohányzássellenes intézkedéseket követel meg.

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSz) szerint a dohányzási epidémia terjedése komoly közegészségügyi következményekkel járó olyan globális probléma, amely szükségessé teszi a lehető legszélesebb nemzetközi együttműködést és minden ország részvételét egy hatékony, célirányos és átfogó nemzetközi reagálásban. A felismerés következményeként az EVSz irányításával létrejött a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, melyet a mai napig 168 ország írt alá és közülük 147 ratifikált, köztük Magyarország és az Európai Közösség is. A keretegyezmény egyik fontos területe a nemdohányzók védelme a passzív dohányzástól. A dohányfüst-expozíció elleni védelemről irányelv tervezet készült amit várhatóan a részes felek második konferenciája fogad majd el 2007. júliusában.

Az Európai Unió Tanácsa 1989-ben fogalmazott meg állásfoglalást<sup>28</sup> a nyilvános helyeken történő dohányzással kapcsolatban, valamint 2002-ben ajánlást<sup>29</sup> tett közzé, amelyben ösztönzi a tagállamokat jogi intézkedések meghozatalára a nemdohányzók védelme érdekében a munkahelyek, zárt légtérű nyilvános helyek, tömegközlekedési eszközök vonatkozásában.

A hazai hatályos törvény a dohányzási korlátozással érintett helyiségekben (közforgalmú intézménynek a szolgáltatást igénybevevők számára nyitva álló zárt légtérű helyiségeiben, tömegközlekedési eszközön, zárt térben megtartott rendezvényen és munkahelyen) csak az arra kijelölt helyeken engedi meg a dohányzást. Ezen általános szabálytól eltérően az életkoruknál, egészségi állapotuknál vagy az igénybevett szolgáltatás jellegénél fogva különös védelmet igénylő személyek védelme érdekében egyes helyeken (pl. az óvodákban) a törvény a dohányzóhelyek kijelölésének tilalmával teljesen megtiltotta a dohányzást<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> Egyesült Nemzetek Közgyűlése által 1966. december 16-án elfogadott „Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának” 12. Cikke, amely rendelkezik minden embernek a testi és szellemi egészség lehető legmagasabb elérhető színvonalához való jogáról

<sup>28</sup> Council Resolution on smoking in public places (1989)

<sup>29</sup> Council Recommendation 2003/54/EC of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control [Official Journal L 22 of 25.01.2003].

<sup>30</sup> A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény

Az Unióban ebben a szabályozásban élenjáró országok Írország, Skócia teljes, a kocsmákra és éttermekre is kiterjedő dohányzási tilalmat vezetett be. Észak Írország, Anglia és Wales ugyanezt 2007. nyarára tervezi.

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 rendelkezésére. A dokumentum részletesen ismerteti a passzív dohányzás egészségkárosító hatásait, a dohányfüsttel összefüggésbe hozható gazdasági károkat. A 2006-os Eurobarometer vizsgálat szerint magas társadalmi támogatottsága van az erőteljes dohányzáspolitikáknak, az uniós tagállamok lakosságának több mint 80%-a támogatja a dohányzás betiltását a zárt nyilvános helyeken. Az átfogó dohányfüstmentes szabályozással kapcsolatban lehetséges jövőbeni megoldások közül a status quo, önkéntes intézkedések a tagországokban, nyílt koordinációs mechanizmus, bizottsági vagy tanácsi ajánlás, illetve kötelező erejű szabályozás jöhet szóba. Ebben a fontos népegészségügyi kérdésben egy átfogó, az EU országaira kötelező érvényű jogszabály elfogadása – Uniós normaként - nagymértékben elősegítené és felgyorsítaná a dohányzás-ellenes tagállami folyamatokat.

A nemdohányzók védelmét szolgáló törvény bevezetése előtt, 1996-ban végzett közvélemény kutatás szerint a nemdohányzók 82 százaléka érezte szükségét annak, hogy a törvény megszülessen, de még a dohányzóknak nem egészen kétharmada (62 százalék) is fontosnak tartotta a törvény létrehozását. Tehát a dohányosok körében is a többség a törvényi szabályozás pártján állt. A legutóbbi dohányzási magatartással kapcsolatos toleranciát vizsgáló felmérések<sup>31</sup> szerint a különböző zárt nyilvános helyeken történő dohányzás tekintetében tovább szigorodott az általános közvélekedés. A megkérdezettek az egészségügyi intézményekben és iskolákban a teljes dohányzás tilalom azonnali bevezetésével egyetértettek, míg a cukrászdák és éttermek esetén ezt egy hosszabb folyamat eredményeként ugyan, de megvalósíthatónak tartják. Az különösen figyelemre méltó, hogy a lakosság többsége a nyitott nyilvános helyeken is támogatná, a dohányzás betiltását. A dohányzásnak, mint problémának a megítélése, illetve a passzív dohányzásról alkotott vélemény is érzékelhetően változott a korábbi évekhez képest.

A kormány a zárt nyilvános helyekre vonatkozó teljes dohányzási tilalom megvalósítását tűzte ki célul, de rugalmas álláspontot képvisel a megvalósítás határidejének kérdésében. A szigorításokat fokozatosan tervezi bevezetni, a jelenleg érvényben lévő szabályok, korlátozások és intézkedések fokozatos szigorításával.

<sup>31</sup> Eurobarometer 2006, Gallup: ODE Monitor 2004, 2006, Marketing Centrum 2005

## Oktatás, képzés és lakossági tudatosság

Demjén Tibor

A dohányzás visszaszorításában nélkülözhetetlen a lakosság tájékoztatása, véleményformálása. Széles körű hozzáférést kell biztosítani a hatásos és átfogó oktatási és lakossági, figyelemfelkeltést szolgáló programokhoz. A következő témákkal javasolt kiemelten foglalkozni: dohánymentes életmód előnyei, a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció egészségi kockázatai, a nemdohányzók védelme, az addiktív jellemzők, a leszokás módjai és a segítség igénybevételének lehetőségei, a dohánytermékekre és a dohányiparra vonatkozó lényeges információk, a dohánytermék-előállítás és dohányfogyasztás káros gazdasági és környezeti következményeire vonatkozó információk. A kampányok fontos célcsoportjai lehetnek az egészségügyi dolgozók, közösségi dolgozók, szociális munkások, a tömegtájékoztatási szakemberek, pedagógusok, politikai és gazdasági döntéshozók, vezetők.

Az unió minden tagországában jelenleg megvalósuló „HELP kampány” például nemcsak a dohányzás, hanem a passzív dohányzás tekintetében is véleményt formál a fiatalok között, illetve leszokásra buzdítja a dohányosokat. A kampány elsősorban pozitív üzeneteket sugároz a 18 év feletti fiatalok részére. A még nem dohányzó tinédzserek számára a kampány üzenete, hogy a dohányzásra nem is érdemes rászokni. A már dohányzó fiatalok számára azt közvetíti, hogy van elérhető segítség a dohányzásról leszokás elősegítéséhez, melyet érdemes használni. A passzív dohányzással kapcsolatos üzenet pedig az, hogy senkit sem lehet akarata ellenére dohányfüstnek kitenni.

Egy másik kampány keretében a [www.cikiacigi.hu](http://www.cikiacigi.hu) honlap segítségével játékos formában, véleményformáló üzenetekkel tényekről és tévhitekről, leszokással kapcsolatos tanácsokkal, több korcsoporthoz (5-8, 9-14, 15-20) jutnak el az Interneten.

A kampányok mellett a színtereken külön is folyamatosan biztosítani kell a dohányzás megelőzési és leszokásban segítő programokhoz való hozzáférés lehetőségét. Ezek a részben készségfejlesztésen alapuló programok, a véleményformáláson kívül a gyakorlatban is azonnal hasznosítható tudást és ismeretanyagot biztosítanak a résztvevők számára, mindennapi életük és munkájuk egészségtudatosabb vitele, illetve minőségének javítása érdekében.

A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (Global Youth Tobacco Survey - GYTS) az egész világra kiterjedő kutatás, amelynek célja a fiatalok dohányzási szokásaira irányuló információgyűjtés. A 2003-ban közzétett magyar adatok szerint tíz tanulóból hét már kipróbálta a cigarettaizást, és 17,7 százalékuk ezt 10 éves kora előtt megtette. A tanulóknak egyharmada dohányzik és közülük majdnem minden ötödiknél kialakult a függőség. A még soha nem próbálkozó tanulóknak több mint ötöde fogékonynak tekinthető a dohányzás elkezdésére.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a dohányzás megelőzési programok alkalmazása – az egészséges életmódra nevelés alapvető részeként – már egészen fiatal gyermekeknél kiemelt jelentőségű. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja az 1994-ben elvégzett modellkísérlet óta, országos szinten eredményesen működik, jelenleg az összes óvoda 30%-ban, azaz 1091 óvodában. Szórakoztatóan, játékosan formálja a gyerekek véleményét a dohányzással kapcsolatban, egyben felkészíti a gyermekeket arra, hogy ne elszenvetői legyenek a passzív dohányzásnak, hanem aktívan lépjenek fel ellene.

Az óvodából az általános iskolába kerülő gyermeket a felsőbb osztályos tanulók miatt, fokozottabban érik azok a hatások, amelyek a dohányzást követendő példaként állítják be.

Az egyik legfontosabb célja a dohányzás megelőzési programoknak, hogy olyan véleményformáló élmények érjék a gyermekeket, amelyek hatására később minél kevesebben próbálják ki a cigarettázást, illetve szoknak rá a dohányzásra.

A program főbb területei megegyeznek az óvodai programéval: véleményformálás, a 6-10 éves gyermekek életkori sajátosságainak megfelelő információk átadása a dohányzás egészségkárosító hatásairól, játékos formában, illetve a passzív dohányzás kényszere elleni tudatos és aktív fellelítés kialakítása.

A program egy játékszoftverre épül, amely CD (1. kép) valamint érintőképernyős számítógép formájában is eljut a gyerekekhez. A CD 1435 általános iskolában hozzáférhető, a 7 számítógép pedig országsszerte vándorol az iskolák között az ÁNTSZ munkatársainak segítségével.



1. kép

A program kiegészítő jelleggel az iskolák egészségfejlesztési tervébe is beilleszthető, a gyerekek önállóan tudják kezelni a programot, tanári irányítást nem, csak megfigyelést és felügyeletet igényel.

Jelenleg iskolai tantervbe épített, a dohányzás visszaszorítását célzó program még nincs, ennek hiányában sajnálatosan a célcsoporthoz ilyen jellegű programok egyelőre csak részben jutnak el.







**A dohányzás lassíthatja a vér  
áramlását, és impotenciát okozhat**



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

[www.oefi.hu](http://www.oefi.hu)