

VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS OKAI ÉS PERINATALIS KIMENETELI EREDMÉNYEI

Doktori értekezés

Fogarasi-Grenczer Andrea

SEMMELWEIS EGYETEM

Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Balázs Péter, Ph.D., főiskolai tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. habil Mészner Zsófia, Ph.D., főigazgató

Dr. Vajer Péter, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Hajdú Júlia, Ph.D., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Tóth Tímea, főiskolai docens

Kovácsné Dr. Tóth Ágnes, egyetemi docens

Budapest

2015

Tartalomjegyzék

RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK	5
1. BEVEZETÉS	8
1.1. PROBLÉMAFELVETÉS	8
1.2. A DOHÁNYZÁS ÉS A VÁRANDÓSGONDOZÁS KIHÍVÁSAI	9
1.3. A DOHÁNYZÁS EPIDEMIOLÓGIÁJA.....	12
1.4. DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS KATEGÓRIÁK	16
1.4.1. Dohányzók csoportjai	16
1.4.2. Környezeti dohányfüst expozíció.....	17
1.4.3. Szokás vagy függőség?	19
1.4.4. Fagerström-féle függőségi szintek, a függőség mérésének lehetőségei.....	20
1.5. DOHÁNYZÁS A VÁRANDÓSSÁG ALATT	21
1.5.1. Kialakulásának okai és fenntartó tényezői.....	21
1.5.2. Várandósság alatti dohányzás arányai	23
1.5.3. Szociális helyzet és a várandósság alatti dohányzás	28
1.5.4. Roma nemzetiségűek dohányzási szokásai.....	30
1.6. A DOHÁNYZÁS HATÁSA VÁRANDÓSSÁG ALATT	32
1.6.1. Általában a hatások ismeretéről	32
1.6.2. A dohányzás hatása a magzati fejlődésre.....	34
1.6.3. Perinatalis kimeneteli eredményekre gyakorolt hatások.....	36
1.6.4. A dohányzás késői következményei	38
1.6.5. Dohányzás és szoptatás	39
1.7. A DOHÁNYZÁS ELLENI VÉDELEM ESZKÖZRENDSZEREI.....	41
1.7.1. Primer prevenció	41
1.7.2. Dohányzási szabályozások a nemdohányzók védelmében.....	43
1.7.3. Korlátozások bevezetése a vásárlásnál.....	44
1.7.4. Adópolitika.....	44
1.7.5. Reklámtevékenység, dohánymarketing.....	45
1.7.6. Egészségvédő feliratok és képek megjelenítése.....	46
1.8. LESZOKÁS TÁMOGATÁS ÉS MINIMÁLIS INTERVENCIÓ VÁ- RANDÓSOK SZÁMÁRA.....	47

2. CÉLKITŰZÉSEK	51
2.1 A KUTATÁS RÉSZLETES CÉLKITŰZÉSEI	51
2.2 HIPOTÉZISEK	51
2.2.1. Hipotézisek indoklása	53
3. MÓDSZEREK	54
3.1. A KITERJESZTETT DOHÁNYZÁS KUTATÁS ELŐZMÉNYEI MAGYAR- ORSZÁGON.....	54
3.2. ÁLTALÁNOS MÓDSZEREK	56
3.2.1. A mintaválasztás indoklása	56
3.2.2. A felmérés előkészítése és időszaka	57
3.2.3. A kérdőív adatlapjai, a kérdések csoportosítása	59
3.2.4. Az elemzés módszerei.....	61
4. EREDMÉNYEK	63
4.1. A TELJES MINTA MEGYÉNKÉNTI BEMUTATÁSA	63
4.2. A TELJES MINTA LEÍRÓ STATISZTIKAI EREDMÉNYEINEK BEMU- TATÁSA	67
4.3. ÖSSZETETT ANALÍZISEK EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA.....	77
5. MEGBESZÉLÉS	85
5.1. DOHÁNYZÁS ÉS SZOCIO-DEMOGRÁFIA ÖSSZEFÜGGÉSEI.....	85
5.2. BELÉPÉS AZ ALAPELLÁTÁSBA	90
5.3. A DOHÁNYZÁSI MAGATARTÁS TÉNYEZŐINEK ELEMZÉSE	92
5.4. VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS HATÁSA A PERINATALIS KIMENETELRE	93
5.5. HIPOTÉZISEK ÖSSZEVETÉSE AZ EREDMÉNYEKSEL	96
6. KÖVETKEZTETÉSEK	100
6.1. LEGFONTOSABB KÖVETKEZTETÉSEK ÖSSZEFOGLALÁSA	100
6.2. A DOHÁNYZÁS CSÖKKENTÉSÉRE TETT JAVASLATOK	103
6.2.1. Primer prevenció óvodáskorban.....	103
6.2.2. Iskolai dohányzásprevenció	103
6.2.3. Családtervezés.....	106
6.2.4. Várandósok leszokás támogatása.....	107
6.2.5. Gyermerágyas anyák támogatása, környezeti dohányfüst expozíció csök-	

kentése	109
6.3. LEHETŐSÉGEK AZ OKTATÁS FEJLESZTÉSÉRE.....	113
7. ÖSSZEFOGLALÁS	116
7.1. ÖSSZEFOGLALÁS	116
7.2. SUMMARY	117
8. FELHASZNÁLT IRODALOMJEGYZÉK	118
9. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK ELŐADÁSOK JEGYZÉKE	136
9.1. Disszertációhoz kapcsolódó közlemények	136
9.2. Disszertációhoz kapcsolódó előadások/posztterek jegyzéke	138
9.3. Disszertációtól független közlemények jegyzéke.....	143
10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	144
11. MELLÉKLET.....	145
11.1. Várandósgondozásban használt rizikó adatlap	145
11.2. A hazai dohányzás gyakoriságokat bemutató összefoglaló táblázat	147
11.3. Védőnők éves jelentési adatlapja (első oldal).....	148
11.4. A kutatás kérdőíve	149
11.5 BMI értékek arányai a teljes mintában	170

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ
ÁNTSZ	Állami és Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat
APGAR	Az újszülött – közvetlenül szülés utáni 1-5'- es – állapotának meghatározására alkalmazott pontrendszer
BMI	Body Mass Index – testtömeg index
BPD	Biparietalis Diameter
CAGE-Q	Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Questionnaire – dohányzási magatartást vizsgáló kérdőív
CI	Confidencia Intervallum – megbízhatósági tartomány
CDC	Centers for Disease Control and Prevention – az USA kormányának betegség ellenőrzési és megelőzési központi hivatala
CO	szén-monoxid
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Krónikus obstruktív tüdőbetegség
CTCP	California Tobacco Control Program – Kalifornia Dohányzásellenes Programja
DE-EK	Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
DEMOCOPHES	DEMONstration of a Study to COordinate and Perform Human Biomonitoring on a European Scale – Környezeti hatások kimutatása humán biológiai mintákból
EH	Esélyhányados
ELEF	Európai Lakossági Egészségfelmérés
ENSP	European Network for Smoking and Tobacco Prevention – Európai Dohányzásmegelőzési Hálózat
EPA	Environmental Protection Agency (USA) – az USA kormányának környezetvédelmi hivatala

EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale – posztnatalis depresszió szűrés kérdőíve
ETS	Environmental Tobacco Smoking – Környezeti dohányfüst expozíció
EU	Európai Unió
EUROSTAT	Központi Statisztikai Hivatal Európai Statisztikai Adatbázisa
FGR	Fetal Growth Restriction – a magzat méhen belüli fejlődésének elmaradása
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence – Nikotinfüggőség mérésére kifejlesztett teszt
Four Cs Test	Compulsion, Control, Cutting down, Consequences – Addikciók szűrésére kifejlesztett kérdőív
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control WHO – Az Egészségügyi Világszervezet dohányzási keretegyezménye
G. N.	Grant Number – pályázat száma
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (2015-től a neve: ÁEEK Állami Egészségügyi Ellátó Központ)
GYTS	Global Youth Tobacco Survey – Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás-felmérés
HBM	Human BioMonitoring – Európai Szervezet, mely a környezeti expozíciók szintjét méri
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children – Iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás
IARC	International Agency for Research on Cancer – Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége
IUGR	Intrauterine Growth Restriction – a magzat méhen belüli fejlődésének elmaradása
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
LBW	Low Birth Weight – alacsony születési testtömeg
MPOWER	6 irányelvből álló dohányzásellenes stratégia
NC	North Carolina – Észak Karolina Állam (USA)

NIH	National Institutes of Health (USA) – az USA kormányának központi egészségügyi intézete
OEFI	Országos Egészségfejlesztési Intézet
OGYEI	Országos Gyermekegészségügyi Intézet
OLEF	Országos Lakossági Egészségfelmérés
PRAMS	Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – Perinatalis kockázati indikátorokat felmérő statisztikai rendszer (USA)
ppm	parts per million – CO koncentráció mértékegysége
PTB	Preterm Birth – koraszülés
StD	Standard Deviáció (szórás \pm)
SE	Standard Error – standard hiba
SE-ETK	Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
SE-ÁOK	Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
SHS	Second Hand Smoking – másodlagos, azaz passzív dohányzás
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome – hirtelen csecsemőhalál
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences – statisztikai programcsomag társadalomtudományi használatra
SZTE-ÁOK	Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar
SZTE-FOK	Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Kar
TÁRKI	Társadalomkutatási Intézet
χ^2-próba	Chi-négyzet-próba
WHO	World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet
WISDM	Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (68/37) – Wisconsin nikotinfüggőségi motivációs kérdőív hosszabb és rövidebb változata

1. BEVEZETÉS

1.1. PROBLÉMAFELVETÉS

Az elmúlt néhány évtizedben számos beavatkozás történt a dohányzás-járvány megfékezésére, ennek ellenére mégsem csökkent a dohányzás által okozott népegészségügyi problémák jelentősége. Ennek egyik fő oka a szinte minden szervrendszerre kiterjedő negatív hatás, amely szív-érrendszeri károsodásokban, daganatos és krónikus betegségeken, és következményes korai halálozásban jelentkezik. A dohányfüst az első számú olyan károsító anyag, mely a környezetben jelen lévő – egyébként nemdohányzó – egyéneket is képes megbetegíteni, komoly ártalmakat okozva a gyermekekben és az együtt élő családtagokban is (1). A másodlagos dohányfüst ártalom egy igen speciális formája a várandósság alatti dohányzás, amelynek következtében a leendő anya a szervezetében fejlődő magzatot károsítja. Az ártalmas komponensek magas száma és az összetett élettani hatások miatt a következmények gyakran nem csak perinatalisan jelentkeznek, hanem a későbbi életkori szakaszokra is kihatnak, ezáltal csökkentve az egészséges élet lehetőségét (2). Több szempontból is szükséges a várandósság alatti dohányzással foglalkozni. A fiatalok női dohányzói magatartásának meghatározó a jelentősége, hiszen közülük kerülnek ki azok, akik a későbbi fertilis korban is dohányoznak. Ebben a tekintetben a GYTS (Global Youth Tobacco Survey) Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2013-as hazai eredményei elkeserítő adatokkal szolgálnak, ugyanis a naponta dohányzó 13-15 éves korosztályban a prevalencia fokozódása észlelhető mindkét nem esetén, illetve a 10 éves kor alatti kipróbálás is kedvezőtlenebb képet mutat, az előző évi felmérésekhez képest (1). Több lány tartja elképzelhetőnek, hogy dohányozni fog az elkövetkező években, mint fiú és aggodalomra ad okot az a tény is, hogy majdnem kétszeresére nőtt a cigarettacsempészetből származó illegális dohányáru fogyasztása, amelynek ellenőrizetlen összetétele, adalékanyagai és magasabb nehézfém-tartalma tovább fokozza az ártalmas hatásokat (1, 3, 4). Az előbb említett tények elsősorban a primer prevenció jelentőségét hangsúlyozzák. Másfelől, a szekunder prevenció szempontjából a várandósság olyan időszak a párok illetve a leendő anyák életében, amely óriási energiákat képes mozgósítani, és így különleges motiváló hatással bír a leszokás szempontjából. Így a hozzárendelt szakmai segítséggel, intervenciókkal, a le-

szokás sikere akár egy életen keresztül tartó absztinenciát is eredményezhet. Ahhoz, hogy az ilyen szekunder prevenció megfelelően működjön az alapellátási és szakellátási rendszerben is, nagyobb számú felkészített támogató szakemberre van szükség. Számos más eszközzel – egyéni magatartásterápiával, közösségi gondozási módszerekkel, kampányokkal, a média bevonásával – tovább fokozható a kívánt hatás, a végleges leszokás érdekében. Várandósság előtt a dohányzó nők kb. 46%-a dönt a szüneteltetés mellett (5), de a szülést követően sajnos magas a visszaesők aránya, ami külön kiemeli ennek a csoportnak a folyamatos támogatási igényét (6). Nagyon speciális csoportot képeznek azok a nők is, akik tovább dohányoznak a várandósság alatt. Ebben a csoportban a leszokás támogatása a gondozás legnehezebb területe, hiszen ezek a nők már túlléptek azon a motiváción, amelyet a dohányzás feladása kapcsán a születendő gyermekük egészségének megóvása jelentett volna. Ilyen esetekben a probléma megoldásához részletesebben is szükséges megismerni azokat a körülményeket, szoci-demográfiai tényezőket, melyek a dohányzást fenntarthatják, így a következmények egy részét megelőzhetjük egy jól felépített primer prevenciós programmal, vagy egy országosan kiépített és hozzáférhető dohányzás leszokás támogatási rendszer segítségével.

1.2. A DOHÁNYZÁS ÉS A VÁRANDÓSGONDOZÁS KIHÍVÁSAI

Magyarországon a várandósok dohányzásával kapcsolatos adatok korlátozott mértékben állnak rendelkezésre. Jóllehet a dohányzás tényének jelzése – a várandós anya önbevallása alapján –, már a várandósgondozás első adatfelvételekor megjelenhet a védőnői dokumentációkban, ezen keresztül pedig a statisztikai jelentésekben, a részletek mégis homályban maradhatnak. Az EMMI 26/2014-es rendelete a várandósgondozásról a szülésznőgyógyász szakorvos kompetenciájába sorolja a várandós anya rizikólapjának adatfelvételét (1. sz. melléklet), de ezen a lapon a dohányzásra vonatkozó adattartalom csupán arra tér ki, hogy a várandós anya naponta 10 szálnál többet vagy kevesebbet dohányzik (7). Igen válasz esetén a várandós magasabb rizikó-besorolást kap, amely fokozottabb gondozást tesz szükségessé. Az első jelentkezéskor, a gondozásba vétel során további problémák is felmerülhetnek a dohányzási státusszal kapcsolatban. Elképzelhető, hogy a várandós és orvosa, illetve védőnője korábban nem ismerték egymást, így kérdéses, hogy a még ki nem épített bizalmi kapcsolatban, az anya mennyire lesz

összinté az első találkozás alkalmával a dohányzással kapcsolatos problémák jelzését illetően, hiszen a várandósság alatti dohányzás jelentős negatív társadalmi megítélésbe is ütközhet. A kezelés megkezdése szempontjából gondot jelenthet, hogy jelenleg a várandósgondozásban résztvevő szakemberek számára csak a „Dohányzásról való leszokás támogatásáról” szóló általános szakmai irányelv alkalmazható, de ebben viszonylag csekély a – dohányzás szempontjából igen különlegesnek számító – várandós csoport konkrét támogatására tett javaslatok száma (8). Amennyiben a kismama segítséget kér a probléma kezeléséhez, leszokás támogatásban jártas szakemberek vezetésére lehet szüksége, főleg abban az esetben, ha magasabb a dependencia szintje. Ez a lehetőség nehezen érhető el az ország távolabbi vidékein élők számára, mert az alapellátásban kevés a felkészített támogató szakember, illetve 2013-ban létrejött Országos Dohányzás Leszokás Támogató Módszertani Központ is Budapesten található (9). A további 80 támogató centrum – „leszokás pont” – is többnyire nagyvárosok, illetve fővárosi kerületek tüdőgondozó intézeteihez kapcsolódik (10, 11). Vidéki kisvárosokban, járásokban élő várandósok számára a megfelelő közlekedési eszközök hiányában sokszor még az egyszerűbb szűrővizsgálatok elvégzése is nehézségekbe ütközhet, nem is beszélve a korlátozott anyagi lehetőségekről. A várandósság alatti dohányzás elsősorban az alacsony szociális státuszban élőket jellemzi (12), így számukra a probléma megoldása is nehezebbé válik. Amennyiben elérhető közelségben van például egy tüdőgondozó intézet (11), a várandós számára tartott szaktanácsadás csak olyan időszakban történhet, amikor betegek éppen nincsenek a rendszerben, hiszen jelenlétük fokozottan veszélyes lehet a kismamákra nézve (sok helyen a tüdőszűrő váróterme ugyanazon helyiségben van, ahol egyidejűleg a tüdőgondozóba várakozó betegek is tartózkodnak).

További gondot jelentenek a használatban lévő strukturált várandós dokumentációk is. Nem tartalmaznak például kérdéseket a dohányzási magatartás egyes tényezőinek feljegyzésére, sőt magára a dohányzásra vonatkozó kérdések is hiányozhatnak. Emiatt a dohányzási anamnézis egységes felmérésére tett kísérletek is eredménytelenek maradtak. Következésképpen a statisztikai adatszolgáltatás is hiányos és pontatlan lehet. Az elhangzó kérdések – miszerint dohányzik-e a várandós jelenleg –, ha nem térnek ki a „rendszeresen”, vagy az „alkalomszerűen” minősítésekre, az anyák tévesen kerülhetnek egyik vagy másik kategóriába. Ugyanakkor a dokumentációban a napi elszívott cigaretták száma sem szerepel (és ezt az összevont kimutatások sem tartják számon).

Nincsenek rendeletben, vagy protokollban részletesen meghatározott teendők arra nézve, hogy a várandósgondozásban résztvevő szakemberek közül (szülészorvos, háziorvos, védőnő, szülésznő) ki állapítsa meg, hogy az anyánál csak egy rossz szokás a dohányzás, vagy már függőség alakult ki, annak valamelyik szintjén, továbbá milyen típusú intervenciót kellene alkalmazni.

A már hatályon kívül helyezett 33/1992-es NM rendeletet a várandósgondozásról (13), 2014-ben felváltotta a 26/2014-es EMMI rendelet, melyben az 5§ e) és f) pontja szerint a védőnőnek alkalmaznia kell a minimális intervenció lépéseit (7). Ennek bevezetésére csak a rendelet hatályba lépésétől (2014. július 1.) kerülhetett sor. Az új rendelet szükségesnek tartja a minimál intervenciót és ezt a védőnő feladataként határozza meg (7), jóllehet a védőnők ehhez nem kaptak megfelelő szakmai képzést, részletes írásbeli útmutatást, illetve alkalmazható dokumentációt sem. Alacsony rizikójú besorolás esetén a rendelet jelentősen csökkentette a várandós és védőnő találkozásainak gyakoriságát, de sajnos a jelenlegi szabályozás alapján, egyéb egészségügyi vagy pszichoszociális ok nélkül, naponta 10 vagy annál kevesebb szálát elszívó várandós nők is alacsony rizikójúnak minősülnek (1. számú melléklet). Annak ellenére, hogy a minimális intervenció – azaz rövid tanácsadás – csak néhány percet vesz igénybe (11), a probléma minőségi kezeléséhez a szakember és gondozottja között rendszeres találkozási alkalmak szükségesek. Gondot okoz, hogy a magyar várandósgondozási rendszerben alig van olyan kiképzett szakember a dohányzás leszokás támogatására, aki hatékonyan tudná kezelni a problémát, elősegítve ez által az egészségesebb várandóssági időszak lehetőségét. Előfordul, hogy a szakemberek egy része, eléggé helytelenül még mindig azt sugallja az anyák felé, hogy a dohányzás-feladás okozta stressz rendkívül ártalmas a magzatnak (ahelyett, hogy egyénre szabottan próbálná meghatározni a szóba jöhető lehetőségeket, vagy támogató szakemberhez irányítaná a várandósta), miközben az anya egyetlen cigaretta elszívásával, több mint 7000 különféle mérgező anyagot juttat saját és megszületendő gyermeke szervezetébe (2).

Tovább súlyosbíthatja a következményeket, ha az anya környezete is dohányzik ugyanis ebben az esetben sokkal nehezebb a dohányzás feladása, így a családtagok bevonása is kiemelt jelentőségűvé válik (14, 15).

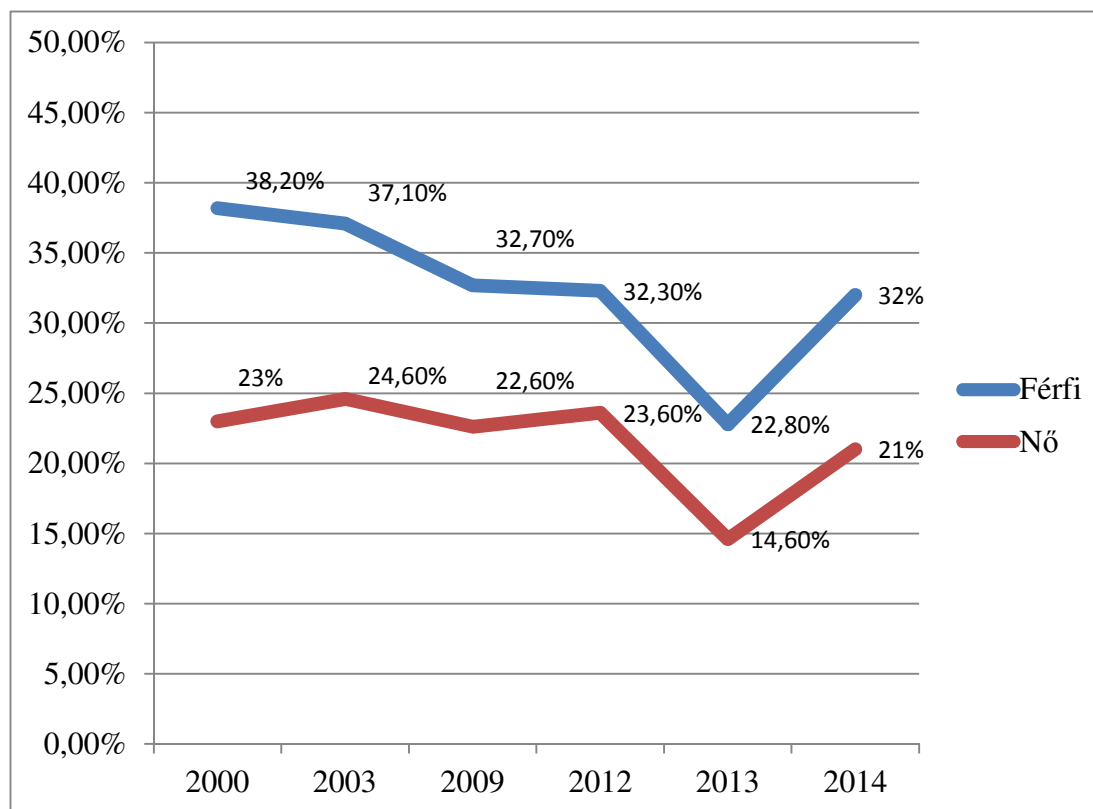
1.3. A DOHÁNYZÁS EPIDEMIOLÓGIÁJA

A várandós dohányzás arányszámainak értelmezése nem nélkülözheti a teljes populáció párhuzamos adatainak áttekintését. Megismerésük azért fontos, mert a fiatalok és fiúk fokozottan veszélyeztetettek a rászokás szempontjából, a dohányzó partnerek, családtagok megnehezíthetik a várandós leszokását, és a környezeti dohányfüst expozícióhoz is jelentősen hozzájárulhatnak (1, 2). „Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” a WHO (World Health Organization) és az EU (Európai Unió) célkitűzésével is összhangban, a lakosság egészségben eltöltött éveinek meghosszabbítására törekszik. Ehhez két fő irányt jelöl ki. Az egyik az egészség élethosszig tartó védelmét és fejlesztését, a másik a főbb betegségek, sérülések, halálokok gyakoriságának mérséklését célozza. A program kiemelt figyelmet fordít a krónikus nem fertőző betegségek prevalenciájának csökkentésére, valamint a lakosság egészségtudatosabb magatartásának elterjesztésére (16).

A dohányzás témakörével azért szükséges mélyebben foglalkozni, mert a világon a dohányzás az első számú megelőzhető ok a korai halálozások esetében (2). Az ellene folytatott küzdelem költségei viszonylag csekélyek ahhoz képest, hogy maga a dohányzás mennyi problémát okoz a munkaképes korú emberek produktív életének megrövidítésével. Jelentősen fokozza a családi költségvetés kiadásait, de megnöveli az egészségügyi kiadásokat is, és ez a hatás nem csak a családban érzékelhető, hanem társadalmi szinten is jelentkezik. Fekvőbeteg intézményekben az összes dohányzással összefüggésbe hozható betegségek miatt ellátott esetek 37%-a (ez 340 ezer főt jelent körülbelül évente) valójában a dohányzás miatt szorul kezelésre, és ugyanez igaz a járóbeteg ellátására is. A világon közel 1,3 milliárd ember dohányzik rendszeresen és minden évben körülbelül 6 millióan halnak meg közvetlenül ennek következtében (2, 17). Arányaikat tekintve elsősorban az alacsony és a közepes jövedelmű országok állnak vezető helyen, így Magyarországon a dohányzás felelős az összes halálozás 1/6-ért, ami 2010-ben 20 470 főt jelentett. Az elveszett életévek száma is jelentősen növekszik, férfiak esetében ez átlagosan 16 évvel, nők esetén 19 évvel korábban bekövetkező halált jelent (8). Többségükben (az esetek 60%-ban) tüdőrák és ischémiás szívbetegség okozza a dohányzó betegek halálát. A dohányzással kapcsolatos közvetett és közvetlen kiadások 2010-ben 441 milliárdnyi Ft-ot tettek ki, a bevételek pedig 360 milliárd Ft-ot

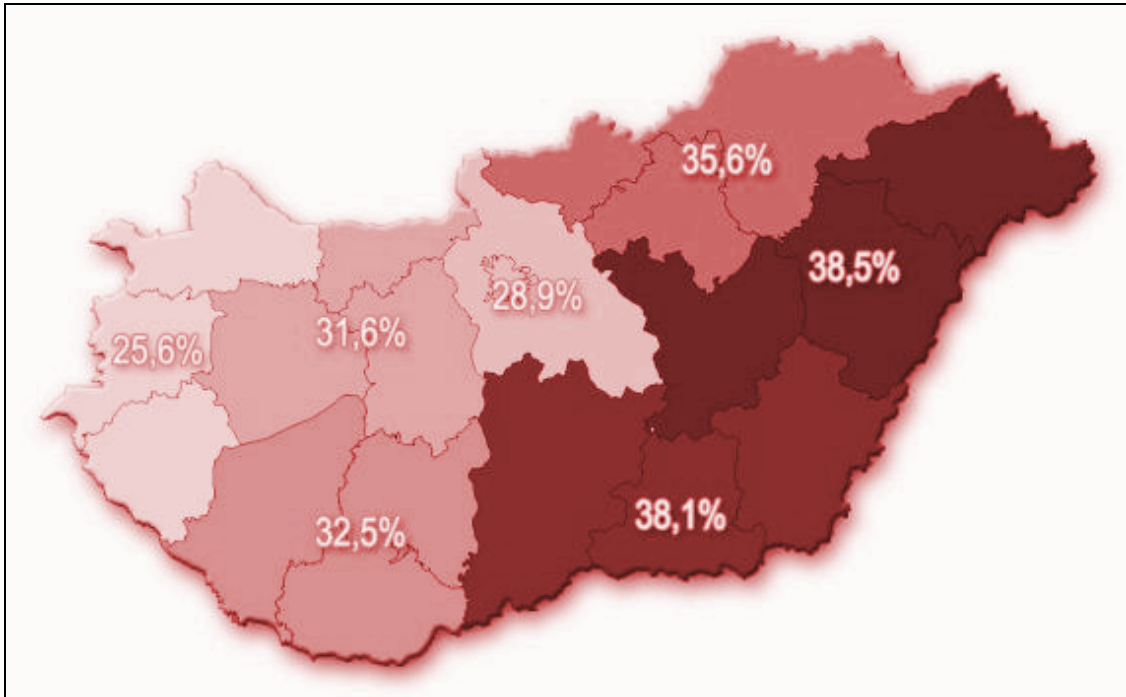
jelentettek, így az összes kiadás, azaz veszteség 81 milliárd Ft teher volt a magyar állam számára (17). Világszerte a környezeti dohányfüst átlalomban 600 000 nemdohányzó ember halálát okozza. A férfiak tüdőrák halálozásának 80%-áért felelős a dohányzás, a nők esetén ez az arány 50% (2, 18). Magyarországon a felnőtt lakosság körében igen jelentős a krónikus betegek száma, ezen belül is a szív-érrendszeri és daganatos megbetegedések előfordulása (19). A Tobacco Atlas adatai alapján hazánkban kiemelkedően magas a férfiak dohányzás okozta halálozása, ami a világon a 15. helyet jelenti (2). Az éves cigarettafogyasztás Magyarországon 2014-ben 1500-1999 szál/év/fő közé esett. Ez világvizonylatban közepesen erősnek számít (2). Az EU-27 országok összehasonlítása alapján a dohányzás prevalenciájában (32%) a 6. helyet foglaljuk el. Hazánknál többen csak Görögországban, Bulgáriában, Lettországon, Ausztriában és Spanyolországban dohányoztak. Magyarországon főleg a cigarettázás terjedt el, ami a fogyasztók 89%-ára jellemző, és az adatok alapján 25%-uk saját maga sodorja a cigarettáját. A napi fogyasztási gyakoriság 15,6 szál/fő/nap, szemben az EU 14,2 szál/fő/nap átlagával. Nőknél jellemzően kevesebb a szálgyakoriság, ami az EU-ban 12,8 szálnak felel meg. Magyarországon a vizipipa és egyéb füstmentes termékek kipróbálása bár egyre növekszik, de közel sem ér fel a cigarettázás, pipázás és a szivarozás gyakoriságával (20).

Magyar lakossági felmérésekre alapozott kutatások beszámolóit szerint 2000-2009 között a férfiak rendszeres dohányzási gyakorisága folyamatos csökkenést mutatott, így 38,2%-ról 32,7%-ra esett vissza. Nők csoportjában a kiinduló 23%-os értékhez képest enyhe növekedés jelentkezett (24,6%), amelyet a 2009-es ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) szerint csökkenés követett (22,6%) (I. táblázat, 2. sz. melléklet) (21, 22). A felnőtt dohányzás felmérés adatfelvétele alapján 2012-ben a férfiak 32,3%-a, a nők 23,6%-a volt rendszeres dohányos (23). Jóllehet a lakosság dohányzási arányszámai 2013-ra sokat javultak, a számok irreálisnak tűnnek, és értelmezésükkel kapcsolatban a felmérést készítő, elemző kutatók is óvatosságra intenek. A csökkenés egy része a dohánytermékek árnövekedésével magyarázható (24). A 2014-es lakossági egészségfelmérések eredményei szintén jelentős változást mutattak a megelőző évhez képest. Legmagasabb a prevalencia a 18-34 éves kohorszban, amelyben a férfiak 42%-a és nők 29%-a rendszeres dohányos, viszont az országos átlag férfiak esetén 32%, a nők csoportjában 21% (1. ábra) (25).



1. ábra: Dohányzás tendenciái az elmúlt 15 évben Magyarországon. [Források: Országos Lakossági Egészségfelmérés, 2009. Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014. (21, 25)]

A férfiak halálzásának 30%-ért, a nők halálzásának 18%-ért volt közvetlenül felelős a dohányzás. Légcső, hörgő és tüdőbetegségek okozta halálzás esetén azonban a férfiak 85%-a, a nők 70%-a dohányzással összefüggésben halt meg (26). A KSH (Központi Statisztikai Hivatal) EUROSTAT (európai statisztikai hivatal) adatbázisa alapján, a tüdőrákos megbetegedések és halálzások csoportjában Magyarország vezető helyen áll, és általában a rákhalálzásban is az első helyet foglaljuk el (27). Egy hazai felmérés szerint a dohányzási gyakoriságok régióként jelentős eltéréseket mutatnak. A legmagasabb értékek az ország keleti felében, ezen belül is az Észak-Alföldi régióban található. Az itt élő populáció 38,5%- a rendszeresen dohányzik. A legalacsonyabb prevalencia (25,6%) a Nyugat-Dunántúli régióra jellemző (2. ábra) (28).



2. ábra: A dohányzás prevalenciája Magyarországon, régiók szerinti bontásában.

[Forrás: Paulik E. et. al., 2012. (28)]

Az egészségmagatartás regionális különbségeit egy adott terület társadalmi-gazdasági mutatói is visszatükrözik, hiszen a fejlettebb Közép és Nyugat-Dunántúlon él a legkevesebb aktív dohányos Magyarországon (29). A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérést 1999-ben indította útjára a WHO-CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Lényege, hogy világszerte minden vizsgált országban rendszeres időközönként ugyanazon módszerek és kérdések mentén (harmonizáltan) mérik a 13-15 éves korosztályt (1). A felmérési eredmények alapján 2013-ban Magyarországon az adott időszakban dohányzó gyermekek aránya 24% volt. Ezen az alapon a világban a magyar gyermekek a 21. helyen állnak, míg Európában a 12. helyen. A jelenleg nem dohányzó gyermekek 20%-a azonban úgy nyilatkozott, hogy lehetségesnek tartja a dohányzás egy éven belüli elkezdését. A fenti korosztályt az otthonában 45,5%-ban, otthonán kívül 61%-ban érint a környezeti dohányfüst expozíció közvetlen hatása.

Elszomorító adatnak minősül, hogy a vizsgált dohányzó gyermekek 35%-a felkelést követően azonnal rágyújt, amit már a függőség kialakulásának egyik jeleként lehet értékelni (1, 8). A HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás. 1982-ben indult útjára,

Magyarország 1985-től csatlakozott a négyévenkénti felmérésekhez. Jelenleg 43 országban végzik el a tanulók adatfelvételét különböző életkori csoportokban. Hazánkban ezt a programot az OGYEI (Országos Gyermekegészségügyi Intézet) szervezi és vezeti. A dohányzással kapcsolatos indikátorok eredményei alapján a fiúk korábban próbálják ki a cigarettát és korábban válnak rendszeres dohányossá, de középiskolás korra a lányok szinte behozzák a lemaradásukat. 15 éves korban mindkét nem esetén 65% körüli a kipróbálás aránya. Ugyanebben az életkori csoportban a tanulók 22,8%-a már napi rendszerességgel dohányzik. Idősebb életkori csoportokban, 17 évesen a kipróbálók aránya 75%-ra emelkedik mindkét nem esetén és a napi rendszerességgel dohányzók aránya a fiúk körében 41,5%, lányok esetén 33,8%-ra növekszik (30).

1.4. DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS KATEGÓRIÁK

1.4.1. Dohányzók csoportjai

A kategóriák ismerete azért fontos, mert várandósokra is ugyanezek érvényesek, és segíthetnek tisztázni a dohányzási anamnézist, valamint a leszokás-támogatás módszereinek megválasztását is befolyásolhatják.

A dohányosok négy fő csoportot alkotnak, amelyek további alcsoportokra oszthatók.

- 1) Jelenleg dohányzók,
- 2) Korábban dohányzók,
- 3) Soha nem dohányoztak,
- 4) Dohányzási státuszuk ismeretlen.

Jelenleg dohányzó az a személy, aki legalább 100 cigarettát szívott el élete során és aktuálisan is dohányzik. A jelenlegi, aktív dohányzás fogalmához szorosan kapcsolódó kérdés, hogy az egyén adott időszak alatt hány szál cigarettát szív el (31). Így beszélhetünk

- a) napi dohányosokról (rendszeresen dohányzók), akik már legalább 100 szál cigarettát elszívtak és minden nap dohányoznak,
- b) azokról, akik naponta legalább egy szál cigarettát elszívnek, valamint
- c) alkalmi dohányosokról, aki nem minden nap dohányoznak.

A rendszeres dohányos kategóriát tovább osztva kapjuk az alcsoportokat, a napi elszívott száalak alapján.

- a) Alacsony gyakoriságú rendszeres dohányos, aki naponta ≤ 5 szál cigarettát szív el (32).
- b) Közepes mértékben dohányos, aki naponta $\leq 15/19$ szál cigarettát szív el (33).
- c) Erős dohányos az a személy, aki naponta ≥ 20 szál cigarettát szív el (34).

Korábbi dohányosnak nevezik, aki jelenleg nem dohányzik, de legalább 100 szál cigarettát elszívott már élete során és feladta a dohányzását. *Soha nem dohányzó* az a személy, aki még sosem dohányzott, vagy a múltban kevesebb, mint 100 szálat szívott el (35).

1.4.2. Környezeti dohányfüst expozíció

A dohánytermékek egyedülállóak a legálisan elérhető fogyasztási cikkek között, ugyanis mind a fogyasztót, mind a környezetet jelentősen károsítják (36). Külön kategóriának számít a másodlagos dohányzás (SHS - second hand smoking), vagy passzív illetve akaratlan dohányzás, de ezek helyett a lényegét pontosabban fejezi ki a „környezeti dohányfüst expozíció” (ETS - Environmental Tobacco Smoking) kifejezés. Ez a dohányfüst kényszerű belélegzését jelenti. Közvetlenül az égő és füstölő dohányból származik, amelyhez a dohányos egyén kilélegzett levegője is hozzáadódik (37). A nemzetközi szakirodalom a várandós anya dohányzásával kapcsolatban a magzatot ért hatás eredetére is ezt a kifejezést használja. Dohányzó családban gyakori a várandósok és gyermekek expozíciója, amely rendkívül káros a toxikus, mutagén, karcinogén anyagok magas koncentrációja miatt (38). Európán belül Finnországban és Svédországban a legalacsonyabb (5%) a családtagok környezeti dohányfüst terhelése, míg Litvániában, Görögországban, Cipruson és Bulgáriában a legmagasabb (30 % körüli érték) (20). A nőket ért dohányfüst expozíció arányait az egyes WHO régiókban az I. táblázat szemlélteti (39). Várandósság alatt a környezetből származó dohányfüst expozíció bizonyítottan – kb. 20-30%-al – növeli az alacsony születési testtömeg (LBW – low birth weight) és a koraszülés (PTB – preterm birth) előfordulását (kisebb fejkörfogatot is eredményez). Magasabb a halvaszülések és veleszületett fejlődési rendellenességek aránya is (14, 37, 38).

I. táblázat: A nők környezeti dohányfüst expozíciója a WHO egyes térségeiben 2010-ben. (Forrás: *Recommendation for the Prevention and Management of...WHO, 2010*) (39).

WHO KISEBB RÉGIÓI	EXPOZÍCIÓ ARÁNY (%)
Afrika	10
Amerika	19
Kelet-mediterrán régió	30
Európa-A	32
Európa-B	54
Európa-C*	66
Dél-kelet Ázsia	56
Dél-kelet-Ázsia-B	19
Nyugat óceáni régió	53
Világviszonylatban	35

*Az A-B-C-vel jelölt területeken a nagy különbségek miatt kisebb területi bontás is látható. *Magyarország az Európa-C-ben helyezkedik el (List of member states by WHO region and mortality stratum) (45).*

Csecsemő és gyermekkorban a felső és alsó légúti megbetegedések, bronchitis, pneumonia, a légzőrendszeri tünetek (köhögés, orrfolyás, nátha, tüsszentés) előfordulása is gyakoribbá válik (37, 38). Többváltozós regressziós elemzések szerint egyéb szociális kontroll-változók mellett is kétszeres az esély a gyermekkori otitis media kialakulására, (40). Emelkedik a SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) hirtelen csecsemőhalál gyakorisága, és a későbbiek során jelentkező kardiovaszkularis rizikó kockázata is fokozódik (37, 38). Akiknél az előzményben dohányzás és környezeti dohányfüst expozíció szerepelt (vizelet kotinin teszttel bizonyítottan), azoknál nagyobb eséllyel alakul ki várandósság során preeclampsia (41). Magyarországon a HBM (Humán BioMonitoring) programban került sor annak megállapítására, hogy milyen mértékű a háztartásokban az anyák és az iskoláskorú gyermekek dohányfüst ártalma. Több károsító anyag mellett a vizelet kotinin és a vér kadmium tartalmát mérték és hasonlították össze az EU másik 17 országában mért eredményekkel a DEMOCOPHES (Demonstration of a study to Coordinate and Perform Human Biomonitoring on a European Scale) vizsgálatokban. Megállapították a környezeti hatások kimutatása és humán biológiai minták alapján, hogy a magyar gyermekek az otthonukban az átlagnál nagyobb arányban vannak kitéve

környezeti dohányfüst ártalomnak (42). Világszerte ezt az értéket 40% körülire becsülik (38), amely azonban a GYTS (Global Youth Tobacco Survey) szerint Magyarországon a fiatalok esetén 45,5 % (1). Az ENSP (European Network for Smoking Prevention) kampány eredményei alapján, a magyar passzív dohányosok 27 európai ország közül, hátról a 8. helyen állnak a kilélegzett levegő CO (szén-monoxid) mennyisége alapján (43). A *harmadlagos dohányzás* a visszamaradó részecskék, füstszemcsék lerakódása miatt alakul ki, ami kifejezetten a csecsemőket és gyermekeket károsíthatja. Harmadlagosnak minősül a dohányzó anya bőrén, haján, és kezén megtapadó szemcsék károsító hatása is. A harmadlagos füst anyagai megtapadnak a felületeken is, így amikor a csecsemő mászás és játék közben felfedezi a világot, és közben a kezét vagy a környezet tárgyait a szájába veszi, ezek az anyagok nem csak belégzéssel, hanem a szájüregéből is felszívódhatnak (42, 44).

1.4.3. Szokás vagy függőség?

Annak megértéséhez, hogy miért nehéz lemondani a dohányzásról általában az embereknek, illetve a várandósoknak – akiknél a motivációt a magzat jelenléte nagymértékben növelhetné –, a következő hatásokat kell figyelembe venni. A dohányzás során szervezetbe került nikotin a sejtek nikotinos acetil-kolin receptoraihoz kötődik, majd aktiválja a sejteket. Ezek a receptorok a központi idegrendszer egyes területein, a vegetatív idegrendszerben található. A sejtek aktiválása során a szervezetben adrenalin szabadul fel, amely a szív-érrendszeri változásokért, a szaporább légzésért, és vércukorszint emeléséért egyaránt felelős, így összességében élettani változásokat hoz létre a szervezetben. A nikotin növeli az agy dopamin szintjét, ezért fogyasztása súlyos függőséget idéz elő (46).

A dohányzást sokan csak egy rossz szokásnak gondolják, ezért úgy vélik, hogy csupán akaraterő kérdése az abbahagyása, de nem veszik figyelembe az előbb említett idegrendszeri hatások miatt kialakult függőséget. Dohányosokkal kapcsolatban azonban jellemző szokásrendszerek is megfigyelhetők, és ezek összemosódhatnak a függőség okozta hiánnyal. Ezért is közhelyszerű a dohányos egyénnel kapcsolatban, hogy a szokásának a rabja, ahol a rab a nikotinfüggőségére utalhat, a szokás szó ugyanakkor a mindennapi élet olyan megszokott cselekedeteit jelenti, amelyek idővel szintén öröm-

forrássá válhatnak. Ennek következtében a dohányos egyén önmagát többféle jutalomban részesítheti. A nikotin az idegrendszerben indít el ilyen folyamatot a dopamin felszabadulás révén. Ez rágyújtást követően viszonylag gyorsan jelentkezik, majd később a nikotin szintjének fenntartása is cél lesz, hiszen ha csökken, a dohányos azonnal idegesség és ingerültté válik. Ezt a hatást érzékelik gyakran megnyugvasként a dohányosok, ami szerintük a cigarettára való rágyújtás eredménye. Az illúzió hátterében a csökkenő nikotinszint kellemetlen tüneteinek kivédése áll, ugyanis ennek a megszüntetéséhez van szükség az újabb cigarettára. A dohányzás gyakran szociális együttléttel párosul, a dohányosok beszélgetnek, kávéznak, egyéb társasági tevékenységeket folytatnak, miközben a nikotin okozta átmeneti megnyugvás és öröm összekapcsolódik ezekkel a tevékenységekkel, magával a helyiséggel, a cigaretta ízével és ennek következtében már az ezek utáni vágy is felkelti érdeklődésüket a rágyújtás iránt, amelynek következtében a készletük is fokozódik (47).

1.4.4. Fagerström-féle függőségi szintek, a függőség mérésének lehetőségei

A dohányzás hosszú távú hatásai az egyén számára egyre inkább érezhető panaszokban, tünetekben jelentkezhetnek, ugyanakkor gyakran a külső megfigyelő számára is érzékelhető változásokban nyilvánulhatnak meg. A hatások dóziszfüggőek, vagyis összefüggésben állnak az elszívott cigaretta mennyiségével és a dohányzással eltöltött évek számával. Minél előbb kezdett el valaki dohányozni, annál nagyobb a függőségi szintje. A függőségi hatást erősebben befolyásolja a fiatal életkorban elkezdett dohányzás, mint a dohányzással eltöltött évek száma. A fizikai (élettani) függés és tolerancia mérése az FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) vagy röviden a Fagerström teszt segítségével történik (48). A nikotin addikció mértéke meghatározó a leszokás sikerességében. Általában a kevésbé függő egyének szoknak le nagyobb eséllyel a dohányzásról (49). A „dohányzás súlyossága” index a felébredést követő első rágyújtásig eltelt időtartamot méri, valamint a napi elszívott cigaretták számát. Ebből viszonylag gyorsan lehet következtetni a függőség súlyosságára (50). Nemzetközi ajánlások alapján, elsősorban klinikai, illetve pulmonológiai szakrendelés körülményei között lehetőség kínálkozik motivációs beszélgetésre is, amelyhez a CAGE-Q (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Questionnaire) kérdőív kérdéssora nyújthat segítséget. Ez úton főleg a do-

hányzási magatartás vizsgálható, viszont a „Four Cs Test” (Compulsion, Control, Cutting down, Consequences) nem csak a fizikai függés szintjét vizsgálja, hanem a dohányzással kapcsolatos személyes indíttatást és a leszokási hajlandóságot is (51). A WISDM-68 (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives) egy nikotinfüggőségi motivációkat vizsgáló kérdőív, amely a dohányzás motivációira koncentrál. A skála 13 motivációs egységet tartalmaz, melyek a dohányzás tartós fennmaradásáért felelősek. (52, 53). Amennyiben valamelyik motivációs faktor magasabb arányban van jelen, az erősíti a rágyújtás vágyát és megnehezíti a leszokást (53). A WISDM-37 az előbb említett kérdőív rövidített változata, melyet szintén biztonságosan lehet alkalmazni a függőség motivációinak megismerésével kapcsolatban (8). Az elszívott cigaretták mennyiségére, laborvizsgálatokkal is következtethetünk. A vizelet, a nyál, vagy a haj kotinin szintje ugyanis jelzi a bevitt nikotin mennyiségét, amely egyaránt eredhet az elszívott cigaretták számából, vagy a füst mély leszívásából, illetve hosszabb ideig történő vizsztatartásából is. A tüdőből kilélegzett levegő CO tartalma arányos a dohányzás mértékével, így a CO mérő berendezések hasznos eszközei a leszokás támogatásnak, amennyiben azt is jelzik, hogy milyen mértékű a dohányzás egyéni szintje, vagy a környezeti dohányfüst-áralom gyermekek esetében. Nem dohányzóknál ez az érték 0-5 ppm (pars per million) közé esik, a rendszeres dohányosoknál pedig 6-30 ppm között van, ami átlagban 17 ppm-nek felel meg (43).

1.5. DOHÁNYZÁS A VÁRANDÓSSÁG ALATT

1.5.1. Kialakulásának okai és fenntartó tényezői

Ahhoz, hogy megértsük, miért dohányzik egy várandós anya, a dohányzást fenntartó háttértényezők ismeretére van szükség. Ez a kérdés ugyanis nem közelíthető meg a károsító hatásokról való ismeret hiányának oldaláról. A várandós anyák dohányzása a várandósság előtti időkből fakad. Számos oka lehet annak, hogy valaki miért kezd el dohányozni. Az első rágyújtás leggyakrabban már fiatalkorban, a pubertás időszakában megtörténik, mert izgalommal jár együtt a szülőknek való ellentmondás és egy új „dohányos” csoportba tartozás élménye. Izgalmas maga a kísérletezés is, hogy sikerül-e „megúszni” ezt a tettet. Ráadásul a cigarettának szimbolikus hatása is van, ami azt su-

gallja a gyermekeknek, hogy a dohányzás megkezdésével közelebb kerültek a felnőtt kor küszöbéhez. Az első rágyújtás lehet egyfajta korcsoportos nyomás következménye is, amelyet egymásra gyakorolnak a barátok, a tizenévesek. Elősegíti a döntést az is, ha a szülők vagy rokonok dohányoznak, azt sugallva ezáltal, hogy ez egy elfogadható magatartásforma. Néhány rágyújtást követően azonban kialakulhat egy erős vágy, ami nem feltétlenül a függőség kialakulását jelenti, hanem menekülést egy stresszel teli helyzetből a megnyugvás irányába, mert a cigarettázás ennek a hamis érzetét is kelti. Ez a nikotin szorongásoldó hatásának is köszönhető, de a biokémiai függés mellett igen jelentős a pszichikai függés is, egy tanult magatartási reakció kialakulása következtében (54). A dohányzók étvágya kisebb, ezért a fiatal lányok és nők a dohányzást súlykontroll céljára is gyakran használják, ami később életük részévé válik és az elhízástól való félelmükben inkább nem változtatnak ezen a negatív magatartásformán (55). A szorongás és félelem növeli a rizikómagatartási formák, így dohányzás megjelenését is (56). Közismert tény, hogy szegényebb rétegekben a dohányzás jóval gyakoribb jelenség. Ezekben a családokban mindennapos a pszicho-szociális stressz tényezők hatása, melyek a nélkülözéssel, bizonytalansággal függenek össze. A nők alacsonyabb jövedelme, a családon belüli erőszak, az egyedülálló státusz, a partnerkapcsolat okozta problémák mind olyan stressz-tényezők, melyek megnehezítik a leszokást. Várandós nők esetén a cigarettázás abbahagyásának jelentős hátráltató tényezője a partner dohányzása, vagy több generáció együttélése esetén a családtagok dohányzása, ugyanis a környezetben állandóan jelen lévő füst, illetve aromaanyagok jelenléte és a dohányzás – mint szociális esemény –, ha elmarad, hiányként is jelentkezhet (57).

Várandósság esetén a nők többségében a gyermek megóvása mindennél erősebb vágyá alakul és képes azonnal elnyomni a rágyújtás iránti késztetést, azaz a várandós anyák egy része azonnal lemond a dohányzásról. Ezt elősegíti az első trimeszter két igen gyakori panasz, a szagoktól való undorodás (*itt kifejezetten megjelenik a cigarettától való undorodás is*), valamint az igen gyakori hányinger, hányás (*ezt a már megszokott ízek, szagok is a legkülönbözőbb helyzetben kiválthatják*) (58). A leszokás ellen azonban sokszor a tévhitek és a jelentős ismerethiány is hatást gyakorolhat. Sok várandós azt gondolja, hogy dohányzása folytatása nem káros a magzat egészségére. A leszokás okozta stresszt is túlértékelik, és ürügyként használják a dohányzás folytatására. Másfelől a leendő anyák egy része tudatosan dohányzik, mert tudja, hogy ez csökkenti a mag-

zati testtömeget, így feltételezi, hogy talán a szülés is könnyebb lesz. A dohányzó várandósok többségénél azonban valószínűleg az ismerethiány a jellemzőbb, továbbá a pszichikai vagy fizikai függőség, illetve olyan nagyfokú stressz tényezők hatása alatt élnek, hogy ezek oldására nincs más választásuk (59).

Sajnálatos tény, hogy sokaknak csak átmeneti füstmentességet (szüneteltetést) jelent a várandósság időszaka, és ahogy abbamarad a szoptatás, azonnal rágyújtanak egy újabb cigarettára, így visszatérnek a dohányzáshoz (6). A szekunder prevenció hatékonyságát a várandósok leszokás támogatásával jelentősen lehetne fokozni, ugyanis sokan ilyenkor teszik le életükben először a cigarettát és ezt kihasználva kellene megerősítéseket kapniuk a végleges döntéshez. Egyes adatok alapján a várandósság alatti feladást sajnos kb. 40%-ban követi a 6 hónapon belüli visszaesés (60).

1.5.2. Várandósság alatti dohányzás arányai

A várandós nők dohányzásának statisztikai adataiért Magyarországon korábban a GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, 2015-től ÁEEK Állami Egészségügyi Ellátó Központ) volt felelős a védőnők havi jelentései alapján. Egyébként a statisztikai adatbázis 2015 első felében még mindig az időközben már megszüntetett GYEMSZI néven szerepelt (61). Minden új nyilvántartásba vételkor a védőnőnek fel kell tüntetnie, hogy a várandós dohányzik-e vagy sem. Jelenleg sem a gondozásba vettek törzslapjában, sem a várandós anya gondozási kiskönyvében nincs olyan kérdéssor, mely a dohányzásra vonatkozik, így a törzslapban az egyes körzetek szokásai szerint (nem egységesen) jelölik ezt a tényt a látogatások beírásánál, vagy az anamnézis kérdései között. A várandós anya gondozási könyvében („Várandósgondozási Könyv” C.3341-39/2015, r.sz) egyetlen kérdés sem szerepel az anyai dohányzásról, noha ez a leendő anya egészségügyi dokumentációjának egyik fontos része volna (7). Egy dokumentumban sem tartják számon az anya környezeti dohányfüst terhelésének mértékét (illetve a gondozó személy döntésén múlik, hogy azt jelöli-e vagy sem). Lényeges kérdés volna, hogy a várandós otthonában dohányzik-e a partnere vagy a családtagjai, illetve mindez zárt vagy nyílt térben és milyen gyakorisággal történik. A munkahelyen, szórakozóhelyeken, éttermekben és más közterületen illetve intézmé-

nyekben történő dohányzás kérdése veszített a fontosságából azóta, hogy módosult a nemdohányzók védelméről szóló törvény (62).

A hazai várandósgondozási dokumentációban 1997 óta van adat a várandósság alatti dohányzási gyakoriságokra vonatkozóan. 1997-ben a várandósság során dohányzó nők aránya 17% volt, de 25%-os értékkel kiemelkedően magas volt Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (a továbbiakban Borsod). Országosan a dohányos várandósok száma 1999-ben 22 000 fő volt, azaz 14,6% (63). Az elmúlt 17 év átlagát tekintve (1997-2009) a várandós anyák rendszeres dohányzási aránya 14% volt, de a hátrányos helyzetű megyékben ennél jóval magasabb. Borsodban ez az érték megközelítette a 23%-ot (64). Az elemzett adatból azonban nem derül ki, hogy mennyi volt a várandósságot végig dohányzók aránya, hiszen az adatfeldolgozás az első adatfelvétel kérdésére épült. Ennek folyamata általában a következő: a várandós nő első alkalommal megjelenik védőnőjénél – aki ekkor nyilvántartásba veszi –, megkérdezi, hogy dohányzik-e vagy sem, majd jelenti az adatot az ÁEEK felé az adatszolgáltatási időszaknak megfelelően. Ezt a kötelezettséget a védőnői jelentés összesítőjén miniszteri rendelet írja elő a 1003/09-es számú adatlap első oldalán (3. számú melléklet) (65). A 2014-es adatszolgáltatás eredményeit, a várandós anyák első felvételekor mért értékei alapján a II. táblázat mutatja be (61). Az arányszámok meglehetősen magasak néhány megyében. Ugyanezen statisztikai adatbázisban szerepel az is, hogy a várandósok 81,3%-át a védőnők a betöltött 12. hét előtt veszik nyilvántartásba (61), így többségükben első trimeszteri adatokról van szó. Ez azt is jelenti, hogy ezek az arányszámok javulhatnak a második vagy harmadik trimeszterre, mivel a leendő anyák feladhatják, vagy szüneteltethetik a dohányzást. A II. táblázatban bemutatott, és az ÁEEK által nyilvántartott várandós dohányzási arányszámok eredményei nagyon elgondolkodtatóak, mert az OEFI (Országos Egészségfejlesztési Intézet) által elvégzett felnőtt dohányzás-felmérés adatai szerint, 2013-ban a teljes magyar női lakosság 14,6%-a volt csupán rendszeres dohányos, a 18-34 éves kohorszban pedig ez az arány összesen 19,9% volt (24). A 2014. évi adatok szerint a teljes női lakosság 21%-a, a 18-34 éves korosztálynak pedig 29%-a rendszeres dohányos (25).

II. táblázat: Az első adatfelvételkor aktuálisan dohányzó várandósok aránya megyei és regionális bontásban. (Forrás: GYEMSZI portál, 2014) (61).

MEGYÉK/RÉGIÓK	DOHÁNYZÁSI ARÁNYSZÁM AZ ELSŐ ADATFELVÉTEL ALAPJÁN (%)
Hajdú-Bihar megye	19,6
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	34,7
Jász-Nagykun-Szolnok megye	31,9
ÉSZAK-ALFÖLD	28,7
Bács-Kiskun megye	22,7
Békés megye	38,0
Csongrád megye	22,7
DÉL-ALFÖLD	26,7
Baranya megye	18,6
Somogy megye	30,8
Tolna megye	28,6
DÉL-DUNÁNTÚL	25,6
Vas megye	9,3
Győr-Moson-Sopron megye	9,7
Zala megye	11,8
NYUGAT-DUNÁNTÚL	10,1
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	41,7
Heves megye	46,4
Nógrád megye	37,9
ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	42,3
Fejér megye	16,5
Komárom-Esztergom megye	11,7
Veszprém megye	16,4
KÖZÉP-DUNÁNTÚL	15,2
Budapest	9,2
Pest megye	17,7
KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	12,7
ÖSSZESÍTETT	21,6

A várandós anyák között külön érdemes kitérni a koraszülésen átesettekre. Egy magyarországi retrospektív kutatás alapján, amely két gazdaságilag és demográfiai összetételében is szélsőségesnek mondható megyét vizsgált (Vas és Szabolcs-Szatmár-Bereg), kiderült, hogy kifejezetten a koraszülő nők csoportjában, Vas megyében a várandósok 21%-a, Szabolcs-Szatmár-Bereg (továbbiakban Szabolcs) megyében pedig 39%-a végig dohányozta terhességét. A várandósokat zárt térben ért dohányfüst expozíció aránya ugyanebben a két csoportban Vas megye esetében 54%, Szabolcsban 67% volt (66).

Annak ellenére, hogy hazánkban kötelező a várandós anyák dohányzási magatartásának jelentése, Magyarország mégsem szerepel a nemzetközi összehasonlításokban. Ennek valószínű oka az adatfelvétel egységesítésének hiánya. Az európai, perinatalis időszakra vonatkozó egészségi állapottal kapcsolatos indikátorokat az Euro-peristat adatbázisa tartja nyilván, amelyben jelenleg 23 európai ország adatai találhatóak, de csak 2010-ig (67). Az összehasonlíthatóság érdekében időkereteket kell adni a dohányzási arányok pontosításához, mert a várandós anyák egy része már az első trimeszterben abbahagyja a dohányzást. A behatások következményeinek megállapításához, azonban ismerni kell azt is, hogy az utolsó trimeszterben hányan dohányoztak (III. táblázat) (67).

Az USA 24 államában PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) néven kiterjesztett monitoring rendszer működik, amely a várandós anyák létszámát és arányszámát rizikófaktorok szerinti csoportosításban is tartalmazza. Számos indikátort vizsgálnak a várandósokkal kapcsolatban. Nyilvántartják a várandósságot közvetlenül megelőző időszak dohányzási gyakoriságát. Az adatok szerint közvetlenül a várandósságot megelőzően a nők 22,6%-volt rendszeres dohányos, de az adatok között szerepel a megelőző két év dohányzási gyakorisága is. Ez utóbbi 25,9% volt 2011-ben. Vizsgálják a szálgyakoriságot várandósság előtt, alatt, valamint a várandósság utolsó három hónapjában. Az adatok alapján a várandós anyák 10,2%-a rendszeres dohányos a várandósság teljes időtartamát tekintve. A napi szálgyakoriság arányainak megoszlása várandósok esetén: <1 szál/nap: 1,6%, 1-5 szál/nap: 4,6%, 6-10 szál/nap: 2,6%, 11-20 szál/nap: 1,2%, 21-40 szál/nap: 0,2%. Azok közül, akik közvetlenül a várandósság előtt dohányoztak, kb. 55% szünetelteti a dohányzást a gyermekvárás időszakában, 40% azonban ismét dohányozni kezd a szülést követő 6 hónapon belül (15, 60).

III. táblázat: Rendszeresen dohányzó várandósok aránya 2010-ben Európában.
(Forrás: *European Perinatal Health Report, 2010*) (67)

ORSZÁG	Rendszeresen dohányzott (%)	
	Csak az első trimeszterben	Az egész várandósság alatt
Ciprus	11,5	n.a.
Csehország	n.a.	6,2
Dánia	n.a.	12,8
Észtország	9,1	7,8
Finnország	15,5	10,0
Franciaország	30,6	17,1
Hollandia	10,5	6,2
Lengyelország	24,6	12,3
Lettország	n.a.	10,4
Litvánia	7,0	4,5
Luxemburg	n.a.	12,5
Málta	8,2	n.a.
Nagy-Britannia	26,0	12,0
Nagy-Britannia (<i>Anglia</i>)	26,0	12,0
Nagy-Britannia (<i>Észak Írország</i>)	28,0	15,0
Nagy-Britannia (<i>Skócia</i>)	n.a.	19,0
Nagy-Britannia (<i>Wales</i>)	33,0	16,0
Németország	n.a.	8,5
Norvégia	18,6	7,4
Spanyol (<i>Katalónia</i>)	36,7	14,4
Spanyol (<i>Valencia</i>)	15,8	n.a.
Svédország	6,5	4,9
Szlovénia	n.a.	11,0

Megjegyzés: n.a. = nincs adat az adott időszakban

1.5.3. Szociális helyzet és a várandósság alatti dohányzás

Magyarországon az éppen gyermeket váró családok 30,6%-a szociális okok miatt fokozott kockázatúnak minősül (61). A területi különbségek igen jelentősek. Borsodban 48,9%, Szabolcsban 43,5%, Nógrádban 41,9%, Hevesben 39,5%, Somogy megyében 36,6%. Budapesten a szociális okok miatti veszélyeztetettség 15,9%, Győr-Moson-Sopronban 15,1% és Vas megyében a legkedvezőbb a helyzet, mivel a várandósgondozásban részesülő családoknak csak 14%-a fokozott rizikójú (61). Ezek a területi különbségek összefüggésben állnak a foglalkoztatottsággal, az egy főre jutó GDP-vel, tehát egyes régiókban az arányok ezért kedvezőbbek (68). Közép-Magyarországon és a nyugat-magyarországi területeken élők között magasabb az iskolai végzettség átlaga, de a jövedelmi szint is (19). Az egyes régiókban tapasztalható munkanélküliségi arányszámok alapján elmondható, hogy Észak-Alföldön (14,5%) és Észak-Magyarországon (13,0%) a legrosszabb a helyzet, míg Nyugat-Dunántúlon jóval kisebb a munkanélküliek aránya (7,8%) (69). Az 1989-es rendszerváltás óta a foglalkoztatottság egyre alacsonyabb szintre süllyedt, és a 2008-as válság kapcsán érte el a mélypontját. A válság hatására ugyanis a munkanélküliség elmélyült, majd ez a folyamat 2011-ben fordult meg, a foglalkoztatottság mértékének fokozódásával. Jelenleg ez megközelítőleg 58,4 %. Az EU országok foglalkoztatási arányának átlagához képest Magyarországon minden iskolai végzettségű csoportban kedvezőtlenebb a helyzet. A munkanélkülivé válás esélyeit jelentősen fokozza az alacsony iskolai végzettség, amelynek értéke 2013-ban 24,2% volt (69). Szabolcsban a koraszülésen átesett anyák retrospektív vizsgálatának adataiból kiderült, hogy a dohányzó várandós mintában 5 főből, csak 1 főnek van érettségije és a spontán leszokó anyák egyértelműen a magasabb iskolai végzettségű csoportból kerültek ki (70). A legfeljebb alapfokú végzettségűek körében 6-szor gyakoribb a munkanélküliség, mint a felsőfokú végzettség esetén, ahol ez az érték: 4,1%. 2014-ben a 8 általános iskolai osztálynál alacsonyabb végzettségű csoportban a munkanélküliség aránya 38,8% volt, az általános iskolát végzettek között 17,9 %, ugyanakkor az egyetemet végzett nők körében ez az érték csak 2,9 % (71). A szegénység kialakulásához vezető út összefügg a munkaerő-piaci esélyekkel. Aki iskolázatlan, az nehezen kap munkát, és előbb-utóbb elszegényedik. A dohányzás aránya és a háztartások jövedelemszintje között is szoros összefüggés van. A legalacsonyabb jövedelműek csoportjában kétszer

gyakoribb a dohányzás előfordulása nők és férfiak esetén is. Akik elégedetlenek a fizetésükkel, azok között a dohányzás 54%-ban van jelen (72). Kiszűrve az életkor és az iskolai végzettség hatásait, megállapítható, hogy a legalacsonyabb jövedelmű csoportban a legmagasabb a dohányzás gyakorisága (25). A jóléti rendszer egyik sajnálatos jellemzője, hogy nehezen tudja kezelni az egyéni és családi válsághelyzeteket. A konfliktus-kezelés közrendszer szegényes, ezért a gyakrabban előforduló és családban jelentkező problémák (betegségek, válások, halálesetek, balesetek, bántalmazások, munkanélküliség) megoldása gyakran vezet személyes krízisekhez, ebből fakadó megbetegedésekhez, addikciók kialakulásához, amelyek megoldásához kevés jól képzett szakember áll rendelkezésre. Ráadásul jövedelem, vagy elegendő anyagi forrás hiányában, az egyén az adott lehetőségekkel sem tud élni (73). A szociális és gazdasági státusz meghatározza a fogyasztást. Az alacsonyabb jövedelmű régiókban élők fogyasztásában, táplálkozási szokásaiban jelentős különbségek fedezhetők fel, melyek a várandósság alatti életmód egyes tényezőit is meghatározzák. Bizonyított tény, hogy az alacsonyabb jövedelmű csoportokban a várandós anyák táplálkozása számos tápanyagban szűkölködik (74). Állapotukat tovább rontja, hogy dohányzási gyakoriságuk jóval magasabb az átlagnál, ami több tényezőre vezethető vissza. Egyfelől körükben magasabb a szorongás, a depresszió előfordulása és a dohányzás ennek egyfajta stressz-oldásaként jelenik meg (75, 76). Azoknál a nőknél, akik a várandósság alatt alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek, gyakrabban fordul elő a kórtörténetben a gyermekkori trauma valamely formája. Ezek lehetnek érzelmi, fizikai elhanyagolások, bántalmazások és számos egyéb esemény is. Körükben nagyobb a praenatalis depresszió előfordulása, a dohányzás kialakulása, a várandósság alatt jóval nehezebb az önmeztartóztatás gyakorlása, ezáltal a várandósság alatti leszokás is ritkább. Végző soron fokozottabb támogatást igényelnének (77). Másfelől a fiatalok körében végzett kutatások arra is rámutatnak, hogy a korai kipróbálás és rászakás összefüggésben van a családokban az alacsonyabb iskolai végzettséggel, jövedelemmel, így a szociális státusszal. Alacsonyabb jövedelmi szinten élő családok körében a leszokás lényegesen kisebb mértékű, és a szülés utáni visszaesések aránya is jóval magasabb (78). Észak-magyarországi megyék bevonásával készült tanulmány szerint, a várandósság előtt dohányzó nők közül jóval kevesebben szüneteltetik a dohányzást a várandósság kiderülésekor abban az esetben, ha az anya (család) nem városi környezetben él, iskolai végzettsége alacsony és egyben mélyszegény is. Míg az

alkalmazásban állók 57,2%-a, a munkanélküliek 18,4%-a szünetelteti vagy hagyja abba a dohányzást (79). A dohányzás tehát olyan negatív magatartásforma, amely egyértelmű összefüggést mutat a szociális helyzettel és a megszerzett iskolai végzettséggel (79, 80). Egy amerikai minta elemzése során magyar kutatók serdülő terhesek dohányzási szokásainak elemzése kapcsán megállapították, hogy a kedvezőbb anyagi helyzetben élő serdülőkorú várandósok nagyobb arányban dohányoznak. Felnőtt várandósok esetén azonban kifejezetten ennek az ellentétét igazolták, azaz összefüggést állapítottak meg a nagyobb dohányzási arányszám és az alacsony szociális státusz között (81).

1.5.4. Roma nemzetiségűek dohányzási szokásai

A várandósság alatti dohányzás a roma nemzetiségű nőket jóval magasabb arányban érinti a nem roma nőkhöz képest. Egy 7717 főből álló Észak-magyarországi vizsgálat alapján elmondható, hogy várandósság kiderülésekor a roma nők 47,3%-a dohányzik, míg a nem romáknak csak 12,8%-a (82). Bár a magyarországi roma/cigány népesség nem tekinthető szociálisan homogén csoportnak, az országos átlaghoz képest mégis jóval nagyobb arányban találunk közöttük hátrányos gazdasági helyzetben élő egyéneket, családokat (83). A TÁRKI (Társadalomkutatási Intézet) 2010-es háztartásmonitora alapján a roma nemzetiség szegénységi aránya 70% (84). Az egészséget kedvezőtlenül befolyásoló hatások is magasabb arányban vannak jelen romák esetében. Egészségi állapotukat egyszerre több tényező is befolyásolja, hiszen körükben kevesebben állnak alkalmazásban, gyakran olyan területen élnek, amely közegészségügyi és környezetegészségügyi szempontból is veszélyeket rejt magában, lakásaik túlszűfoltak, az egészségügyi ellátórendszert jóval ritkábban veszik igénybe, táplálkozásukról pedig elmondható, hogy gyakran egyoldalú, hiányos, illetve szénhidrát dús, ugyanakkor körükben magas az addikciók előfordulása (84). Roma várandósok családjában 18-szoros az esélye annak, hogy komfort nélküli lakásban éljenek, ami összefügg a szociális helyzetükkel, hiszen a mélyszegénységre is több mint 18-szoros az esélyük a nem roma várandósokkal szemben (85).

A dohányzás előfordulása a roma és nem roma populáció minden korosztályában jelentősen eltér egymástól. A pubertáskorban lévő fiatalok dohányzási szokásait a WHO és CDC által elindított GYTS vizsgálja a 13-15 éves populációban. Ezek alapján a na-

ponta dohányzók aránya 9,5%, (11% fiú, 8% lány). Erre a korosztályra jellemző, hogy 45,5 %-a már kipróbálta a dohányzást (1). Egy roma és nem roma fiatalokat vizsgáló tanulmány megállapítása szerint már praepubertás és pubertás idején is a roma populációba tartozó fiatalok jóval nagyobb arányban dohányoznak a GYTS-ben vizsgált átlag fiatal populációhoz képest (86). A roma 13-16 éves korosztály közel fele (45%-a) gyújt rá rendszeresen. Ennek a korosztálynak 76%-a már kipróbálta a dohányzást. Ebben a csoportban a szülők legalább háromnegyede alacsony iskolai végzettségű. Szomorú tény, hogy a roma lányok 80%-a már kipróbálta a dohányzást, míg ez a nem roma lányok esetén csak 40%-ban fordul elő. Ez valószínűleg visszavezethető az otthoni engedékenyebb attitűdre, és a családban látott mintára is (87). A magyarországi romatelepeken élő szülőképes korú nők dohányzási gyakoriságára jellemző, hogy a 18-29 éves korosztályban a rendszeresen dohányzók aránya 51% körüli, míg a szintén szülőképes korú 30-44 éves korosztályban még ennél is valamivel többen (66%) dohányoznak rendszeresen. Férfiak körében mindkét korcsoportban magasabb arányok jellemzőek, vagyis 64-75% körüli a rendszeres dohányzás aránya (88). Egy 18 633 fős és egy éven belül szült édesanyját vizsgáló magyarországi tanulmányból az derül ki, hogy közel nyolcszoros az esélye a dohányzás folytatásának várandósság alatt a roma nők körében. Ez összefüggésben állhat az alacsonyabb iskolai végzettséggel, mivel a roma nők esetén 35-szörös az esélye annak, hogy 8 általános vagy az alatti végzettséggel rendelkeznek. A roma nők várandósságuk során 7,8-szoros eséllyel dohányoznak. A koraszülések előfordulása romák esetében 10,7 %, míg nem roma populációban 7,9 %. Az alacsony születési testtömeg előfordulása kétszer gyakoribb a roma várandósok körében (14,2%), mint a nem romák (7,6%) esetén (89). Ennek többféle oka lehet. Helyzetükre nagy befolyást gyakorolnak az egyéni magatartásbeli sajátosságok. Problémát okoz a családtervezés hiánya, elmaradhat a preconcepcionális gondozásuk, a betegségek, tünetek későn kerülnek felismerésre, ami összefüggésben áll alacsonyabb ismeretszintjükkel, családon belüli támogatásukkal. Felgyorsult nemi érésük miatt a teherbeesés gyakran túl korán, nagyon fiatalon következik be, emiatt szervezetük még fejletlenebb, ráadásul várandósságaik sokszor túl gyakran követik egymást (90). Várandósságuk kimenetelét tovább rontja a dohányzás és a gyakoribb környezeti dohányfüst expozíció, amelyben élnek (89). A fiatal roma nők és várandósok leszokását nehezíti, hogy az egészségügyi ellátórendszer tanácsainak követése számukra a közösségükből való kiszakadást jelenti, a

szabályokat, normákat nehezebben fogadják el, mint ahogy azt is, hogy valaki beleszóljon az életükbe, szabad idejükbe. A várandósság alatti kórházi kezelési napok számának átlaga is alacsonyabb a romák, mint a nem roma várandósok esetében (83). Végezetül az egészségügyi szakemberek többsége nincs felkészülve egy ilyen szintű szakgondozás adására, gyakran keveset tudnak a konkrét kulturális különbségekről (84).

1.6. A DOHÁNYZÁS HATÁSA VÁRANDÓSSÁG ALATT

1.6.1. Általában a hatások ismeretéről

Várandósság során az embrió majd a magzat intrauterin élete teratológiai értelemben fogékony, kritikus időszaknak tekinthető. Fogamzástól a beágyazódásig tartó 2 hét alatt a „minden vagy semmi” elve érvényesül. Ebben az időszakban a preembrió egy ártalmas anyag hatására megsemmisülhet, vagy teljes regenerációja is bekövetkezhet. A beágyazódást követő 10 hét – azon belül is a 20-55. nap – tekinthető legkritikusabbnak. Ez az organogenesis időszaka, amikor a szervek intenzív fejlődése megkezdődik. A 12. héttől (post menstruationem), a szervekben általában már mennyiségi fejlődés zajlik, de a központi idegrendszerben továbbra is minőségi típusú a fejlődés. Emiatt az idegrendszeri ért behatások a magatartás-teratológia területévé válnak, mert nem anatómiai, hanem főleg élettani eltérések jöhetnek létre a károsító anyagok hatására (91). Az ártalmak, melyek különböző addikciók során alakulhatnak ki az embrionál/magzatnál, alapvetően dózisfüggőek (92) és több csoportba sorolhatók:

1. Nincs észlelhető hatás
2. Funkcionális deficit jelentkezik (bizonytalan, nehezen megítélhető)
3. Embrionális, főtális növekedés lelassulása következik be, retardáció
4. Malformációk alakulhatnak ki
5. A fejlődő szervezet halála is bekövetkezhet.

A teratogén hatások megítélése sok nehézségbe ütközik. Ebben a tekintetben elsősorban a retrospektív tanulmányok vizsgálataira lehet támaszkodni, amelyek az esetek többségében az anya önbevallásán alapulnak, másfelől jól dokumentált adatok is felhasználhatók, a vizelet, a nyál kotinin tartalma vagy a kilélegzett levegő CO (szén-monoxid) tar-

talma alapján. Ezekből sikeresen lehet következtetni a dohányzás mértékére várandós anyák esetén is (91).

A dohányzás következményeinek ismerete a dohányzó és nem dohányzó átlagpopulációban általában az iskolában hallott, tanult, vagy média által is hangoztatott tünetek és panaszok, illetve későbbi megbetegedések ismeretére korlátozódik. Hazai általános és középiskolásokat érintő felmérések alapján elmondható, hogy különbség van az egyes életkori csoportok ismeretszintje között – érhetően –, hiszen a magasabb iskolai osztályokban a tanulók tudása, a több prevenciós foglalkozás megtartásával folyamatosan fejlődik. Budapesten és néhány vidéki nagyvárosban 6. és 9. osztályos tanulók körében elvégzett követéses vizsgálatok alapján azonban úgy tűnik, hogy a fővárosi diákok fele vehetett csak részt dohányzás prevenciós előadásokon, emiatt a tudásszintjük is elmarad a vidéki társakétól. Kisebb települések és kisebb számú lakosság esetén (tehát kisebb városokban), a tanulók több ismeretátadó foglalkozáson vesznek részt, a nagyobb városi vagy fővárosi diákokhoz viszonyítva. A 6. osztályos diákok 1/3-a, a 9. osztályosok 1/5-e, még egyáltalán nem vett részt dohányzás prevenciós előadásokon, ami azért is jelentős probléma, mert az első rágyújtás és rászokás leginkább ezekben az életévekben következik be. A dohányzó fiatalok a komolyabb megbetegedésekkel kapcsolatban kevesebb tudással rendelkeznek a nem dohányzókhöz képest, és az is megállapítást nyert, hogy a jobb tanulmányi eredménnyel rendelkező diákok ismeretszintje magasabb. Általánosságban a lányok többet tudnak a dohányzás káros hatásairól, de elszomorító tény, hogy az iskolás populáció vizsgálatai alapján már nagyobb arányban dohányoznak, mint a fiúk. A magzati ártalomról, mint kockázati tényezőről a 6. osztályos tanulók több mint fele hallott már, míg a 9. osztályosoknak majdnem 80%-a (93). Aki dohányzó családtaggal él együtt, a hatásokat talán közelebbről ismeri. A pre-, peri és postnatalis hatások áttekintése azért szükséges, mert rendkívül fontos, hogy a szakemberek által közvetített információk már a fiatal női populáció ismeretei közé is beépüljenek és a fiatalokat tudatosabb gyermekvállalásra ösztönözzék.

A leendő szülőkben a már kialakult, rögzült, negatív egészség-magatartásforma hatással lehet a gyermekvállalás kezdeti időszakára, meghatározhatja a fogantatást és a magzat későbbi fejlődését és egészségi állapotát is. A dohányzó várandós sok esetben szülést követően is folytatja a dohányzást, további megbetegedéseket előidézve saját magának és megszületett gyermekének is. A hosszú távú hatások esetén meg kell emlí-

teni a szív-érrendszerre, légzőrendszerre, csontrendszerre gyakorolt hatások mellett a rákos megbetegedések gyakoribb előfordulását és a reprodukív rendszer érintettségét is. A dohányzás érrendszerre gyakorolt hatásai igen összetettek és a füst-expozíció után néhány perc alatt jelentkeznek. Gyulladásos mediátorok, citokinek kerülnek a vérbe a pulmonális szövetekből, melyek közvetlenül endotel működési zavart, trombocita aktivációt, lipidanyagcsere zavarokat okoznak (94). Fogamzásgátló szereket alkalmazó nők körében a dohányzás különösen veszélyes, mert növeli a stroke és a szívinfarktus kockázatát. A világban évente több mint 200 000 nő közvetlenül a dohányzás hatásainak következtében hal meg (95). Dohányzó fertilis nők körében magasabb arányban fordul elő a meddőség. Egyértelműen bizonyított, hogy akik tervezik a várandósságot és ennek eredményeként leteszik a cigarettát, hamarabb képesek teherbe esni még akkor is, ha valaha rendszeresen dohányoztak. Ezen túl a méhen kívüli terhességek aránya és a vetélés előfordulása is csökken. A férfiak dohányzása növeli a sikertelen teherbe esést azért, hogy a megváltoztatja a szexuális vágyat, továbbá merevedési zavarok mellett a spermiumok anatómiai és élettani funkcióit is, csökkenti a spermiumok számát, mozgékonyágát, és anatómiai formájukat is megváltoztatja (96).

1.6.2. A dohányzás hatása a magzati fejlődésre

Jól ismert tény, hogy a várandósság alatti dohányzás, befolyásolja az utódok egészségét. A hatások mélyebb élettani feltárása azért fontos, mert a legfőbb következménynek az anyák többsége és olykor a szakemberek is az alacsonyabb születési testtömeg kialakulását tekintik, miközben számos rövid, közép és hosszú távú hatást is számításba kell venni. A dohányfüstben több mint 7000 káros komponens található, melyek felelősek ezek kialakulásáért (2, 96). A nagy mennyiségű szabad gyök, prooxidáns és aldehid az endothelsejtek oxidatív károsodását okozza, emellett DNS károsító hatása is jól ismert (97). Napjainkban a nikotin a leggyakoribb szer, melyhez erős kötődés alakul ki, emiatt a várandósság alatt a nikotin dependencia a függőség leggyakoribb formája (98). Várandósság során az expozíció károsítja a létfontosságú szerveket és megváltoztatja a szöveti oxidáns-antioxidáns egyensúlyt is (99). Negatív hatással van a magzati kiválasztó szervrendszerek (máj és vese) működésére, valamint az agy szerkezeti fejlődésére (100). Állatkísérletek placenta és tüdő szöveti elemzése alapján megállapíthatók a szö-

veti eltérések, melyek később a krónikus megbetegedések nagyobb kockázatát jelentik (101). A dohányos anyák magzatainak vizsgálata során kiderült, hogy a középagy artériáiban, és a köldök artériában romlanak az áramlási paraméterek, ugyanakkor a vérben található kotinin és kadmium koncentráció jóval magasabb, ami tovább rontja a létfontosságú szervek kialakulását (102). A károsító anyagok az anyai szervezetből a magzati vérkeringésbe is átjutnak. A nikotinnak placenta átáramlást csökkentő szerepe is ismert, a szén-monoxid pedig csökkenti a magzati szövetek oxigén szintjét, így összességében magzati hypoxiát okozhat (2, 92, 102). Az uterus vérátáramlásának csökkenése, hypoxiás-ischaemiás állapotot előidézve csökkenti a méhlepényen átjutó aminosavak mennyiségét is. A várandósság alatti dohányzás nemcsak a neuronális fejlődést, de a neurotranszmitter-rendszerek működését is befolyásolja (103). A nikotin a placentán átjutva már a korai időszakban stimulálja az acetylcholin receptorokat (98). Egy finnországi retrospektív kohorsz tanulmány szerint – mely több mint egymillió fő adatainak áttekintésével készült –, az anyai dohányzás hatással van a koraszülések kialakulására, a halvaszületésekre, az alacsony születési testtömegre és a méhen belüli sorvadás előfordulására, ezáltal a neonatológiai intenzív osztályon eltöltött napok számára. A fejlődési rendellenességek előfordulása 22%-al magasabb, amennyiben az anya dohányzott (104). Egy skót tanulmányban 50 évre visszamenően vizsgálták meg a fejlődési rendellenességek okait. 173 687 esetet tanulmányozva, több milliós kontroll mellett megállapították, hogy számos fejlődési rendellenesség kialakulása összefüggésben áll az anyai dohányzással. Ide tartoznak a szívfejlődési rendellenességek, amelyek aránya 9%-al, a csont és izomrendszeri fejlődési rendellenességek aránya 16%-al, az arcfejlődési rendellenességek aránya 19%-al, végül a gyomor-bél fejlődési rendellenességek aránya 27%-al növekedett. Az urethro-genitális fejlődési rendellenességek kialakulása nem bizonyítható, ugyanakkor kissé csökken a hypospadiasis és a bőr defektusok kialakulása (105). Egy közel 2500 főt vizsgáló spanyol tanulmányban, vizelet kotinin kontroll mellett megvizsgálták a dohányzó kismamák magzatainak biometriai paramétereit a 12. 20. 34. gesztációs héten és azt találták, hogy amennyiben az leendő édesanya nem adja fel a dohányzást, a BPD (biparietális diameter), a femur hosszúsága, a haskörfogát és a számított testtömeg 5-10 %-al kisebb a vizsgált időszakokban az elvárthoz képest (106).

1.6.3. Perinatalis kimeneteli eredményekre gyakorolt hatások

Az anyai dohányzás egyik legismertebb hatása a méhen belüli retardáció (FGR/IUGR = Fetal Growth Restriction/Intrauterine Growth Restriction) és az alacsony születési testtömeg (Low Birth Weight = LBW) kialakulása. Méhen belüli sorvadás akkor jön létre, ha a magzat testtömege a vártnál jóval alacsonyabb, és 10 percentilis alá esik (107). Kialakulásában magzati (genetikai tényezők), lepényi és anyai okok is szerepet játszanak. Ez utóbbiban jelentős hatása van a környezeti tényezőknek, elsősorban a dohányzásnak és a környezeti dohányfüst ártalomnak (92, 107). Bár a csecsemőhalandósság a XX. század közepétől jelentősen csökkent hazánkban, az elhunyt csecsemők 64%-a 2500 gramm testtömeg alatt születik. Míg 1000 alacsony testtömegű csecsemő közül, közel 49 főt veszítünk el, addig a 2500 gramm felettiek közül csupán 2 főt (108). Az alacsony születési testtömeg, valamint a koraszülöttség vitathatatlan kapcsolatban áll a csecsemőhalálozással, és Magyarországon mindkettő előfordulása magasabb az EU átlagánál. Az összes EU tagállam közül Magyarország az alacsony születési testtömeg előfordulása alapján az utolsó 5 ország közé tartozik (109). Ezek a gyermekek nem csak a szülést követő időszakban válnak veszélyeztetetté, hanem később számos felnőttkori megbetegedésben is szenvednek (92). A koraszülés és az alacsony születési testtömeg is multikauzális jelenségek, melyek összefüggésbe hozhatók az anyai megbetegedésekkel, a fokozott stressztényezőkkel, a szülési életkor kitolódásával, de igen jelentős szerepe van az anyai életmódtényezőknek is (110). Több, nagy mintán végzett elemzés bizonyítja, hogy a dohányzás az alacsony születési testtömeg kialakulásának egyik lényeges tényezője, és szerepe van a méhen belüli sorvadásban és a koraszülések kialakulásában is (106, 111). Minél többet dohányzik az anya, annál kisebb születési testtömeg várható. Erős dohányosok esetén ez az érték a 430 grammos csökkenést is elérheti. Ha az anya napi 20 szál cigarettánál többet szív el, jóval alacsonyabb születési testtömegekre kell számítani, mint alacsonyabb szálgyakoriság vagy dohányzástól mentes várandósság esetén (109, 112). Koraszülés (PTB – Preterm Birth) esetén az anya a betöltött 37. gesztációs hét előtt hozza világra gyermekét (113). A PTB világszerte népegészségügyi problémákat okoz és nem csak a fejlődő országokban (113, 114), hanem a gazdaságilag fejlettekben is. Aránya világszerte 15,5%. A világon kb. 15 millió gyermek születik évente idő előtt, a legtöbb Afrikában és Dél-kelet Ázsiában (114). Az Amerikai Egye-

sült Államokban ez az arány 11,4% (115). Európa világviszonylatban a legjobb koraszülési arányokkal rendelkezik (5,5-11,4% között). 2010-ben 6,2% volt az átlag, de az elmúlt években növekedés észlelhető, ugyanis 2013-ban már 7,1%-ra emelkedett (116). Magyarország kedvezőtlenebb helyzetben van az EU átlagokhoz képest, a koraszülések aránya 2013-ban 9% volt és az elmúlt 20 évben csak minimális ingadozást mutatott. Jelenleg az arányszámok az észak-magyarországi megyékben a legmagasabbak, Borsodban például 10,8 % (109). Az összes csecsemőhalálozás több mint 70-80%-át a koraszülések és alacsony születési testtömegű csecsemők adják, így a probléma kezelése igen jelentős, mivel a káros hatások a társadalmat, családot és az egyént is egyaránt érintik. A koraszülöttek mortalitását és későbbi morbiditását meghatározza, hogy milyen éretlenül születtek. Legnagyobb veszélynek a betöltött 32. hét előtt születettek vannak kitéve (97, 114). A dohányzást és a koraszülések kialakulását már 50 évvel ez előtt kapcsolatba hozták egymással. Számos bizonyíték van arra, hogy egyes vegyi és hormonális úton közvetített elváltozások szerepet játszanak a szülés idő előtti beindulásában, a többi között számos rákkeltő és egyéb sejtkárosodást okozó anyag jelenlétének következtében (106, 117). Minél többet dohányzik a várandós, annál nagyobb az esélye a koraszülésre (104). A koraszülésen átesett anyák vizsgálatából kiderül, hogy a rendszeresen dohányzó csoportban kétszer gyakoribb – a nagyon kritikus – betöltött 28. hét előtt történő születés előfordulása (66). Az idő előtti burokrepedés kialakulásában is jelentős szerepe van a dohányzásnak. Amennyiben az anya naponta 10 szálnál több cigarettát szív el, 5-szörös az esélye annak, hogy a burok az igen kritikus 28. gesztációs hét előtt fog megrepedni, a 32. hétnél korábbi burokrepedésnek pedig 2,5-szörös az esélye (118). Nem csak az LBW és a PTB kialakulását befolyásolja negatívan a dohányzás. Egy 21 éves időszakot átfogó 851 371 szülést feldolgozó svéd szülészeti tanulmány szerint, a vetélések és halvaszülések esélye 1,5-szörös, és a korai csecsemőhalálozásra 1,37-szeres esély van, amennyiben az anya dohányzott (119). Egy angol tanulmány szerint az anyai dohányzás 1,8-szorosára emeli a halvaszülés kockázatát, míg ha az anya nem is dohányzik, de a környezete igen, abban az esetben a halvaszülés 1,3-szoros eséllyel következik be (120).

1.6.4. A dohányzás késői következményei

A tüdő megbetegedéseinek gyakorisága abban az esetben is növekszik, ha az anya csak várandósság előtt és alatt dohányzik, tehát a szülést követően már nem. Ennek elkülönítése azért nehéz feladat, mert a várandósság alatt dohányzók többsége a szülést követően is folytatja a dohányzást. Azonban ma már számos bizonyíték van arra nézve, hogy ez a magzati ártalom közvetlenül kihat a tüdő fejlődésére és későbbi megbetegedéseire. Egy európai tanulmány kifejezetten olyan óvodás korú gyermekek perinatalis időszakát vizsgálta, akiknek esetében az anya csak a várandósság alatt dohányzott, de utána abba hagyta. A gyermekekben 30%-al gyakrabban jelentkezett asztma, és nehézlégzés (121). A várandósság alatti dohányzás már a magzatokban befolyásolja a tüdő fejlődését, növeli a később jelentkező alsó légúti megbetegedések előfordulását, az asztma kialakulását és a rohamok gyakoriságát (95, 122).

A tüdőfejlődés elmaradása mellett számos más szervrendszer fejlődésére is hatással van a dohányzás. Több száz, 32. hét előtt világra jött koraszülött gyermek 5 éves utánkövetéses vizsgálatából megállapították, hogy anyai dohányzás esetén a kognitív funkciókban jelentős eltérés mutatkozott, intelligencia szintjük alacsonyabb volt az intrauterin dohányzási ártalomtól mentesek kontrolljához képest (123). Az ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), figyelemhiányos hiperaktivitási zavar tüneteinek száma megnövekszik a 7 évesek körében, ha az anya várandósság során a 18. és 32. héten is rendszeresen dohányzott. Ezt egy több mint 8000 család bevonásával végzett longitudinális vizsgálat eredményei bizonyítják (124). Egy 436 ADHD-s gyermeket vizsgáló tanulmány megállapítja, hogy a társadalmi helyzettel, anyai életkorral, etnicitással és anyai alkoholfogyasztással korrigálva az elemzéseket, a dohányfüstnek kitett gyermekekben súlyosabb magatartási zavarok, alacsonyabb verbális intelligencia, és lassúbb kognitív folyamatok észlelhetők. A tünetek erősödése egyértelműen összefüggésben áll az anyai dohányzás mértékével, tehát dóziszfüggő (125). Állatkísérletekben igazolták, hogy a dohányzásnak kitettség a fiatal utódokban csökkenti az immunválaszt bizonyos megbetegedésekkel szemben, növelve bizonyos ráktípusok előfordulásának gyakoriságát (99, 126). Agytumor megbetegedésben szenvedő gyermekek vérmin-táiból történt genetikai elemzéssel megállapítást nyert, hogy a magas genetikai kockázatú gyermekekben mind az anyai, mind az apai dohányzás növeli az agydaganat kiala-

kulásának esélyét (127). Csecsemők és gyermekek jelenlétében dohányzó szülők több száz rákkeltő és egyéb mérgező anyagot bocsájtanak ki a gyermek környezetébe, fokozva ez által számos betegség előfordulásának rizikóját (IV. táblázat). A másodlagos „passzív” dohányzás a csecsemők és gyermekek esetén is növeli a szív-érrendszeri és tüdő megbetegedések mellett a fül fertőző betegségeinek előfordulását (40).

A SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) hirtelen csecsemőhalál előfordulása, a várandósság alatt dohányzók és a megszületést követően a környezeti dohányfüst ártalomnak kitett csecsemők körében jóval magasabb (95).

IV. táblázat: Az expozíciós időszakok reprodukzív és perinatalis eredményekre gyakorolt legfőbb hatásainak összefoglalása. (Forrás: *A Guide for Counseling Women who Smoke*) (128).

A KIMENETELT BEFOLYÁSOLJA	DOHÁNYZÁS IDŐSZAKA		
	Praeconceptionalis	Prenatalis	Postnatalis
Fertilitás	X		
Spontán abortusz	X	X	
LBW, IUGR	X	X	
Fejlődési rendellenességek	X	X	
Csecsemőhalálozás (SIDS is)	X	X	X
Kognitív fejlődés	X	X	X
Gyermekkori magatartás	X	X	X
Csecsemők, gyermekek testi fejlődése (testtömeg, testhossz)	X	X	X
Gyermekkori rák kialakulása	X	X	X

1.6.5. Dohányzás és szoptatás

A szülés utáni időszak rendkívül veszélyes a visszaszokás kialakulása szempontjából. Azoknál a várandós nőknél, akik közvetlenül várandósságuk előtt, vagy alatta sikeresen feladták/szüneteltették a dohányzást, 50%-ban tapasztalható, hogy 6 hónapon belül visszaesnek, és ismét elkezdnek dohányozni (6). A szoptatásról és anyatejes táplálásról

tudjuk, hogy segít számos betegség kialakulásának csökkentésében, az immunrendszer fejlesztésében, és egyedi összetételének köszönhetően tökéletes táplálási mód az élet első hat hónapjában. Számos klinikai vizsgálat bizonyítja, hogy a megfelelő ideig tartó szoptatás, az anyatejben található immunanyagoknak köszönhetően jelentősen csökkenti a bélfertőzések, középfülgyulladás, tüdőgyulladás és a felső légúti megbetegedések előfordulását, továbbá az allergiás betegségekre való hajlamot is jelentősen csökkenti. Ez a táplálási mód hosszú távú védőhatásokat is kifejt, hiszen mérsékli a SIDS, diabetes (I-II), a felnőttkori szív-érrendszeri megbetegedések és az elhízás, számos tumoros megbetegedés kockázatát. A jelenlegi WHO ajánlások a jótékony élettani és idegrendszerre gyakorolt hatások miatt a csecsemők kizárólagos szoptatását tűzik ki célul az élet első 6 hónapjában (129). A szoptatásnak van néhány kontraindikációja, de a dohányzás nem tartozik ezek közé. Ennek az a valószínű oka, hogy a szoptatás okozta pozitív hatások még mindig túlsúlyban vannak a tápszerezsen táplált és környezeti dohányfüst expozícióban élő csecsemőkben kialakult hatásokhoz képest (130). Szakemberek ugyanakkor feltétlenül azt javasolják, hogy rendkívül lényeges a szülés utáni leszokástámogatás folytatása, ugyanis igen magas a relapszus esélye. Azokban a csoportokban nagyobb a visszaesés veszélye, ahol alacsonyabb az anyák iskolai végzettsége, kevesebb a jövedelem, illetve nem házastársi kapcsolatban élnek és a leszokást megelőzően az ébredést követő rágyújtás 5 percen belül következett be. A leszokástámogatás mellett párhuzamosan a szoptatás támogatása is igen nagy a jelentőségű, mert a jól szoptató anyák esetén kisebb a visszaesés esélye. Azok között, akik szülést követően legalább az első 8 hétben szoptattak, a visszaesés esélye az első fél évben jóval kisebb, a nem szoptató anyákhoz képest. A jelenség a szoptatás pozitív lelki hatásaival és a hormonális tényezőkkel, ezáltal a stressz csökkenésével magyarázható (6). Abban az esetben, ha az anya úgy dönt, hogy szoptatás mellett dohányzik, leglényegesebb az expozíció csökkentése a minél ritkábban történő rágyújtás révén, illetve a dohányzó családtagokat is célszerű elkerülni. Emellett szükséges megkérni az anyákat, hogy legalább a szoptatás előtt közvetlenül ne gyújtsanak rá, mert így több káros vegyi anyag és nikotin jut a csecsemő szervezetébe. Külföldön elterjedten alkalmaznak alacsony dózisu nikotintapaszt szoptatási időszakban (6), de Magyarországon ennek használata még nem terjedt el (10).

1.7. A DOHÁNYZÁS ELLENI VÉDELEM ESZKÖZRENDSZEREI

1.7.1. Primer prevenció

A dohányzás megelőzése és a gyakoriságának csökkentése csak abban az esetben lehet hatékony, ha az egyszerre több eszközrendszer párhuzamos alkalmazásával történik. Az a legfontosabb cél, hogy minél hatékonyabb legyen a gyermekek családon belüli expozíciójának és a fiatalok populáció első rágyújtásának és rászokásának elkerülése, ami a fertilis életkorba érkező párok és várandósok dohányzási prevalenciáját is befolyásolja. A gyermek és ifjúkori prevenciós programok rendkívül fontosak, és mivel az elsődleges prevenció körébe tartoznak, rövidtávon többletköltséget, befektetéseket igényelnek, de hosszabb távon költséghatékonyak bizonyulnak. A nemzeti egészségügyi számlák vizsgálata alapján az anya-, gyermek- és csecsemővédelemre, iskola és üzemi egészségügyre, a fertőző és nem fertőző betegségekre fordított közkiadások az összes egészségügyi kiadások között is csak 4,2%-os arányt képviselnek, ami viszonylag csekélynek tekinthető (94).

Az első nevelő, fejlesztő primer prevenciós beavatkozásra a dohányzással kapcsolatban az újszülött érkezése során nyílik lehetőség, amikor a megszületett csecsemő és kisgyermek környezetében élő családtagok dohányzása nyilvánvalóvá válik. A primer prevenció képviselői az alapellátásban a kifejezetten erre kiképzett védőnők. Feladataik közé tartozik a család szocio-demográfiai helyzetének megismerése mellett a családtagok egyéni egészségmagatartással kapcsolatos ismereteinek, azok alkalmazásának feltérképezése. Negatív egészségmagatartás észlelése esetén, a helyzet felismerését követően mindent el kell követni annak érdekében, hogy megváltozzanak a család ismeretei és a viselkedés egyes elemei, ezáltal az egyént és gyermekét minél kevesebb expozíció érje. Támogatást, egyéni vagy csoportos tanácsadást kell nyújtani a családtagok számára, hogy sikeresebb legyen a leszokás. Fel kell hívni a figyelmet a szakemberek elérhetőségére a továbblépési lehetőségek alkalmazására (7).

Az elsődleges prevenció azonban nemcsak családi szinten valósulhat meg. Amikor az első dohányzásra ösztönző negatív hatások eléri a gyermekeket, hatékonyan alkalmazható prevenciós beavatkozások szervezhetők az óvodáskorúak számára. Magyarországon az óvodai megelőző programok közül a legjelentősebb a Dohányzás Fő-

kuszpont Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja volt, amely 1600 óvodában valósult meg. Az egyik legfontosabb feladata az volt, hogy az óvodás korúak esetében a dohányzás elutasításáért felelős attitűdök alakuljanak ki (131).

Az iskolai egészségnevelő/fejlesztő programok számos helyen elérhetőek, szinte minden iskolában van valamilyen – témáját tekintve – prevenció jellegű ismeretátadás. Mivel főleg negatív üzeneteket hordoznak (mi az, ami tiltott), ahelyett, hogy pozitív megerősítéseket adnának, viszonylag kevés eredménnyel járnak, esetleg hatástalanok maradnak. Ezzel kapcsolatban fontos feladat a primer prevenció eszközrendszerének hosszú távú felülvizsgálata, és hatékonyságának mérése annak érdekében, hogy a programok elérjék a kitűzött célokat. A diákok számára az életvezetési ismereteket, a lelki egyensúly fenntartásának, a konfliktus kezelésének lehetőségeit is át kellene adni. Pozitív attitűdök kialakítására volna szükség, ami érinti a tudatos felnőtt korúvá válás és a családalapítás témaköreit is. Szükség volna arra, hogy a társkapcsolati, baráti konfliktusok, mindennapi döntési helyzetek megoldásához alternatívákat kapjanak a gyermekek és a fiatal felnőttek, annak érdekében, hogy a károsító magatartásformákat sikeresebben elkerülhessék (132). A családi közeg mintaközvetítő szerepe kiemelten fontos a prevencióban, hasonlóan az iskolai szintérhez. A GYTS 2013-as felmérése szerint a vizsgált 13-15 éves kohorszban a gyermekek 44%-a jelezte, hogy a tanév során részt vett dohányzás ártalmairól szóló oktatáson (1). Ezzel kapcsolatban azonban vizsgálatok igazolják, hogy a diákok az osztályfőnökökre és a tanárookra kevésbé figyelnek, ami alapjaiban kérdőjelezheti meg a programok hatékonyságát. További kérdések is felmerülnek az iskolai prevencióval kapcsolatban, hogy például mennyi teret, lehetőséget kapnak a tanárok egy-egy téma feldolgozásához, rendelkeznek-e azokkal az összetett ismeretekkel, melyek alkalmassá tehetik őket a hatékony prevenció és egészségfejlesztési feladatok ellátására a dohányzás megelőzéssel kapcsolatban (133). A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) az MPOWER elnevezésű, 6 irányelvből álló dohányzásellenes stratégia alkalmazásával kívánja segíteni a dohányzás ellenes küzdelmek további sikereit az egyes országokban. Az MPOWER stratégiai irányelvei a következők:

- M** – Monitor: a dohányzás megelőzésre irányuló törekvések monitorozása
- P** – Protect: az emberek védelme a dohányfüsttől
- O** – Offer help: segítségnyújtás a leszokáshoz

W – Warn: figyelmeztetés a káros hatásokról

E – Enforce: tiltó szabályozások bevezetése a reklámokkal kapcsolatban

R – Raise taxes: dohányárak adójának növelése (18).

1.7.2. Dohányzási szabályozások a nemdohányzók védelmében

Az 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának szabályairól, abból a megfontolásból jött létre, hogy védelmet nyújtson a nemdohányzók és az életkoruk, állapotuk miatt fokozottan veszélyeztetett egyének számára (134). A környezeti dohányfüst expozíciót az USA Környezetvédelmi Ügynöksége (EPA – United States Environmental Protection Agency), majd a WHO Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége (IARC – International Agency for Research on Cancer) egyaránt rákkeltő hatásúnak minősítette. Később több európai kormány munkahelyi rákkeltő anyagként is definiálta a dohányfüst összetevőit, és mivel nincsenek olyan szűrőberendezések, amelyek a levegőből biztonságosan eltávolítanák a káros anyagokat, ezért a különböző kormányok különböző mértékű szabályozásokat, tiltásokat vezettek be az alapvető emberi jogok tiszteletben tartása érdekében, a dohányfüstmentes környezethez való általános emberi jogra hivatkozva (135). A különböző nemzetek szabályozására az FCTC is hatással volt, amelynek legfőbb célja, hogy gátat szabjon a dohányzás terjedésének, és mérsékelje a káros hatásokat (136). A nemdohányzók védelmében alkotott törvény értelmében a kijelölt helyek kivételével tilos a dohányzás a közforgalmú intézményekben, közösségi közlekedési eszközökön, munkahelyeken, bizonyos közterületeken, például gyalogosok számára fenntartott aluljárókban, zárt légtérű összekötő közlekedőkben, játszótéren és azok szélétől számított 5 méteres körzetén belül, továbbá vasúti és közösségi közlekedési eszközökön, azok megállóiban, és azok 5 méteres körzetében. Számos helyen dohányzásra kijelölt terület sem hozható létre, például közforgalmú helyeken, munkahelyeken és zárt vasúti vagy egyéb közlekedési eszközökön. Vannak olyan intézmények, amelyekben különösen védeni kell az egyéneket a dohányfüst ártalmaitól. Ezért 2012. 01. 01-től nyíltlégterű dohányzóhely sem alakítható ki közoktatási intézményekben, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményekben és egészségügyi szolgáltatóknál. A helyi önkormányzatok dönthetnek úgy a lakosság érdekében, hogy további, a rendeletben nem szereplő közterületeket is nemdohányzó terület-

té nyilvánítanak (134). A dohányzás szabályozás várandósokra gyakorolt hatásainak egyértelmű bizonyítékai vannak, ugyanis például Spanyolországban keresztmetszeti vizsgálatokban bizonyították, hogy a köldökzsínórvér kotinin koncentrációja, tehát a prenatális dohányfüst expozíció, a szabályozást követő években jelentősen visszaesett. Az USA 29 államában a várandósok leszokását vizsgálva azt találták, hogy az jóval nagyobb arányt ért el a szabályozásokat követően. Skóciában a jogszabályok bevezetése után 25,4%-ról 18,8%-ra csökkent a várandósok rendszeres dohányzása (136).

1.7.3. Korlátozások bevezetése a vásárlásnál

A dohánytermékek forgalomba-hozatalára vonatkozóan is szigorítások történtek, annak érdekében, hogy a 18 éven aluli korosztály ne vásárolhassa meg a dohánytermékeket. A 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről abból a célból készült, hogy Magyarországon a fiatalkorúak körében jelentősen csökkenthető legyen a dohányzás mértéke, és ez által javuljon a későbbi felnőtt populáció egészsége, illetve egészségi állapota. Emiatt a dohánytermékek a kiskereskedelemben csak kijelölt dohányboltokban, pontosabban a Nemzeti Dohányboltok hálózatában vásárolhatók. Amennyiben fiatalkorú kívánja megvenni a dohányterméket, a kereskedő felszólíthatja életkorának igazolására, és annak elmaradása esetén nem szolgálja ki a vásárlót (137). Az Európai Parlament döntése alapján további korlátozást vezetnek be azzal, hogy egy dobozban nem lehet kevesebb, mint 20 szál cigaretta, ami az egységcsomag árát is növelni fogja. A magasabb ár a fiatalabb korosztályt a vásárlásban fokozottabban akadályozza (138).

1.7.4. Adópolitika

A dohányzás elleni védelem egy másik lehetőségét jelenti a megfelelő adópolitika alkalmazása. EU előírások szerint a kételemű adónak (jövedéki és forgalmi) el kell érnie a kiskereskedelmi ár 57%-át, illetve az 1000 szálra eső jövedéki adóminimumot 64 €-ra kell emelni (139). A jövedéki adót a gyártó fizeti, amely így közvetlenül a költségvetésbe kerül. A forgalomhoz kötött adót a fogyasztónak kell megfizetnie, melynek mértéke növekedett az elmúlt évek során, jelenleg az általános mértéke Magyarországon 27%.

Nemzetközi tapasztalatok szerint a dohánytermékek adójának emelése, jelentősen befolyásolja a fogyasztást. 10%-os adónövekedés, körülbelül 3-5%-os fogyasztási visszaesést eredményezhet, bár lényeges, hogy az adott országban milyenek a jövedelmi viszonyok, ugyanis alacsony jövedelmi szint esetén még nagyobb lesz az adóemelés hatása a fogyasztás visszaszorításában (36, 139).

A dohányzás csökkentéséhez minden lehetséges közgazdasági, megelőző és klinikai módszert be kell vetnie egy kormánynak. A többi között ezekhez tartozna a termékdíj bevezetése is, amelynek az a lényege, hogy a jövedéki adó egy bizonyos részét olyan alapba különítik el, amelyet prevenciók céljára és leszokás támogató központok kialakítására használnak fel. Ennek indokoltsága nem lehet kérdéses, hiszen a dohányzás okozta direkt kiadások közül 50 milliárd forint a gyógyszerkiadásokra, 36 milliárd forint a dohányzás okozta rokkant nyugdíjakra, 20 milliárd forint egészségügyi ellátásra, 27 milliárd forint a jövedelem kiesés pótlására, 7-8 milliárd forint a háziorvosi ellátásra megy el évente. Az indirekt költségek még ennél is magasabbak, mintegy 170 milliárd forintot tesznek ki (138).

1.7.5. Reklámtevékenység, dohánymarketing

A 2008. évi XLVIII. törvény (19. 20. §) a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól, részletesen kitér a dohánytermékek reklámozásának közvetlen és közvetett tilalmára. Nem társítható ugyanakkor szponzorálás dohánytermékre vonatkozóan sport, egészségügyi, politikai, kulturális tevékenységekhez sem (140). Dohánymarketing szempontból a dohánygyárak új csoportot céloznak meg, nevezetesen a fiatal nőket, akik azért tűnnek jó választásnak, mert az epidemiológiai adatok szerint, a férfiak körében stagnál vagy csökken a dohányzás világszerte, a fiatalok körében viszont nő a rendszeres dohányzás gyakorisága, tehát megfelelő marketinggel a nők nagyobb létszámban vonhatók be a vásárlásba. A nők toborzása tehát a dohánymarketing kiemelt területe, és erre a 2010 évi Dohányzásellenes Világnap külön is felhívta a figyelmet. A WHO FCTC-t aláíró 170 ország törekvéseket tesz arra, hogy minden dohányreklámot vagy szponzori tevékenységet tilalom alá helyezzenek. A fiatal lányok, nők egészségvédelme azért kiemelten fontos, mert egészségi állapotuk a felnövekvő generációk egészségét is meghatározza. A médiában dolgozó közkezdvelt

személyiségeknek is óriási hatása van a fiatalok dohányzási szokásaira, ezért körükben is szükség volna a visszafogottabb kommunikációra saját negatív egészségmagatartásukkal kapcsolatban, mert önkéntelenül is követendő mintákká válnak a fiatalok számára (141). A dohánytermékek változatos ízesítése 2001-re nyúlik vissza, amikor a gyártók rájöttek arra, hogy a fiatal generációt ízesített termékek kínálatával jobban be lehet vonni a vásárlásba. Az Európai Bizottság új irányelvei közé tartozik, hogy 2016-ra szűnjön meg a csokoládés és vaníliás ízesítésű, 2020-ra a mentolos és egyéb ízesítésű cigaretták forgalmazása (141, 142). A bizottság az EU-ban élő polgárok fokozott védelme érdekében olyan változtatások bevezetését tervezi, amelyek kitérnek a dobozokban lévő cigaretták számának növelésére, a dobozok méretének, a cigaretta szál vékonyságának és feliratokkal, képekkel történő ellátásának szabályozására is, a sodort cigarettával és az egyéb dohányfüsttel nem járó termékekkel együtt (142).

1.7.6. Egészségvédő feliratok és képek megjelenítése

2013. január 1-től csak kombinált figyelmeztetésekkel ellátott dohánytermékek forgalmazhatók. Ezek a fogyasztók felé célzott kommunikációt tesznek lehetővé, ugyanakkor a fiataloknak is üzenetet közvetítenek. A dobozokat szembetűnő és meghatározott méretű egészségvédő feliratokkal kell ellátni (138, 142). Az OEFI 2008-ban egy felméréssel tesztelte azokat a képeket és a hozzájuk kapcsolódó feliratokat, amelyek leginkább hatással voltak a vizsgált célcsoportokra. A legjobb és leginkább figyelemfelkeltő „domináns” képek listáján szerepelnek mind a felnőttek, mind a diákok esetén a gége-, tüdőrák, szív-érrendszeri betegségeket bemutató képek mellett az impotenciára, a gyermekek dohányfüst expozíciójára és a várandósság alatti dohányzás magzatra gyakorolt hatásaira utaló szöveges és képes elemek. A közvéleményt inkább megosztották az ivarsejtek károsodásáról, és ez által a csökkent termékenységről szóló képek és feliratok. A képi elemeket a lakosság 78%-a helyeselte. A képek alkalmazása fontos előrelépés a dohányzás elleni küzdelemben, ugyanis az így kiegészített feliratok bizonyíthatóan fokozott hatást képesek kifejteni a kiemelt célcsoportok védelme érdekében (143). Az Európai Parlament számos új irányelve közül az egyik szerint a cigarettásdoboz mindkét oldalát legalább 65%-ban elretentő képnek kell borítania, amely a dohányzás káros hatásaira hívja fel a figyelmet (138).

Több mint 20 évvel ezelőtt indult útjára az USA-ban a CTCP (California Tobacco Control Program) Kalifornia állam Dohányzásellenes Programja, mellyel kapcsolatban több tanulmány bizonyította, hogy a társadalmi normákra történő hatás, a megfelelő szabályozás, a helyi szintű akcióprogramok szervezése, elérhetősége mind olyan üzenetet hordoz, amelyek a leszokásra ösztönöznek. A program fő hatása, hogy rengeteg statisztikai mutatóban jelentős pozitív változás történt. Mind a felnőtt korúak prevalenciája, mind a fiatalkorúak dohányzása a felére csökkent, emellett a dohánytermékek egy főre jutó fogyasztása pedig a negyedére. A CTCP arra bizonyíték, hogy a dohányzás megelőzést az integrált módszer, vagyis egyszerre több beavatkozás teheti csak sikeressé, amelyben a prevenció szakemberei mellett a kormány, a jogi szabályozás és a civil szerveződések is nagy szerepet vállalnak (144).

1.8. LESZOKÁS TÁMOGATÁS ÉS MINIMÁLIS INTERVENCIÓ VÁRANDÓSOK SZÁMÁRA

A dohányzó embereknek csak igen kis százaléka képes arra, hogy minden segítség nélkül huzamosabb ideig vagy akár örökre feladja a káros szokását. Azok, akik a leszokás mellett döntenek, általában segítséget várnak, és nem csak környezetüktől, hanem a szakemberektől is. A legalább egy éve dohányzók körében a leszokásra leginkább motiváló tényező az egészség megőrzése, a saját egészségi állapot javítása. A 2013-as felnőtt populációban végzett lakossági egészségfelmérés szerint a dohányosok 58%-ának ez a legfőbb motivációja. Emellett a dohánytermékek magas ára is fontos tényező. A dohányosok 15%-a emiatt változtatna elsősorban a szokásain, viszont 9 % esetén a motiváló tényező a rokonok, családtagok egészségének védelme. Míg 2012-ben a dohányzók kb. 56%-a akart leszokni, addig 2013-ban a rendszeresen dohányzók ezt már 62%-ban jelezték. A változásban a dohányzással kapcsolatos rendeletek bevezetése is szerepet játszhatott (24). A GYTS 2013-as adatfelvétele alapján a 13-15 éves korosztályban már a tanulók 42%-a jelezte, hogy szándékában áll leszokni a dohányzásról (1).

A várandósság egy különösen fontos időszak a leszokás szempontjából. Sok fiatal nő nem képes a tervezett várandósság előtt abbahagyni a dohányzást, de többségük a várandósság kiderülésekor már megteszi. Magyarország több megyére kiterjedő, és a várandósok dohányzását vizsgáló tanulmány szerint a minta 73,2%-a már valami-

kor megpróbálta letenni a cigarettát. Amint kiderült a várandós állapotuk, 36,7% tudta azonnal abbahagyni a dohányzást (145). Az alacsony születési testtömeg, valamint számos egészségi probléma megelőzhető még abban az esetben is, ha az anya úgy dönt, hogy a lehető leggyorsabban szünteti meg a dohányzást. Az elszívott cigaretták száma is jelentősen képes befolyásolni a szülészeti kimeneteli eredményeket, a kevesebb szálgyakoriság csökkenti a negatív hatásokat, de azok még így is igen jelentősek lehetnek. A legfontosabb célkitűzés ezért várandósság esetén, hogy a leendő anya mielőbb hagyja abba a dohányzást.

A spontán leszokni vágyó ember olyan motivált dohányos, aki képes arra, hogy az egészségügy felé jelezze ezt az igényét, de ha nincs ilyen konkrét szándéka, ez az igény kialakítható, sőt növelhető is (10). A nők önbizalma jelentősen megnövekszik a leszokás esetén, majd számos pozitív hatás erősítheti őket abban, hogy akár véglegesen is absztinensek maradjanak. Tudásuk, ismereteik, és a magzati jólét elősegítésének gondolata saját szokásrendszerük megváltoztatásához adott segítség, és a családtagok támogató magatartása is jelentősen növelheti a leszokás hatékonyságát. Akik önmaguktól ezt nem tudják megtenni, szakszerű segítséget igényelnek. A támogatásra ideális alkalom a konzultáció, amelynek során a várandós folyamatosan támogatást, segítséget kap egy kötetlen beszélgetés formájában. A várandósok leszokás támogatásának részletes szakmai irányelveit a „*Guide for Helping to Eliminate Tobacco Use and Exposure for Women*” 2014-es kiadványa foglalja össze (95). A módszertani leírás lépésről-lépésre irányítja a szakemberek munkáját.

A legfőbb irányelvek a következőkben foglalhatók össze: A leszokás támogatás folyamatába a siker érdekében érdemes a partnereket is bevonni, a várandósok számára egyénre szabott tanácsokat adni, ezt kiegészíteni önsegítő anyagok átadásával.

Az önsegítő anyagok legfőbb üzenetei a következők:

- a) saját egészségi állapot javítása a leszokás során
- b) a leszokás valójában két ember jólétét határozza meg (anya és magzata)
- c) a csecsemők védelme a környezeti dohányfüst expozícióval szemben

A konzultációk során a várandósokat aktívan be kell vonni és érdemes olyan feladatokkal ellátni, amelyek az önhatékonyságukat is fokozzák. A várandósok számos fizikai és pszichológiai akadállyal nézhetnek szembe, amelyek leküzdéséhez gyakran kombinált módszerekre van szükség (95).

A dohányzás leszokás támogatása kétlépcsősen történhet. Az alapellátásban rövid tanácsadás zajlik többnyire házi orvosok, védőnők segítségével. A leszokás támogatás várandósság alatt hatékonyan alkalmazható formája az alapellátás szereplői számára a „minimál intervenció” rövid tanácsadás tartása (10, 95).

Szakellátási szinten programozott leszokás támogatás történik többféle szakember bevonásával, nevezetesen pulmonológus, pszichológus, egyéb képzett leszokás támogató szakember segítségével. 2012-ben jött létre az Országos Dohányzás Leszokás Támogató Módszertani Központ az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet együttműködésével, valamint körülbelül 80 leszokás pont, melyek tevékenysége többnyire a tüdőgondozókhoz kapcsolódik (9). Emellett néhány éve ingyenesen hívható zöld szám is segíti a leszokásban motivált egyéneket.

A rövid tanácsadás lépései:

I. Kérdések a várandós felé: Az ellátásukban résztvevő szakembereknek tájékozódniuk kell a várandós dohányzási magatartásáról. Ehhez strukturált kérdéssor átbeszélése szükséges, amely alapján különbséget lehet tenni a jelenlegi rendszeres, alkalmi, vagy már leszokott, illetve soha nem dohányzók között. A nem dohányzó, a dohányzást feladó, a jelenleg még dohányzó, de szálgyakoriságát csökkentő, az elmúlt időszakban a rágyújtási gyakoriságot jelentősen minimalizáló várandósoknak fontos a pozitív visszajelzés adása, de szükséges a környezetből eredő expozíció lehetőségének tisztázása is, amiért további kérdéseket kell feltenni.

II. Tanácsok adása: A várandósok számára javasolni kell a dohányzás feladását. Az egészségi kockázatokat át kell beszélni mind az anyára, mind a magzatra vonatkozóan. Be kell vonni a várandóst a kommunikációba és bátorítani kell, hogy ő fogalmazza meg a várható előnyöket.

III. A dohányzás feladására vonatkozó hajlandósság felmérése. Ebben a szakaszban meg kell kérdezni a várandós anyát, hogy elképzelhetőnek tartja-e a dohányzás abbahagyását az elkövetkező 30 napban. Amennyiben úgy érzi, hogy nem, továbblépési lehetőség a motivációk megerősítése a leendő anyában. A beszélgetés célja, hogy gondolkodni kezdjen a változtatás lehetőségén. Ha már fontolgatja, hogy abbahagyja a dohányzást, érdemes annak előnyeit és gátjait is feltárni.

IV. A várandós anyák segítése a feladásban: Ebben a szakaszban a várandóst minden eszközzel támogatni kell, hogy a céljait elérje. Érdemes tervet készíteni a leszokáshoz, amely tartalmazza a leszokás dátumát, a konzultációs időpontokat és számos tippet arra vonatkozóan, hogy a nehéz helyzeteket hogyan lehet elkerülni, és hogyan kezelhető a sóvárgás. A szóbeli tanácsadást írásbeli anyagokkal kell kiegészíteni. Minden családtagot be kell vonni a tervbe, mert szükséges lesz a szokásos stresszt okozó helyzetek és dohányzó családtagok elkerülése. A várandós folyamatos támogatás igényel, nemcsak a szakembertől, de a környezetétől is. Várandósok esetében fontos lehet a farmakoterápia mellőzése, de tisztázni kell az esetleges egészségi kockázatokat, a függőség szintjét, a pszichiátriai betegségek jelenlétét, és a viselkedésterápia elérhetőségét.

V. A tanácsadások végső lépése a nyomonkövetés: Ennek részeként gratulálni kell a sikeres leszokáshoz, követni kell a haladást, erősíteni, ösztönözni az eredmények fenntartását, valamint azt dokumentálni is szükséges. Minden találkozás alkalmával feltétlenül pozitív megerősítést kell adni (95).

2. CÉLKITŰZÉSEK

A vizsgálat legfőbb célja a várandósság alatti dohányzás egyes tényezőinek megismerése volt Magyarországon. A kutatás eredményei lehetőséget teremtenek arra, hogy a rendszeresen dohányzó várandóspopuláció sajátosságainak szakszerű elemzése révén hatékonyabbá váljanak a leszokást támogató célzott primér prevenciók programok mind az eszközök, mind a módszerek tekintetében.

2.1. A KUTATÁS RÉSZLETES CÉLKITŰZÉSEI

1. A nem dohányzó és a rendszeresen dohányzó várandós populáció arányainak megismerése Magyarország többszörösen hátrányos helyzetű megyéiben.
2. A várandósság alatti dohányzás egyes demográfiai, szociológiai, gazdasági háttér változóinak feltárása, az összefüggések megismerése és a részletes eredmények közzététele.
3. A várandósság alatti dohányzás prediktorainak tesztelése, azzal a céllal, hogy Magyarországra adaptált kérdőívek készülhessenek dohányzás kockázatainak felmérésére a várandósgondozásban résztvevő szakemberek számára.
4. A várandósság alatti dohányzás magzati biometriára gyakorolt ártalmainak pontosítása többszörös kontroll-változók bevonásával.
5. A dependencia szintek kockázatainak és azok perinatalis kimeneteli eredményekre gyakorolt hatásainak felmérése és azonosítása.
6. Kurrikulum fejlesztés: az eredmények beépítése az egészségügyi felsőoktatás tantárgyi programjaiba. A hallgatók ismereteinek, készségeinek, a leszokástámogatáshoz nyújtott jártasságának fokozása, a várandósság alatti dohányzó populáció jellegzetességeinek pontos bemutatásával.

2.2. HIPOTÉZISEK

1. Feltételezésem szerint a várandósság alatti dohányzás összefügg az alacsonyabb szociális státusszal. A releváns indikátorok között kiemelt szerepe van az iskolai

végzettségnek, ezért ennek hatása a várandósság alatti dohányzásra a szocio-ökonómiai státusz további indikátorainak kontrollálása mellett is kimutatható.

2. A várandósság alatti dohányzásban jelentős szerepe van a család gazdasági helyzetének, amelynek indikátorai között szignifikánsan meghatározó a jövedelmi szint, mivel lényegesen befolyásolja a dohányzási magatartást meghatározó tényezőket. Hatása egyéb szocio-ökonómiai indikátorok mellett is érvényesül.
3. Fokozott kockázattal jár a várandósság alatti dohányzás szempontjából, ha a leendő anya egyedülálló vagy élettársi kapcsolatban él. Ezek hatása szignifikánsan megmarad egyéb demográfiai és szociális tényezők kontrollja mellett is.
4. Várandósság alatt jóval gyakoribb a rendszeres dohányzás folytatása, ha a fogantatás nem tervezetten következett be.
5. Tervezett fogantatás után nagyobb az esélye a dohányzás szüneteltetésének a várandósság alatt, ami az egyéb szocio-ökonómiai indikátorok kontrollálása mellett is kimutatható a rendszeres dohányzók körében.
6. Az anyai nikotin dependencia szintek közül, a súlyosabb függőség esetén nagyobb a korábbi halvaszületések száma, valamint a koraszülések és alacsony testtömegű születések aránya, tehát a magasabb függőségi szint előre jelzi a kedvezőtlen szülészeti kimenetelt.
7. Az önmagukat romának azonosító várandósok között a dohányzási magatartás egyes tényezői jelentősen eltérnek a nem roma populációtól. Várandósság alatt körükben magasabb a rendszeres dohányzás, a környezeti dohányfüst expozíció, a napi szálgyakoriság, a dohányos társ jelenléte, és kisebb a motiváció a dohányzás feladására.

8. A roma nemzetiséghez tartozás, mint összevont státuszjellemző, előre jelzi a várandósság alatti dohányzás nagyobb valószínűségét, a szocio-ökonómiai státusz kontrollja mellett is.
9. Dohányzó társ/férj jelenléte meghatározó tényezője a dohányzási magatartás várandósság alatti alakulásának.
10. Az újszülöttek testtömegét, egyéb szocio-ökonómiai faktorok kontrollja mellett is, legjelentősebben a várandósság alatti dohányzás befolyásolja.

2.2.1. Hipotézisek indoklása

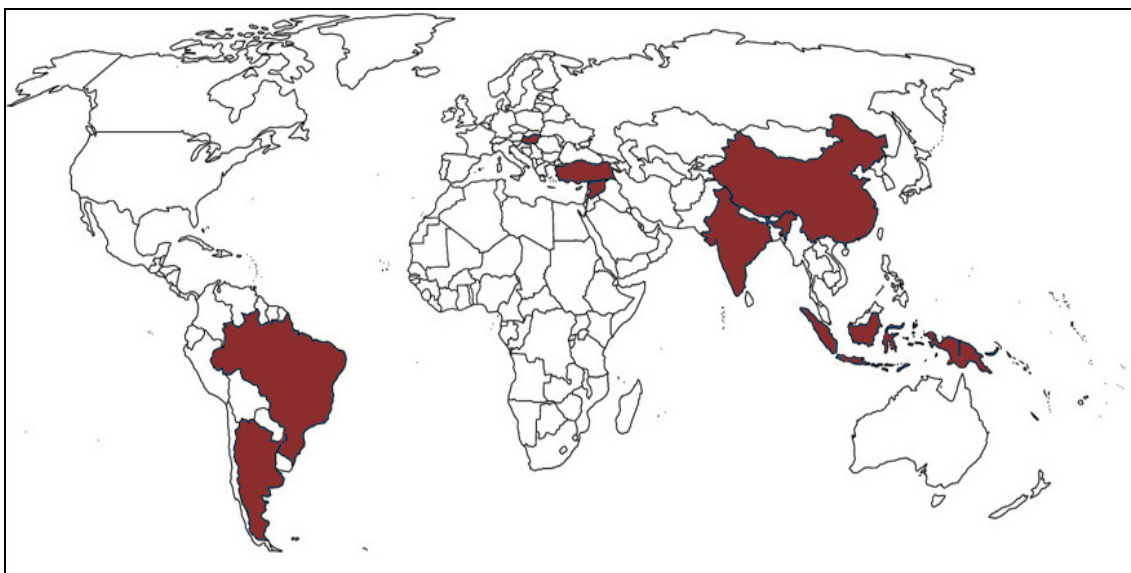
A nemzetközi szakirodalom beszámol a dohányzás születési testtömeget csökkentő hatásáról. Nem tisztázott azonban, hogy az egyéb hátrányos helyzetből eredő tényezők, úgymint nemzetiségi hovatartozás, iskolai végzettség és számos további szociális, gazdasági tényezők, mennyiben képesek befolyásolni dohányzással együtt a magzati testméretek alakulását. Várandós anyákkal kapcsolatban igen korlátozottan jelennek meg nemzetközi szakirodalomban a függőségi szintek mérésének eredményei, valamint annak megállapítása, hogy a dohányzás csupán egy rossz szokás, vagy esetleg súlyosabb élettani függőség áll a háttérben. Ezek tisztázása rendkívül fontos abból a szempontból, hogy hogyan közelítsük meg ezt a speciális csoportot egy leszokást támogató lehetséges program ajánlatával. Hazai viszonylatban olyan alapvető kérdések sem tisztázottak, hogy a roma várandósok körében milyen arányú a dohányzás folytatása. Ezzel a kérdéssel azért is fontos alaposabban foglalkozni, mert a roma nemzetiségű emberek igen jelentős hányada él mélyszegénységben és emiatt körükben az egészségi kockázatok, a negatív szülészeti eredmények magasabb arányban jelentkeznek. *(A hazai romák helyzetéről közel 10 éve nem áll rendelkezésre átfogó, reprezentatív adat. Az adatok szűk körét a TÁRKI háztartásmonitor és TÁMOP 5.4.1 pályázatai mérték. Ezeket a saját, négy megyére kiterjedő vizsgálataink egyes társadalmi és egészségügyi információkkal egészíthetjük ki)(84).*

3. MÓDSZEREK

3.1. A KITERJESZTETT DOHÁNYZÁSKUTATÁS ELŐZMÉNYEI MAGYARORSZÁGON

Tekintettel a dohányzással összefüggésbe hozható igen kedvezőtlen hazai adatokra, az Amerikai Egyesült Államok szövetségi kormánya, a Fogarty International Center, a National Institute of Health (NIH), a National Institute on Drug Abuse révén hazánkban is támogatott egy kiterjesztett dohányzáskutatási program a Davidson College (USA, NC) és a Semmelweis Egyetem közös szervezésében (G. N: 1R01 TW007927-01).

A kutatási program célja az volt, hogy feltárja az átfogó dohányzás kutatási és ellenőrzési stratégiák széles körű alkalmazásának lehetőségét (146, 147). A dohányzási világtérkép alapján, a negatív tendenciával rendelkező országok körében az USA szövetségi kormánya több országban is kezdeményezett egyszerre hasonló együttműködéseket (3. ábra). Magyarországon a nemzetközi támogatással folytatott dohányzással kapcsolatos kutatási program 2008-tól 2013-ig tartott. A projektek több tudományterületet érintettek (V. táblázat) (148, 149).



3. ábra: A Fogarty Nemzetközi Intézet által támogatott, kiterjesztett dohányzáskutatás legfőbb helyszínei 2008-2013 között.

(Forrás: www.fic.nih.gov/Programs/Pages/tobacco.aspx) (146, 147)

V. táblázat: USA által 2008-2013 között támogatott kiterjesztett dohányzáskutatások témák szerinti csoportosítása. (Forrás: Fogarasi-Grenczer A, 2012)(149)

Tudományterületek és kutatások	Dohányzáskutatási témák	Együttműködő intézetek
Biomedicinális kutatások	• COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), tüdőrák és dohányzás összefüggései	Országos Korányi Intézet
	• A dohányzás gyermekgyógyászati következményei, otitis media és a környezeti dohányfüst ártalom kapcsolata	Heim Pál Gyermekkórház
	• <i>Várandósság alatti dohányzás okai és perinatalis kimeneteli következményei</i>	SE-ETK ¹ , SE-ÁOK ² , DE-EK ³
	• Fogászati megbetegedések és dohányzás összefüggései	SZTE-FOK ⁴
	• Felnőttek dohányzási szokásai és dohányzásellenőrzésre irányuló politikák attitűdjei	SZTE-ÁOK ⁵
Jogi vonatkozások	• A dohányzás EU-s és hazai törvényi szabályozása	ELTE ⁶
Oktatáspolitikai, primer prevenció	• Általános iskolások követéses vizsgálata	SE-ÁOK ²
Közgazdaság	• Dohánycsempészet aránya	Corvinus Egyetem, Budapest
Pszichológiai	• Középiskolások dohányzási magatartása, attitűdjei	ELTE ⁶

¹Semmelweis Egyetem (SE) Egészségtudományi Kar, ²SE-Általános Orvostudományi Kar ³Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar ⁴Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Fogorvostudományi Kar ⁵(SZTE) Általános Orvostudományi Kar ⁶Eötvös Loránd Tudományegyetem

A felsorolt projektek számos tudományterület sajátos jellegzetességei alapján tárták fel és mutatták be nemzetközi és hazai szinten a dohányzási szokásokat. Hozzájárultak ahhoz is, hogy az eredmények figyelembevételével a jogi környezet, a szabályozás és az egyes szakmák tevékenységeinek protokolljai is megváltozzanak, valamint intervenciók tervezését és végrehajtását indították el (149, 150). A felsorolt projektek között szerepelt a várandósság alatti dohányzás és perinatalis kimeneteli eredményeinek feltárása, melyben a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Családgondozási Módszertani Tanszéke, az Általános Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézete és a Debreceni Tudományegyetem Egészségügyi Kara közösen vett részt. Önálló munkámban ennek a kutatásnak egyes részleteit mutatom be.

3.2. ÁLTALÁNOS MÓDSZEREK

3.2.1. A mintaválasztás és indoklása

Retrospektív kohorszvizsgálat keretében, strukturált interjúkérdőívvel végeztünk adatfelvételt Észak-kelet Magyarországon, Borsod, Szabolcs, Heves és Nógrád megyében. A teljes célpopulációt a védőnői körzetekben regisztrált várandós anyák és újszülöttjeik jelentették (N= 22 325), amelyből 76,71%-os (N= 16 336) válaszadási arányt értünk el. Kutatásunk résztvevői egy éven belül szült édesanyák voltak, akik elveszüléssel hozták világra gyermeküket. Kihagytuk a mintából a halvaszülési eseteket, illetve azokat a nőket, akik ugyan élve hozták világra gyermeküket, de az újszülött perinatalisan elhalálozott. Strukturált egyéni interjúink a várandósság időszakát vizsgálva számos személyes kérdést tartalmazott, például a szoptatásról, a szülés módjáról, és részletesen érdeklődtünk a dohányzási szokásokról illetve az egyéni egészségmagatartásról is. Tekintettel arra, hogy ezek a felsorolt kérdéscsoportok váratlan érzelmi reakciókat válthatnak ki, a halvaszülési eseteket azért nem vettük figyelembe, mert kérdéseink akár büntudatot is kelthettek volna a gyermeküket nemrég elvesztett anyák körében, és nem volt célunk az interjúkészítés során ilyen negatív érzelmi állapotot előidézni.

Az ikerterhesség az újszülött ikrek biometria adatait és betegségeiket is jelentősen befolyásolhatja, ennek ellenére az adatfelvétel kiterjedt az ikergyermekeket szült édesanyákra is, mivel jelen értekezésben főleg az anyai dohányzás körülményeit vizsgáljuk. Egyébként az anyai dohányzással kapcsolatos nemzetközi publikációkban teljesen elfogadott, hogy a mintában az ikerterhességek nem szerepelnek (151). Statisztikai adatok szerint az egyes terhességek és a többes terhességek esetén akár 1000 grammnyi különbség is lehet a magzatok születéskori testtömege között (152). Egy másik szempont, amelyet figyelembe kell venni, hogy az ikrekkel várandós anyák felénél az ikerterhesség nem spontán módon, hanem valamilyen asszisztált reprodukciós eljárást követően alakul ki. A több éve sterilitással küzdő nők jóval tudatosabban táplálkoznak, a dohányzási magatartást gyakrabban adják fel, ennek ellenére azonban sokkal gyakrabban fordul elő körükben koraszülés, méhen belüli sorvadás, a csecsemők adaptációs zavarai, bizonyos fejlődési rendellenességek, melyek nem az életmóddal, vagy társa-

dalmi helyzetükkel függenek össze, hanem konkrét alapbetegségükkel, esetleg az ikerterhesség vagy az asszisztált reprodukció következtében jönnek létre (153).

Mivel kutatásunkban a várandósság alatti dohányzás nagyon változatos tényezőit vizsgáltuk, a felmérési helyszínek megválasztásánál figyelembe vettük a KSH éves becsámolóit is (azon belül nemcsak a népességstatisztikai mutatószámokat, hanem a munkanélküliség és GDP/fő arányait is). Emellett tekintettel voltunk a Nemzeti Társadalmi Felzárkóztatási Stratégia összefoglalására, amely meghatározza azokat a megyéket, ahol a népességen belül fokozottabb a szegények és romák aránya. Mivel a többszörösen hátrányos helyzetű lakosság körében magasabb a várandósság alatti dohányzás aránya, az ilyen területeken a következmények is kifejezettebben jelentkeznek (154).

3.2.2. A felmérés előkészítése és időszaka

Felmérésünk előkészítése első kérdőívünkkel 2008-ban kezdődött, amikor egyes egészségügyi és gazdasági mutatószámok alapján, valamint földrajzilag is két különböző megyében (Vas és Szabolcs) vizsgáltuk a koraszülés által érintett családokat, a két megye adatainak összehasonlításával (66). A kérdőívben szereplő kérdések nagy részét a későbbiekben változatlanul átvettük, de részben ki is bővítettük, hogy alkalmasak legyenek az teljes élveszületett populáció felmérésére (4. sz. *melléklet*). Az adatfelvétel 2009-től 2012-ig folytatódott. Négy észak-kelet magyarországi, egy észak-alföldi megyét és Budapest X. kerületét vizsgáltuk. Szabolcs megyében két különböző alkalommal is sort kerítettünk az interjúk felvételére, 2009-ben illetve 2012-ben. A budapesti X. kerületi adatokat később nem használtuk fel elemzéseinkhez, mert az ott élő várandós populáció kevesebb, mint 70%-a vett részt az adatgyűjtésben. Így a résztvevő megyék a következők voltak: Szabolcs-I, Borsod, Nógrád, Heves, és Szabolcs-II, ugyanis Szabolcsban a védőnőkkel való jó együttműködésnek köszönhetően a több ezer fős mintán kétszer is sikerült elvégezni az adatfelvételt. Vizsgálatunkban tehát így összesen 4 megyéből öt adatgyűjtés eredményei szerepelnek.

Kutatásunkhoz az etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi és Tudományos Kutatásetikai Bizottsága adta (TUKEB 103/2009).

A személyes interjú elkészítéséhez a megyékben dolgozó területi védőnőket kértük fel. Először írásbeli tájékoztatást nyújtottunk a vizsgálatban résztvevő védőnők

munkáltatójának kutatási céljainkról, majd beleegyezésüket kértük ahhoz, hogy a felmérésben az alkalmazottaik részt vehessenek. Ezt követően, írásban kerestük meg az Országos Tisztviselők Védőnői Társaságának (Odor Andrea), majd írásban és személyesen kerestük fel a védőnők megyei és kistérségi szakmai vezetőit, valamint az akkori ÁNTSZ (Állami és Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat) megyei tisztifőorvosait és egészségfejlesztő orvosait. Munkaértekezlet keretén belül részletesen bemutattuk a kutatásunk célkitűzéseit, kértük a megyében dolgozó szakemberek aktív szerepvállalását, valamint tájékoztattuk őket a várható eredmények felhasználhatóságáról. A szükséges engedélyek beszerzését követően minden egyes kistérségben személyesen készítettük fel a védőnőket az interjúval kapcsolatos feladatokra. Erre nagy hangsúlyt fektettünk, hiszen a védőnők interjúkészítésben vállalt szerepe kulcsfontosságú volt a kutatás számára, mivel az adatfelvételt egységes módon kellett elvégezni. A védőnőket úgy nyertük meg az interjúkészítésben vállalt szerepükre, hogy a kutatás elvégzését követően összeállítottunk számukra egy akkreditált, egész napos pontszerző továbbképzést, amelyen ingyenesen vehettek részt, teljes ellátással.

Standard módszerek jelentősége az adatfelvétel során:

A várandósok egészségmagatartásának vizsgálata azzal a nehézséggel fenyegethet – a várandósság alatti dohányzás negatív társadalmi megítélése miatt –, hogy az édesanya nem a valóságnak megfelelő válaszokat adja. Ezt a lehetőséget kívántuk kiküszöbölni, illetve csökkenteni azzal, hogy minden egyes édesanyával az interjút az a személy készítette, aki végig gondozta a várandóssága alatt és szülést követően is, sőt a védőnői munka jellegéből adódóan a kismamát otthonában többször is meglátogatta. Odafigyelt a környezeti, szociális, családi, egészségi tényezőkre, valamint a tanácsadóban rendszeresen gondozást végzett a várandósság időszakában (a vizsgált időszakban a 33/1992-es NM rendelet a terhesgondozásról 3 § b pontja írta elő a családlátogatást), eközben a védőnőnek lehetősége adódik a családtagokkal való kapcsolatteremtésre is (155). A gyermek megszületését követően – rendeletben is szabályozott módon –, hosszabb időn keresztül a családot otthonában is látogatja, segíti a gondozottjait (156). A találkozásoknak köszönhetően, a család és a védőnő között bizalmon alapuló kapcsolat jön létre, amelyben már számos szokás, probléma, és körülmény is felszínre kerül, így ismertté válik a családot gondozó személy számára. Erre a lehetőségre alapozva terveztük meg az interjú elkészítését a védőnő és a saját gondozottjai között.

3.2.3. A kérdőív adatlapjai, a kérdések csoportosítása

Adataink felvételéhez két adatlapot használtunk (4. számú melléklet). Az I. számú adatlapot a védőnők a gondozott orvosi dokumentációi (orvosi vizsgálatok és egyes laboratóriumi szűrővizsgálati eredmények, szülészeti, neonatológiai zárójelentés, kórházi újszülött értesítő), valamint a várandósgondozás alkalmával elvégzett tanácsadások szűrővizsgálati és családlátogatási eredményeinek feljegyzései alapján töltötték ki.

Az **I. számú adatlap** 28 kérdést tartalmazott az anyára és várandósságára vonatkozóan:

- Demográfiai adatok (település, lakás típus, családi állapot)
- Várandósgondozásra vonatkozó legfőbb adatok (nyilvántartásba vétel hete, tanácsadási alkalmak száma, gesztációs hetek száma szüléskor, szülés típusa)
- Az újszülött legfontosabb biometriai adatai (testtömeg, testhossz, fej- és mellkas körfogata), APGAR pontszámai
- Újszülötti betegségek, fejlődési rendellenességek
- Anyai biometriai adatok (BMI – Body Mass Index), egészségi állapot, krónikus megbetegedések
- Egészségmagatartás a nyilvántartásba vételkor (aktuális dohányzás, szálgyakoriság, alkoholfogyasztás, gyógyszerbevitel, drogfogyasztás)

A védőnő az I. számú adatlap kitöltését követően, strukturált interjú technikával tette fel a II. számú adatlap kérdéseit az édesanyának, annak családi otthonában.

A **II. számú adatlap** 6 kérdéscsoportot tartalmaz. Ezeket az egységeket további kérdésekre bontottunk. Így összesen 121 kérdést állítottunk össze, az alábbi csoportosításban: *I. Általános, szociális és gazdasági adatok* (17 kérdés). A legalapvetőbb szociális és gazdasági változók megismerése mindenképpen szükséges volt számunkra, mert az alacsony szociális státusz, hatással lehet az életmódra, valamint az újszülöttek állapotára is (120). A kérdések között szerepelnek a demográfiai adatok mellett, a lakástípusra, gazdasági helyzetre, munkavégzésre vonatkozó tételek, valamint a nemzetiséget/etnicitást (157) vizsgáló kérdések is. Néhány változónk módszertani magyarázatra szorul. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény különlegesen minősíti „a faji eredetre a nemzetiséghez tartozásra” vonatkozó adatokat (158). Ezt figyelembe vettük a szakemberek felkészítésénél, ugyanakkor tájékoztattuk őket

arról is, hogy az erre vonatkozó kérdéseknek etikailag és jogilag sincs akadálya. Romák tekintetében a hatályos jogszabály 2011-ben megszüntette az „etnikum” minősítést, helyette közjogi értelemben a nemzetiség fogalmát vezette be, ezért ezt az értekezésben is így használjuk. A szülés előtti munkaviszony kategóriába soroltuk, ha az anya alkalmazotti, megbízási vagy vállalkozási (de mindenképpen munkavégzésre irányuló) jogviszonyban volt foglalkoztatva. Ennek hiánya esetén lehetett munkanélküli, vagy valamilyen társadalombiztosítási vagy szociális támogatásban (pl: GYED/GYES) részesülhetett, illetve tanuló volt, vagy rokkant nyugdíjas. A szegénység egy többdimenziós jelenség, ezért igen nehéz a meghatározása. Magyarországon nincs jogszabályban rögzítve az országos szegénységi jövedelemhatár, így azok a személyek tartoznak a jövedelmi szegények közé, akiknek a háztartásában (az országos medián ekvivalens jövedelmet figyelembe véve) az egy főre jutó jövedelem nem éri el az átlagos jövedelem 60%-át. Súlyosan depriváltak azok a személyek, akik kilenc meghatározott fogyasztási tétel közül, anyagi okokból legalább négyről lemondani kényszerülnek. Mivel kérdőívünk ilyen részleteket nem tartalmazott, az 1 hónap/fő fogyasztási értékre számított medián jövedelmi értékből indultunk ki. Ez a 2009-2012 közötti időszakban 60 000 Ft-ról 84 000 Ft-ra növekedett. Mélyszegénységnek azt tekintettük, ha a családban az egy főre jutó jövedelem (2009-es értékét tekintve) a 60 000 Ft legfeljebb 50%-át érte el, azaz 30 000 Ft volt (159). Komfort nélküli lakásoknak azokat tekintettük, amelyekben a fűtést külön-külön oldották meg, a lakásokban nem volt WC, így csak a zárt lakótéren kívüli árnyékszék volt elérhető, hiányzott a csatorna és vezetékes vízvezeték.

II. Az anya egészségi állapotát 10 összetett kérdés mentén vizsgáltuk. Ebben szerepeltek a várandósság előtti krónikus betegségek és a várandóssággal szorosan összefüggő állapotok és megbetegedések. Ide soroltuk az anyai antropometriai adatok közül a közvetlenül várandósság előtti BMI értéket (kg/m^2), valamint az anyai életmód egyes faktorait. Ebben kategóriaként szerepel a kétnaponta fogyasztott hús vagy hal, vagy azzal egyenértékű tápanyag hiánya (amely az anyagi depriváció mélységét is jelzi) (160).

III. A szülészeti anamnézis (15 kérdés), a várandósság egyes tényezőit rögzítette, köztük az előzetes vetélések, halvaszülések, koraszülések és érett szülések előfordulását, a várandósság tervezettségét, és a fogantatás körülményeit. A legutolsó szüléssel kapcsolatos adatok kiterjedtek a szülés módjára és a gyermekágyas időszak eseményeire is.

IV. Az újszülött biometriai adataira, egészségi állapotára, a kezelésekre, a szoptatásra 12 kérdés vonatkozott. Itt az általánosan elfogadott magzati biometriai adatok az újszülött testtömege, testhossza, fej és mellkas körfogata mellett vizsgáltuk az APGAR pontértékeket, és a kórházi kezelések napjainak számát (újszülött osztályon és/vagy Neonatalis Intenzív Centrumban).

V. A várandós és környezetének dohányzási magatartását 57 kérdés vizsgálta. Az aktív dohányzásra vonatkozó 39 kérdés mellett még ugyanebben a kérdéscsoportban a környezeti dohányfüst expozícióra vonatkozó kérdések (18 kérdés) is megjelennek. Ezek között szerepeltek a Fagerström Nikotin Dependencia nemzetközileg validált tételei is (48).

VI. Az anya adatfelvételekor jellemző hangulati állapotát a szintén validált EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) kérdőív 10 kérdésével vizsgáltuk (161).

A két adatlap együttes alkalmazása az objektív, közhiteles orvosi dokumentumok adatainak átvétele mellett, számos egészségmagatartáshoz kapcsolódó adat felvételére is lehetőséget teremtett. Értelmezési problémák esetén, a védőnők azonnali segítség tudtak nyújtani az interjú alanyoknak a félreértések elkerülése érdekében. Az I. számú adatlap kitöltése a tanácsadóknál történt, ami kb. 30 percet vett igénybe. Egy-egy interjú felvétele a II. számú adatlap segítségével a védőnők elmondása alapján 30-60 percet vett igénybe.

3.2.4. Az elemzés módszerei

Az adatok bevitele, analízise IBM SPSS 20.0 statisztikai adatkezelő programmal történt. Számításaink során szignifikancia szintnek a $p \leq 0,05$ értékét fogadtuk el. Az egyes válaszok kódolását követően 222 változó szerepel az adattáblában. Adatmátrixunk nagyrészt számokat tartalmaz, mert kérdőívünk jellemzően zárt kérdéseket tartalmazott. A leíró statisztikai elemzésekben a kategórikus változók megoszlási viszonyszámait mutatom be, amelyekhez adatainkból gyakran dichotóm változókat képeztem, nemzetközileg elfogadott definíciók alapján. Például: valódi koraszülöttek és érett újszülöttek vizsgálatahoz a gesztációs heteket vettem alapul ($<37/\geq 37$) (valódi koraszülés), míg az újszülött testtömeg szerinti dichotóm vágóértékei ($<2500/\geq 2500$) (alacsony születési testtömeg) is a megoszlási viszonyszámok egyfajta csoportosítását szolgálták. A dohányzási maga-

tartás leggyakoribb kategóriái várandósság időszakában a rendszeres dohányos/nem dohányos kategória. Összetett statisztikai elemzéseimhez szakmai megfontolások alapján képeztem szociális, gazdasági, demográfiai vagy életmóddal összefüggő adatok esetén további dichotóm változókat. Folytonos változók esetén a számtani átlagot (mean), a minimum-maximum értékét, valamint a szórást (StD \pm) mutatom be.

A statisztikai próbáknál két kategóriális változó közötti kapcsolat vizsgálatára khi négyzet-próbát alkalmaztam, folytonos változók várható értékeinek összehasonlítása (egyenletes eloszlású mintában) kétmintás t-próbával történt, mellyel lehetőség nyílt arra, hogy folytonos mérési szintű változók átlagait különböző csoportosításokban is vizsgálni lehessen. Mintánkban az EH (esélyhányadosok) értékét 95%-os megbízhatósági értéktartomány (95% CI - fiducia intervallum) mellett állapítottam meg.

Összetett analízisek során bináris logisztikus regresszió analízist használtam annak megállapítására, hogy a várandósság alatti dohányzás folytatását, valamint annak feladását szignifikánsan milyen szocio-ökonómiai, demográfiai és egyéb anyai változók befolyásolják. A modellben kimeneti változóként a „dohányzott rendszeresen várandósság alatt” *versus* „nem dohányzott”, illetve a „dohányzást folytatta” *versus* „dohányzását várandósság alatt feladta” szerepelt. Lineáris regresszió analízissel végeztem annak becslését, hogy az egyes anyai változók közül melyek hatnak legerősebben az újszülöttek testtömegére, illetve mennyire erős ebben az anyai dohányzás és a környezeti expozíció hatása.

4. EREDMÉNYEK

4.1 A TELJES MINTA MEGYÉNKÉNTI BEMUTATÁSA

A VI. táblázat adatai azt mutatják, hogy a megyék regisztrált élveszületési számai alapján Nógrád és Heves megyében volt a legmagasabb az interjúban résztvevők aránya. Ez 85% feletti mindkét megye esetében. A többi megyében 70% körüli volt az arány. Az öt adatfelvétel során a megyékben élő regisztrált populáció 76,71%-át mértük fel.

VI. táblázat: A felvételt megelőző naptári évben élő újszülöttet világra hozó édesanyák teljes száma és részvételi aránya megyei bontásban.

MEGYÉK	ÉLVESZÜLETÉSEK		RÉSZVÉTELI ARÁNY (%)
	REGISZTRÁLT	FELMÉRT	
Szabolcs-I	5806	4355	75,0
Borsod	6927	4685	67,63
Heves	2546	2173	85,35
Nógrád	1580	1374	86,96
Szabolcs-II	5466	3749	68,59
ÖSSZES	22 325	16 336	76,71%

A VII. táblázat néhány várandósgondozással kapcsolatos adatot mutat be megyei bontásban. A teljes minta életkori átlaga 28,3 év, az ettől való eltérés és szórás is kicsi. A legmagasabb átlagéletkor Heves megyében volt (29 év). A várandósok első védőnői nyilvántartásba vételének átlaga a 11,07-ik gesztációs héten történt. Szabolcs-I-II megyében vették legkésőbb gondozásba a várandósokat (11,52. és 11,27. héten). Nógrádban történt legkorábban a nyilvántartásba vétel (átlagban 10,49 hét). A megelőző terhességek átlaga szinte azonos volt négy megye esetén (2,6 körüli), a családon belüli szülések átlaga is (2 körüli), de a 2012-es Szabolcs megyei ismételt felmérésben a megelőző terhességek átlaga és előző szülések átlaga is jóval alacsonyabb volt (1,66/1,22).

VII. táblázat: A várandósgondozás anyai adatai a vizsgált mintában, megyei bontásban. (N=16 150)

MEGYÉK	Számítási átlag és (StD) értékek			
	Életkor	Nyilvántartásba vétel gestációs hete	Megelőző terhességek száma	Megelőző szülések száma
Szabolcs-I n=4320	27,7 (5,92)	11,52 (4,58)	2,60 (1,96)	2,16 (1,57)
Borsod n=4646	27,8 (6,08)	11,26 (4,77)	2,61 (1,92)	2,12 (1,44)
Heves n=2146	29,0 (6,13)	10,84 (4,49)	2,62 (2,15)	2,0 (1,32)
Nógrád n=1359	28,9 (6,17)	10,49 (4,45)	2,60 (2,03)	2,06 (1,40)
Szabolcs-II n=3679	28,1 (6,1)	11,27 (4,50)	1,66 (2,01)	1,22 (1,55)
ÖSSZES	28,3 (6,08)	11,07 (4,56)	2,42 (2,01)	1,91 (1,46)

VIII. táblázat: Anyák gestációs anamnézisének adatai a vizsgált mintában, megyei bontásban. N=16 150

MEGYÉK	Gesztációs hetek átlaga szüléskor (StD)	PTB ¹ % (n)	LBW ² % (n)
Szabolcs-I n=4320	38,65 (1,95)	7,6 (330)	9,2 (397)
Borsod n=4646	38,77 (1,82)	7,7 (359)	7,6 (355)
Heves n=2146	38,68 (1,8)	8,2 (175)	9,2 (198)
Nógrád n=1359	38,89 (1,86)	6,9 (94)	8,8 (120)
Szabolcs-II n=3679	38,53 (2,0)	8,8 (325)	10,4 (384)
ÖSSZES	38,70 (1,88)	7,84 (1283)	9,4 (1454)

¹ PTB (< 37 gest.hét) ² LBW (≤ 2499 gramm)

A VIII. táblázatban látható, hogy a szülés időpontjában a gestációs hetek átlaga 38,7 hét az öt megyében. Az ettől való eltérés minimális minden megye esetén, a koraszülések arányában azonban jelentős eltérés látható. Nógrád megyében a legalacsonyabb 6,9%, a Szabolcs-II mintában a legmagasabb 8,8%. Az alacsony születési testtömeg értékek esetén is Szabolcs-II-ben legmagasabb az arány (10,4%) és Borsodban a legalacsonyabb (7,6%).

A IX. táblázatban látható, hogy hasonlóak az öt adatfelvétel eredménye szerint a születési biometriai értékek. A megszületéskor mért legkisebb és legnagyobb testtömegek átlagai között összesen 72,9 gramm a különbség. Borsodban a legnagyobb a születési testtömeg átlaga: 3248 gramm, Szabolcsban (II) a legkisebb: 3175 gramm. Az 1'-es APGAR pontértékekben viszonylag nagy eltérés tapasztalható. Míg Nógrádban nem éri el a 9,00 pontot (8,86), addig Szabolcs első adatfelvételénél ez az átlagérték 9,61 pont volt. Az 5'-es APGAR értékek már közel azonosak, de ebben az esetben is az átlaguk Nógrádban a legalacsonyabb (9,74 pont).

IX. táblázat: Újszülöttek fontosabb biometriai adatai, megyei bontásban.
(N=16150)

MEGYÉK	Testtömeg átlag gramm (StD)	Testhossz átlag cm (StD)	APGAR 1'/ 5' átlag (StD)
Szabolcs-I n=4320	3179,7 (538,9)	50,43 (3,1)	9,61 (0,95) 9,90 (0,42)
Borsod n=4646	3247,5 (550,8)	51,48 (3,3)	9,27 (0,91) 9,83 (0,52)
Heves n=2146	3228,1 (551,0)	53,19 (3,2)	9,08 (0,84) 9,91 (0,40)
Nógrád n=1359	3219,9 (556,1)	51,24 (3,52)	8,86 (0,91) 9,74 (0,53)
Szabolcs-II n=3679	3174,6 (552,9)	50,8 (3,3)	9,52 (1,37) 9,88 (0,65)
ÖSSZES:	3209,9 (549,9)	51,42 (3,3)	9,27 (0,99) 9,85 (0,5)

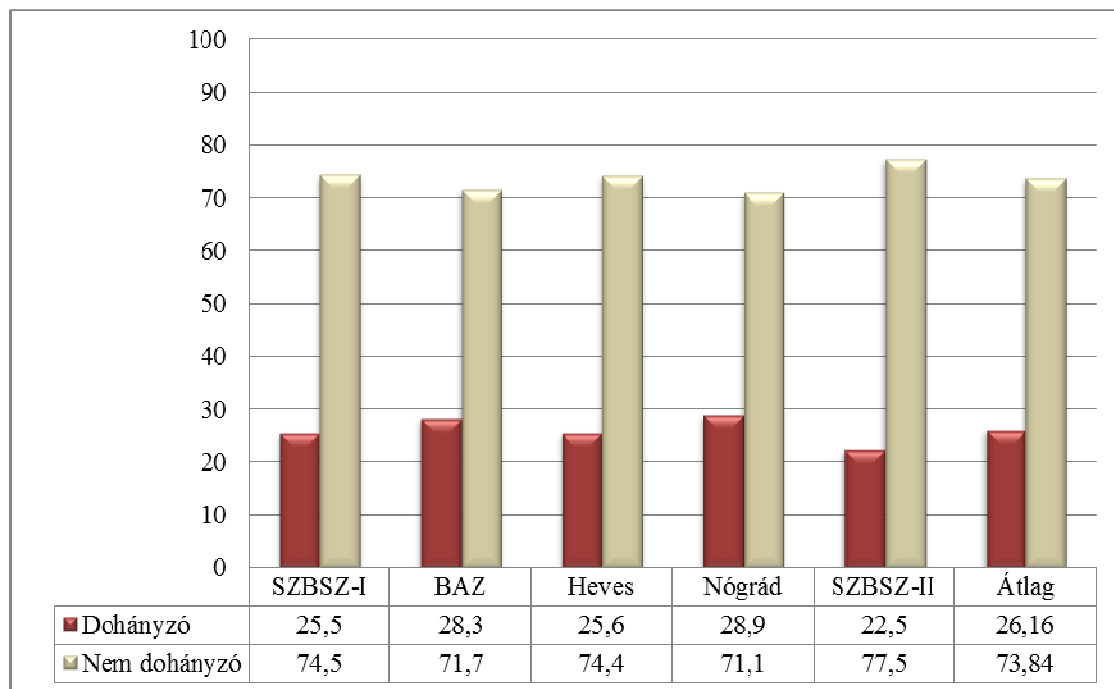
Arra a kérdésre, hogy dohányzott-e várandósság időszakában, a teljes mintából értékelhetően 16 150 fő válaszolt. A várandósság alatt végig rendszeresen dohányzók egyes arányszámait mutatja be a X. táblázat. A teljes mintára vetítve ez az arány 26,2%. A legmagasabb aránnyal Nógrád rendelkezik, ahol csaknem a teljes várandóspopuláció 1/3-a rendszeres dohányos. Borsod megyében a minta 28,3%-a dohányzik és ebben a megyében vannak legtöbben, akik változatlan szálgyakorissággal folytatják tovább a dohányzást. A dohányzást feladók aránya Nógrád és Borsod megyében a legmagasabb. A 4. ábrán látható, hogy a várandósok közel egyharmada minden megyében rendszeres dohányos. Kivételt képez Szabolcs-II, ahol ez az arány 22,5%.

X. táblázat: Várandósság alatti dohányzási magatartásformák aránya a vizsgált megyékben. N=16 150

MEGYÉK	Rendszeres dohányos ¹ % (n)	Rendszeres dohányos ² % (n)	Abbahagyta a dohányzást % (n)	Nem- dohányos % (n)
Szabolcs-I n=4033	8,8 (355)	16,7 (672)	14,2 (575)	60,3 (2431)
összes	25,5 (1027)		74,5 (3006)	
Borsod n=4259	9,4 (402)	18,9 (803)	16,2 (692)	55,5 (2362)
összes	28,3 (1205)		71,7 (3054)	
Heves n=2117	7,0 (149)	18,6 (394)	13,5 (286)	60,8 (1288)
összes	25,6 (543)		74,3 (1574)	
Nógrád n=1218	6,4 (78)	22,5 (274)	19,0 (231)	52,1 (635)
összes	28,9 (352)		71,1 (866)	
Szabolcs-II n=3637	8,1 (295)	14,4 (524)	11,1 (402)	66,4 (2416)
összes	22,5 (819)		77,5 (2818)	
Vizsgált megyék	26,16 %		73,84 %	

Megjegyzés: ¹ amikor megtudta, hogy várandós, nem változtatott szálgyakoriságán

² amikor megtudta, hogy várandós, csökkentette az elszívott cigaretták számát



4. ábra: Várandósság alatti dohányzási arányszámok összehasonlítása megyei bontásban. N=16 150

4.2. A TELJES MINTA LEÍRÓ STATISZTIKAI EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA

XI. táblázat: Dohányzási arányszámok egyes demográfiai változók csoportosítása mentén. N=15 249

Demográfiai változók	Teljes minta	Nem-dohányzó várandós	Dohányzó várandós
anyai életkor átlaga			
mean	28,04	28,7	26,15
StD	(6,11)	(5,89)	(6,35)
min, max	(13-49)	(13-49)	(14-45)
életkori kategóriák (n, %) N=15249			
• < 18	469 (3,6)	290 (2,6)	179 (4,5)
• 18-34	12274 (80,0)	9051 (80,0)	3223 (81,9)
• 35-39	1952 (12,8)	1567 (13,9)	385 (9,8)
• ≥40	554 (3,6)	405 (3,5)	149 (3,8)
családban élő gyermekek száma mean (StD)	2,2 (1,49)	1,98 (1,28)	2,82 (1,85)
lakóhely (n, %) N=14265			
• város	6661 (46,7)	5348 (50,9)	1313 (35,0)
• község (egészségügyi ellátással) ¹	7325 (51,4)	5003 (47,5)	2322 (61,9)
• falu, tanya (egészségügyi ellátás nélkül) ²	279 (1,9)	164 (1,6)	115 (3,0)
nemzetiségi önbesorolás (n, %) N=13308			
• nem roma	8545 (64,2)	7353 (75,4)	1192 (33,7)
• roma	4601 (34,6)	2320 (23,7)	2281 (64,5)
• egyéb ³	162 (1,2)	96 (0,9)	66 (1,8)
családi állapot⁴ (n, %) N=15174			
• házas	7853 (51,7)	6704 (59,5)	1149 (29,4)
• élettársi kapcsolat	6510 (42,9)	4048 (36,0)	2462 (63,0)
• egyedülálló	566 (3,8)	363 (3,2)	203 (5,2)
• egyéb ⁵	245 (1,6)	148 (1,3)	97 (2,4)

¹ a községben legalább egészségügyi alapellátás van ott lakó és/vagy ott dolgozó háziorvossal, védőnővel

² a lakóhelyen nincsen egészségügyi alapellátás

³ egyéb kategória: Magyarország területén élő honos és nem honos nemzetiségek: félvér roma, görög, kínai, román, lengyel, vietnámi, török, német, szlovák, szír, japán, orosz, dél-afrikai

⁴ A KSH a népmozgalmi adatok között jelenti, ezért a demográfiai adatok között tárgyaljuk

⁵ különváltan él, özvegy

A XI. táblázatban a legfontosabb demográfiai változók arányainak és átlagértékeinek bemutatása szerepel. Mintánkban a legfiatalabb anya 13, míg a legidősebb 49 éves. A dohányzó várandósok átlagéletkora alacsonyabb (26,2 év), míg a nem dohányzó csoportban ez 28,7 év. A vizsgált populációban összesen 469 fő fiatalos (<18 év) édesanya van, arányuk a teljes mintában 3,6%. A betöltött 35 év felettek száma: 2506, arányuk 16,4%. A dohányos anyák családjában élő gyermekek átlaga: 2,82 fő, szórásuk magasabb (1,85), mint a nem dohányzó családokban, ahol 1,98 az átlagos gyermekszám és 1,28 fő a szórás. A minta 46,7%-a (6661 fő) lakik városokban, vidéken összesen 7604 fő él (53,3%), ebből 279 fő, (1,9%) egészségügyi ellátás nélküli területen. Az összes dohányzó várandós 35%-a lakik városokban, 64,9%-a vidéken. Önazonosítás alapján a teljes minta 34,6%-a (4601 fő) roma nemzetiségű, 8545 fő (64,2%) nem roma és 162 fő (1,2%) egyéb nemzetiséghez tartozik. Az összes dohányzó nőből 33,7% nem roma, 64,5% roma, és 1,8% egyéb kategóriába tartozik. A roma várandósok dohányzási gyakorisága 49,6%, míg a nem roma várandósoké 13,9%.

A XII. táblázatban látható, hogy az összes dohányzó várandós 70%-a csak a legalacsonyabb iskolai végzettséggel (≤ 8 általános) rendelkezik. Az összes felsőfokú végzettséggel rendelkező várandós 2,3% dohányzik rendszeresen. A nemdohányzók között sokkal több az aktív munkavállaló: 51,6%, míg az összes dohányzó nő között csak 16,9%-ban találunk aktív dolgozókat. A dohányzók 36,1%-a munkanélküli, további 47%-uk otthon van GYED/GYES, rokkant, tanuló, ápolási díj vagy egyéb okokból. Az egész minta 44,0%-a mélyszegény, további 28,1% a szegény kategóriába tartozik (összesen a minta 72,1%-a él a szegénységi küszöb alatt). Az összes dohányos várandós 73,7%-a él mélyszegénységben, további 19,1%-a szegény. Átlagos vagy magasabb jövedelemmel a dohányosok 7,2%-a rendelkezik. A teljes minta 15%-a elégedett a jövedelmével, 85%-a nem. A teljes mintán belül 58,2% rendelkezik saját tulajdonú lakással, míg a fennmaradó 41,8% szülőkkel, albérlőként vagy főbérlőként él. Az összes dohányzó várandós és családtagjai 42,2%-ban élnek együtt a szülőkkel.

XII. táblázat: Rendszeres dohányzási arányszámok egyes szocio-ökonómiai változók csoportosítása mentén.

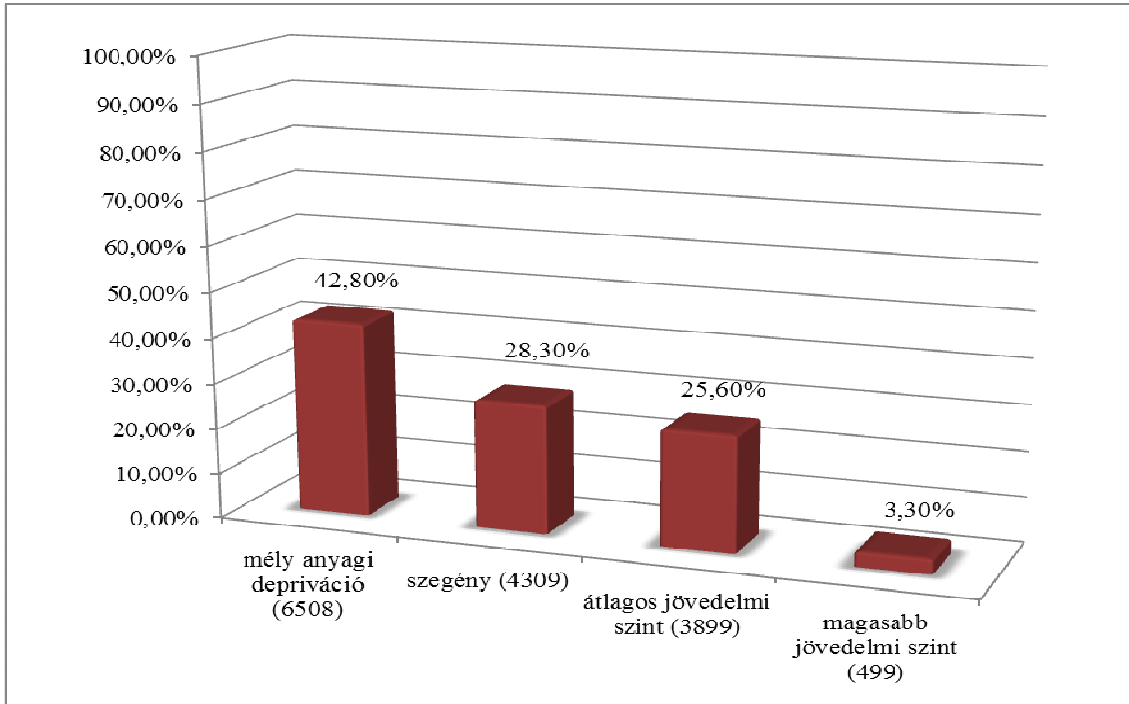
Szocio-ökonómiai változók	Teljes minta n (%)	Nem-dohányzó várandós n (%)	Dohányzó várandós n (%)
iskolai végzettség N=15 157			
• 8 általános vagy az alatti	5571 (36,8)	2828 (25,1)	2743 (70,0)
• szakmunkás	2728 (18,0)	2001 (17,9)	727 (18,5)
• érettségi	3866 (25,5)	3485 (31,0)	381 (9,7)
• felsőfokú végzettség	2992 (19,7)	2923 (26,0)	69 (1,8)
várandósság előtti munkaviszony N=15 139			
• aktívan dolgozott	6460 (42,7)	5799 (51,6)	661 (16,9)
• munkanélküli volt	3552 (23,5)	2142 (19,1)	1410 (36,1)
• egyéb ¹	5127 (33,8)	3292 (29,3)	1835 (47,0)
jövedelmi kategóriák N=14 389			
• mélyszegény ²	6333 (44,0)	3513 (33,3)	2820 (73,7)
• szegény	4048 (28,1)	3317 (31,4)	731 (19,1)
• átlagos jövedelmi szint	3551 (24,7)	3303 (31,3)	248 (6,4)
• átlagon felüli jövedelmi szint	457 (3,2)	428 (4,0)	29 (0,8)
elégedettség a család jövedelmével (n) N=14 684			
• elégedett	2200 (15,0)	1940 (17,9)	260 (6,7)
• nem elégedett	12484 (85,0)	8893 (82,1)	3591 (93,3)
lakáshasználat jogcíme N=14 577			
• tulajdonos	8478 (58,2)	6857 (63,1)	1621 (43,8)
• főbérelő	239 (1,6)	158 (1,4)	81 (2,1)
• szülőkkel él együtt	4774 (32,7)	3216 (29,6)	1558 (42,2)
• albérelő	1086 (7,5)	644 (5,9)	442 (11,9)

¹ GYED/GYES, rokkant, tanuló

² mélyszegény: a család havi egy főre jutó jövedelme nem éri el az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegét (a vizsgált időszakban ≤30.000 Ft.)

A jövedelmi csoportok alakulását mutatja be az 5. ábra. A válaszadók 71%-a tartozik a szegények közé, ezen belül 42,8% (6508 család) mélyszegény.

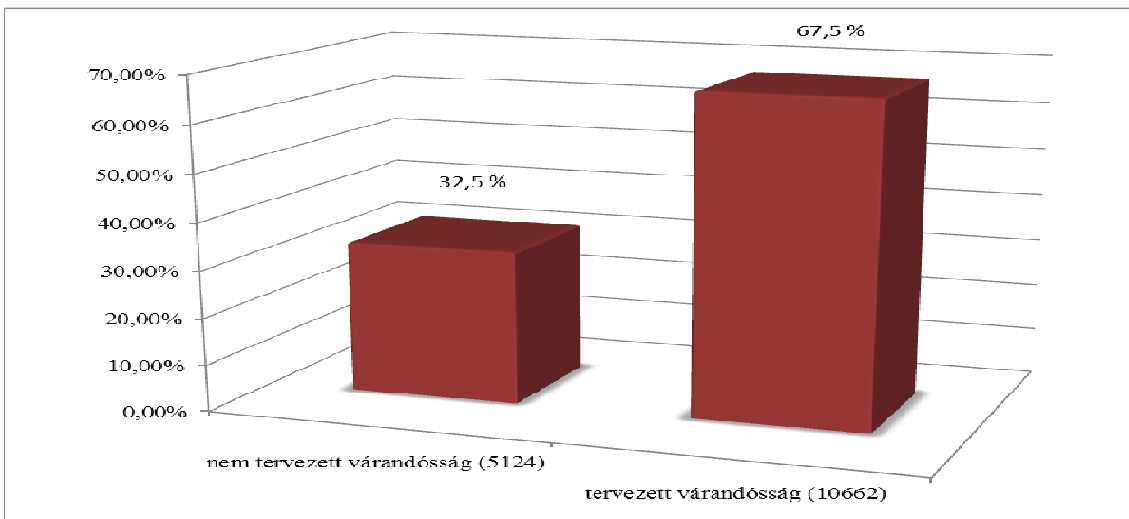
A teljes mintában szereplő anyák biometriai értékei a következők: normál BMI tartományba esik a teljes felmért minta 60%-a, 17,6% túlsúlyos, 9,4% elhízott és 13% az alacsony BMI tartományba tartozik (5. sz. melléklet).



5. ábra: A mintában szereplők jövedelmi szintjeinek megoszlási viszonyzamai.

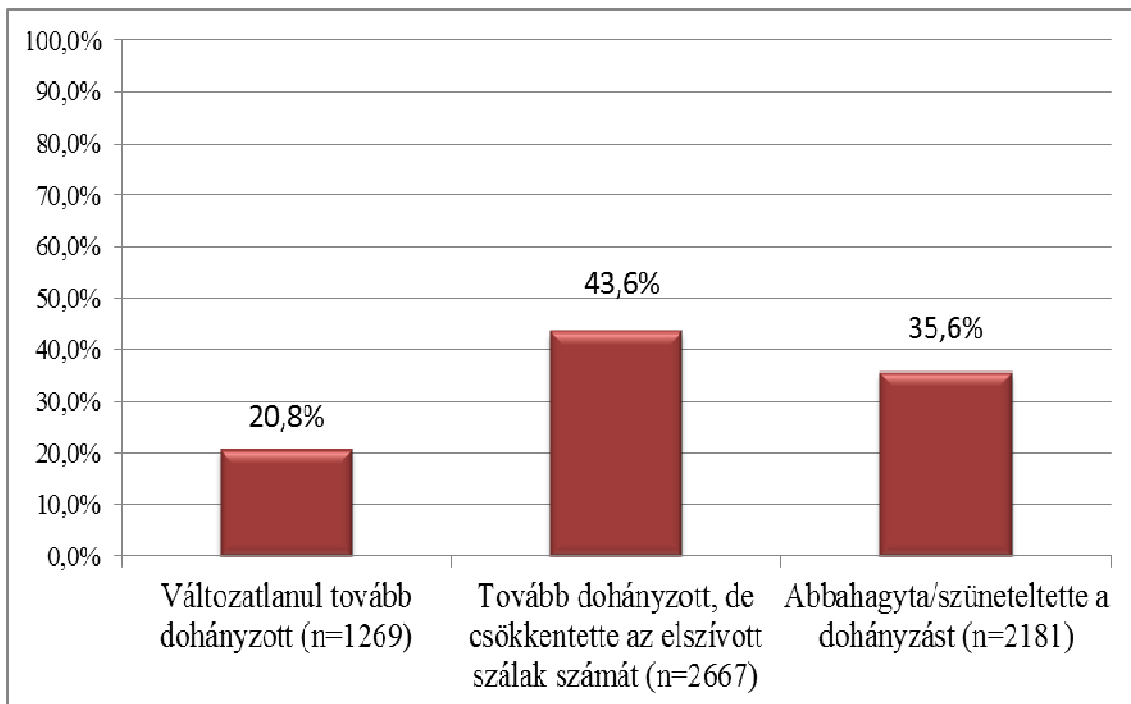
N= 15 215

A 6. ábrán látható, hogy a teljes felmért minta 32,5%-a (1/3-a) előre nem tervezte várandósságát.



6. ábra: Tervezett várandósságok aránya a vizsgált mintában. N= 15 786

A 7. ábrán látható, hogy a várandósságot közvetlenül megelőző időszakban 6117 fő napi rendszerességgel dohányzott. Ez a teljes minta 38%-a. A várandósság kiderülésekor az abbahagyók aránya 35,6% volt. Az előzetesen (várandósságot megelőzően) dohányzók közül 64,4% tovább folytatja a dohányzást. A várandósságot végigdohányzók száma (a szüneteltetők nélkül) n=3936 fő. Ebből változatlanul dohányzott tovább 1269 fő, azaz 32%. Akik tovább dohányoztak, de csökkentettek a szálgyakoriságukon, azok száma 2667 fő, azaz 68%.



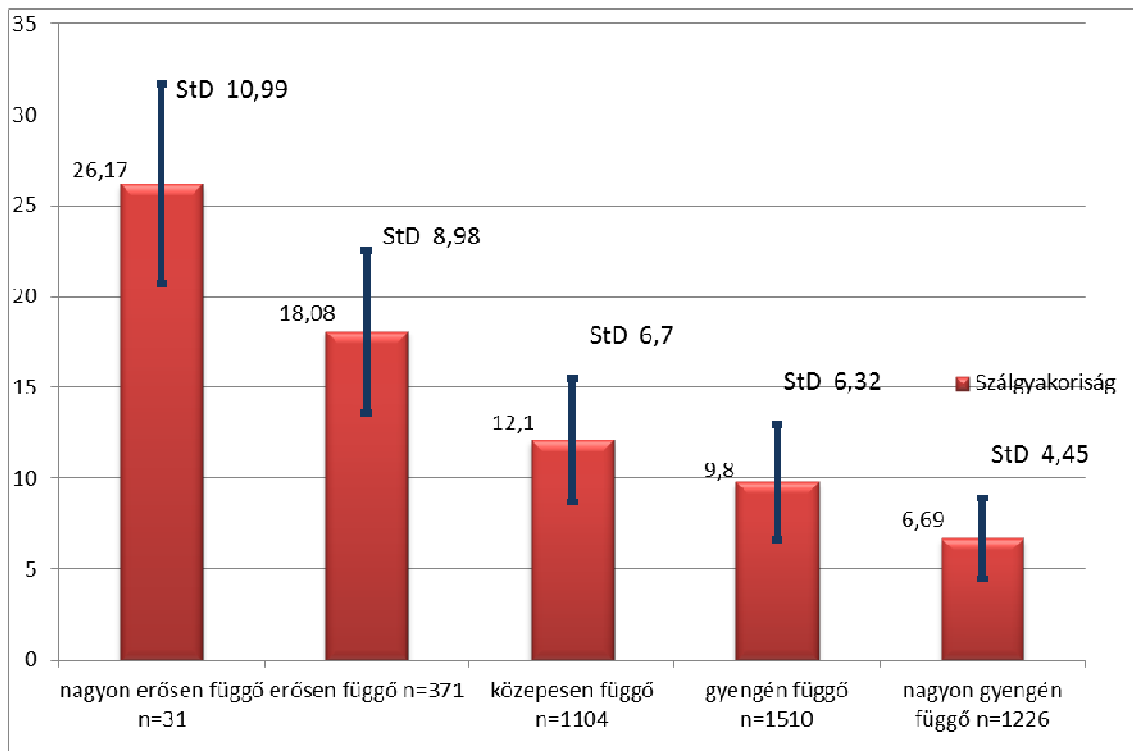
7. ábra: Várandósság alatti dohányzás és feladás arányai az egész mintában.
N=6117 fő

A várandósságot végig dohányzó anyák élettani függőségi szintjeit, annak arányszámaikat mutatja be a XIII. táblázat. Látható, hogy 61,6% tartozott az enyhe vagy közepesen függő csoportba, 9,4% az erős vagy nagyon erősen függőbe. Az összes rendszeresen dohányzó várandós nő 28,9%-nál nagyon gyenge élettani függőség tapasztalható a besorolási kritériumok alapján.

XIII. táblázat: Rendszeresen dohányzó várandósok függőségi szintjei Fagerström szerinti csoportosítás alapján. N=4242

Függőség típusa	N	%
Nagyon gyenge	1226	28,9
Gyenge	1510	35,6
Közepes	1104	26,0
Erős	371	8,7
Nagyon erős	31	0,7
ÖSSZESEN:	4242	100

A szálgyakoróságokat (mint a függőség egyik mérőjét) és annak szóródását mutatja be a 8. ábra. A nagyon erősen függő várandósok saját bevallásuk alapján napi 26,2 szál cigarettát szívnek el, míg a függőség csökkenésével az elszívott cigaretták szálgyakorósága is csökken, napi átlag 7 szál. Minél nagyobb az élettani függőség, a szórások értéke is annál nagyobb.



8. ábra: Dohányos várandósok szálgyakorósága és szórása Fagerström dependencia csoportosítás alapján. N=15 555

A dohányzó várandósok körében a koraszülés gyakorisága a függőségi szint változásával egyre jelentősebben nő, az erősen függőknél eléri a 17,4%-ot, míg nem dohányzó várandós esetén ugyanez az arány 6,6%. Ugyanez igaz az alacsony születési testtömeg arányára is. Míg nem dohányzó anyánál 6,5%, addig az erősen függő csoportban 24,4% (négyeszeres érték). Az előzetes halvaszülések előfordulása kétszer gyakoribb, ha az anya gyengén függő csoportba tartozik, háromszoros, ha az anya közepesen vagy erősen függő. A fejlődési rendellenességek dohányzó anyák csoportjaiban a függőségük növekedésével arányban növekszik, mígnem eléri a 7%-os előfordulást. Az eredmények alakulását a XIV. táblázat mutatja.

XIV. táblázat: Szülészeti eredmények a nem-dohányos és a Fagerström szerinti különböző függőségi szinten dohányzó várandósok körében. (N=15 555)

DOHÁNYZÁSI STÁTUSZ	PTB¹ (%)	LBW² (%)	Korábbi halvaszülés (%)	Fejlődési rend- ellenességek (%)
Nemdohányzó (n=11313)	6,6	6,5	1,1	3,8
Dohányzó, nagyon gyengén függő (n=1226)	9,2	13,5	1,9	4,4
Dohányzó, gyengén függő (n=1510)	11,3	14,4	2,1	3,9
Dohányzó közepesen függő (n=1104)	13,5	17,4	3,7	5,3
Dohányzó, erős/nagyon erős függő (n=402)	17,4	24,4	3,5	7,0

¹ PTB (< 37 geszt.hét) ² LBW (≤ 2499 gramm)

A XV. táblázat adatai alapján látható, hogy míg a nem dohányzó várandós első gondozásba vétele átlagosan a 10. héten történik, addig egy erősen függő nő csak a 14. hét után jelentkezik gondozásba vételre. A nem dohányzó anyák újszülöttjei átlagosan a 38. hét végén születnek, az erősen függő anyák legalább egy héttel előbb hozzák világra gyermeküket. Az újszülöttek kórházi kezelési napjainak átlaga eltérő. Nem dohányzó anyák újszülöttjei átlagosan 5,2 napot töltenek kórházban, míg a dohányzó anyák gyermekei erősebb függőség esetén csaknem 8 napot.

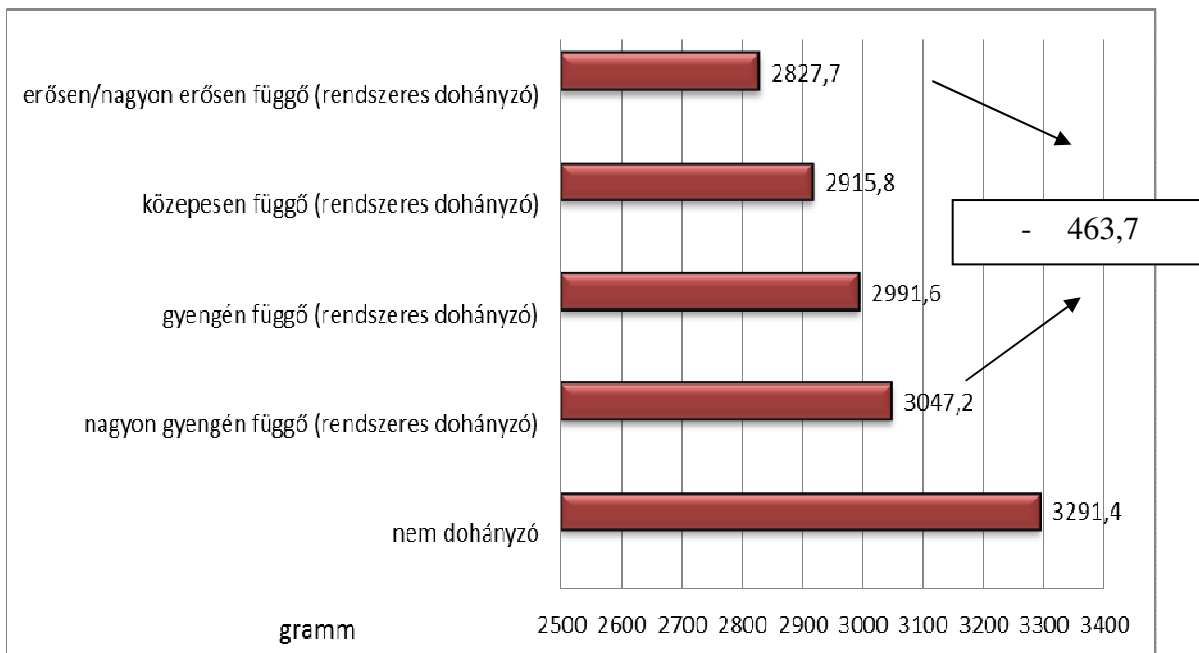
XV. táblázat: Szülészeti eredmények és egyes várandósgondozási adatok összehasonlítása a nem-dohányos és a Fagerström szerinti különböző függőségi szinten álló dohányos várandósok körében. N= 15 555

DOHÁNYZÁSI STÁTUSZ	Nyilvántartásba vételi hetek átlaga (StD)	Gesztációs hetek átlaga (StD)	Újszülött kórházi kezelési napjainak átlaga (StD)
Nemdohányzó (n=11 313)	10,7 (4,0)	38,8 (1,78)	5,2 (6,7)
Dohányzó, nagyon gyengén függő (n=1226)	12,2 (5,2)	38,5 (2,1)	5,9 (8,9)
Dohányzó, gyengén függő (n=1510)	12,5 (5,6)	38,5 (2,05)	6,09 (10,0)
Dohányzó, közepesen függő (n=1104)	13,3 (6,0)	38,2 (2,4)	6,6 (11,1)
Ddohányzó erős/nagyon erős függő (n=402)	14,5 (6,4)	37,8 (2,5)	7,86 (12,9)
ÖSSZESEN:	12,6 (5,4)	38,4 (2,2)	6,3 (9,9)

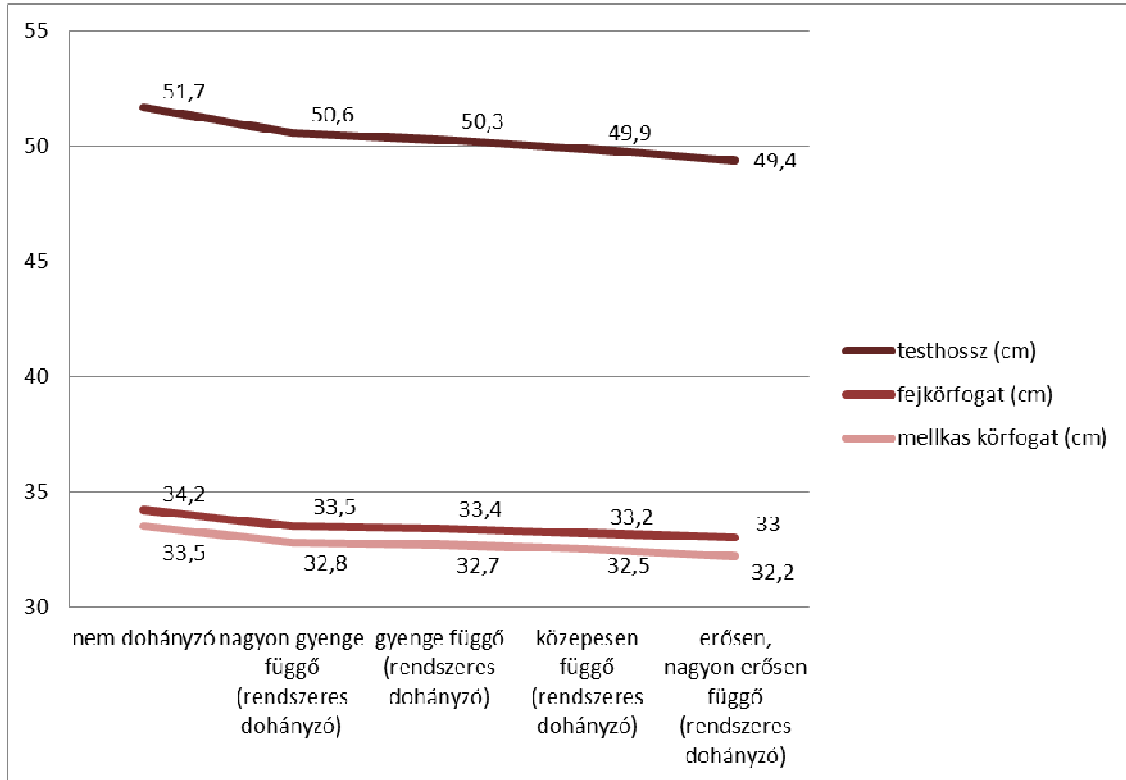
XVI. táblázat: Az újszülött biometriai adatai a várandósság alatti Fagerström dohányzási státusz alapján. (N=15 555)

DOHÁNYZÁSI STÁTUSZ	Testtömeg (gramm) átlag (StD)	Testhossz (cm) átlag (StD)	Fejkörfogat (cm) átlag (StD)	Mellkas körfogat (cm) átlag (StD)
Nemdohányzó (n=11 313)	3291,4 (526,4)	51,66 (3,2)	34,2 (1,9)	33,5 (2,1)
Dohányzó, nagyon gyengén függő (n=1226)	3047,2 (540,9)	50,6 (3,3)	33,5 (1,8)	32,8 (1,9)
Dohányzó, gyengén függő (n=1510)	2991,6 (529,6)	50,3 (3,5)	33,4 (1,8)	32,7 (2,13)
Dohányzó, közepesen függő (n=1104)	2915,8 (543,0)	49,9 (3,4)	33,2 (2,1)	32,5 (2,5)
Dohányzó, erős/nagyon erős függő (n=402)	2827,7 (563,3)	49,4 (3,6)	33,0 (2,46)	32,2 (2,84)
ÖSSZESEN:	3014,7 (540,6)	50,4 (3,4)	33,5 (2,01)	32,7 (2,29)

A XVI. táblázat a biometriai adatokat mutatja be. Míg egy nem dohányzó anya újszülöttje 3291,4 grammal születik, addig egy közepesen függő anya újszülöttje 376 grammal lesz kisebb testtömegű. Ha az anya erősen függő volt, akkor a különbség majdnem eléri a fél kilogrammot, vagyis 464 grammal lesz kisebb a testtömege. A nemdohányzó anyák csecsemőinek testhossza több mint 2 cm-rel lesz nagyobb, a fej és mellkas körfogatok értékei 1,2 és 1,3 cm-rel lesznek nagyobbak. A függőségi szintek növekedésével a biometriai értékek folyamatosan csökkennek, amint azt a 9. és 10. ábra is szemlélteti.



9. ábra: Testtömeg átlagok összehasonlítása a Fagerström szerinti dohányzás dependencia csoportosítás alapján. (N=15 555)



10. ábra: Az újszülöttek egyes biometriai adatai a Fagerström dohányzás dependencia csoportosítás alapján. (N=15 555)

4.3. ÖSSZETETT ANALÍZISEK EREDMÉNYEINEK BEMUTATÁSA

A XVII. táblázatban és a 12. ábrán látható, hogy a várandósság alatti dohányzás kialakulását mely tényezők befolyásolhatják leginkább. Bináris változókat képezve az látható, hogy milyen esélyhányados értékek jellemzik a dohányzás várandósság alatti alakulását.

XVII. táblázat: Várandósság alatti rendszeres dohányzás esélye, szemben a nem dohányzó magatartással dichotóm anyai változók mentén.

A 2x2-es táblák változói ¹		EH	95 % CI	p-érték
rendszeresen dohányzott / nem dohányzott	Mélyszegény/nem mélyszegény (6333/8056)	5,61	5,16-6,09	< 0,001
	Jövedelmével elégedetlen/nem elégedetlen (12484/2200)	3,01	2,63-3,45	< 0,001
	Iskola ≤ 8 általános / > 8 általános (8299/6858)	10,2	9,21-11,36	< 0,001
	Nem komfortos lakás / komfortos (1993/12185)	4,54	4,12-5,01	< 0,001
	Kapcsolat élettársi / házastársi (6510/7853)	3,54	3,27-3,84	< 0,001
	Munkanélküli / aktív dolgozó (3552/6460)	5,77	5,20-6,41	< 0,001
	Származás roma / nem roma (4172/9408)	5,24	4,83-5,70	< 0,001
	Partnere dohányzó / nem dohányzó (7366/7230)	7,31	6,66-8,02	< 0,001
	Várandósság tervezett / nem tervezett (9969/4964)	3,57	3,31-3,86	< 0,001
	Lakóhely vidéken / városban (7604/6661)	1,92	1,77-2,07	< 0,001
	Gondozásba vétel késői ² / korai (3941/11308)	2,85	2,64-3,08	< 0,001
	Multipara /primipara (9385/5843)	2,72	1,91-2,24	< 0,001
	Sporttevékenység ³ várandósság előtt nem volt / rendszeres volt (10546/4112)	3,97	3,57-4,42	< 0,001
	≤ 18,49 BMI / ≥ 18,50 (1899/12483)	2,16	1,95-2,39	< 0,001

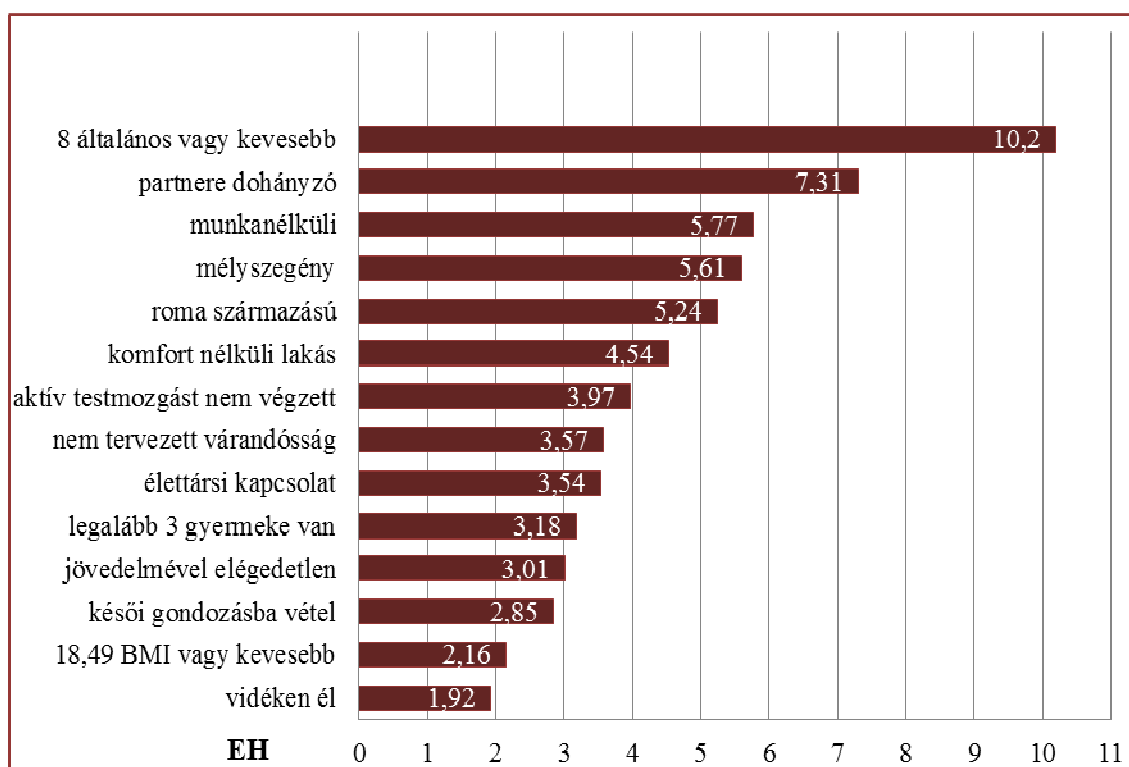
¹ χ^2 -próba, $p < 0,001$

² havi védőnői statisztikai jelentés alapján a betöltött 12. hét után nyilvántartásba vett várandósok száma

³ igazolt sportoló, vagy heti legalább egy vagy több alkalommal végzett rendszeres sporttevékenység az elmúlt 3 évben

Legmagasabb a várandósság alatti dohányzásra az esély, ha az anya alacsony iskolai végzettségű (EH: 10,2) szemben az összes többi végzettséggel. A második legerősebben ható tényező a partner rendszeres dohányzása (EH: 7,31). Erős hatása van a roma nemzetiséghez való tartozásnak (EH: 5,24), valamint a munkanélküliségnek (EH: 5,77), és annak is, ha komfort nélküli lakásban él a család (EH: 4,54), illetve ha a várandósság nem volt előre tervezett (EH: 3,57).

A 11. ábrán az esélyhányados értékek sorba rendezve láthatók a legerősebb hatástól a leggyengébb irányába. Még a leggyengébb esélyhányados értéke is (vidéken élő) majdnem kétszeres esélyt jelent a várandósság alatti dohányzás fennállására.



11. ábra: A várandósság alatti dohányzásra vonatkozó esélyhányadosok értékei sorrendben, egyes dichotóm változók mentén. (N=15 249)

XVIII. táblázat: Esélyhányados értékek a várandósság alatti dohányzásra szemben a dohányzás feladásával, egyes dichotóm anyai változók mentén. (N= 15 249)

A 2x2-es táblák változói ¹		EH	95 % CI	p-érték
rendszeresen dohányzott / dohányzását várandósság alatt szüneteltette	Mélyszegény/nem mélyszegény (3478/2422)	6,01	5,35-6,75	< 0,001
	Jövedelmével elégedetlen/nem elégedetlen (5383/575)	2,42	2,04-2,88	< 0,001
	Iskola ≤ 8 általános / > 8 általános (4408/1681)	10,12	8,88-11,52	< 0,001
	Nem komfortos lakás / komfortos (1218/4531)	7,19	5,86-8,80	< 0,001
	Kapcsolat élettársi / házastársi (3345/2289)	2,76	2,47-3,09	< 0,001
	Munkanélküli / aktív dolgozó (1856/1856)	5,71	4,95-6,59	< 0,001
	Származás roma / nem roma (2337/3060)	7,80	6,79-9,04	< 0,001
	Partnere dohányzó / nem dohányzó (4432/1403)	2,60	2,35-3,01	< 0,001
	Várandósság tervezett / nem tervezett (2728/3249)	3,10	2,77-3,48	< 0,001
	Lakóhely vidéken / városban (3440/2344)	1,90	1,70-2,12	< 0,001
	Gondozásba vétel késői/ korai (2037/4080)	3,39	2,98-3,84	< 0,001
	Multipara/primipara (3965/2144)	2,89	2,59-3,24	< 0,001
	Sporttevékenység várandósság előtt nem volt / rendszeres volt (4775/1132)	3,85	3,36-4,40	< 0,001
≤ 18,49 BMI / ≥ 18,50 (997/4738)	1,94	1,66-2,27	< 0,001	

¹ χ^2 -próba, $p < 0,001$

A várandósság alatti dohányzás feladását befolyásoló legfontosabb prediktorokat és esélyhányados értékeket a XVIII. táblázat foglalja össze. Minden felsorolt változó szignifikánsan befolyásoló tényező, de az iskolai végzettség hatása a legerősebb (EH: 10,12) arra nézve, hogy a feladás sikeres lesz vagy sem. Ezt követik a rossz lakáskörülmények (EH: 7,19) és a roma nemzetiséghez tartozás (EH: 7,8).

XIX. táblázat: Önmagukat romaként azonosító várandósok dohányzási magatartásának összehasonlítása nem roma várandósokkal, esélyhányadosok alapján.

(N= 14 318)

Változók	Roma n=4263 (%)	Nem roma n=10 055 (%)	Összes (%)	EH (95% CI)	p- érték
Rendszeresen dohányzó	49,2	15,6	25,4	5,24 (4,83-5,69)	< 0,001
Szálgyakorosság > 10 szál/nap	34,9	17,1	26,6	2,6 (2,23-3,02)	< 0,001
Dohányzást várandósság alatt feladta	12,2	52,1	34,8	7,84 (6,79-9,04)	< 0,001
Társa dohányzó	66,7	42,2	49,4	2,74 (2,53-2,96)	< 0,001
Környezeti dohányfüst expozíció a családban	69,5	30,8	42,3	5,11 (4,72-5,52)	< 0,001
Soha nem szeretné abba- hagyni a dohányzást	40,4	24,8	32,8	2,05 (1,80-2,34)	< 0,001

1 χ^2 -próba, $p < 0,001$

A XIX. táblázat foglalja össze a roma nemzetiséghez tartozó és nem roma várandósok dohányzással kapcsolatos magatartását. A roma várandósok 49,2%-a dohányzik rendszeresen, míg a nem romák 15,6%-a. A dohányzó roma várandósok 1/3-a több mint 10 szál cigarettát szív el naponta, ez a nem roma populációban 17%-ban fordul elő. A roma várandósok közel 70%-a él expozícióban, míg a nem roma csoport tagjai 30%-ban. A feladás szintén alacsonyabb a roma populációban, mindössze 12% esetén fordul elő, míg nem roma várandósok esetén 52%-ban. A dohányzás feladásra vonatkozó elképzelések szerint a roma nők 40,4%-a soha nem kívánja abbahagyni a dohányzást. Az esélyhányados értékek azt jelzik, hogy a várandósság alatti dohányzás kialakulására, a környezeti dohányfüst expozícióra és a dohányzás szüneteltetésének sikertelenségére nagyon erős hatással van a roma nemzetiséghez való tartozás ténye.

XX. táblázat: Az újszülöttek testtömeg átlag különbségeinek összehasonlítása dichotóm anyai dohányzási csoportok mentén. (N=15 555)

Változók ¹	Átlagos testtömeg különbség (gramm)	Standard hiba	95 % CI	p-érték
Rendszeres dohányos/nem dohányos (3919 / 11233)	342,5	9,79	361,6-323,1	< 0,001
Rendszeres dohányos/feladta a dohányzást (3919 / 2172)	351,9	14,29	380,0-323,9	< 0,001
Erősen függő/nagyon gyengén függő (399/1221)	219,4	32,51	281,2-157,6	< 0,001
Erősen függő/gyengén függő (399/1505)	163,9	30,22	223,1-104,6	< 0,001
Közepesen függő/nagyon gyengén függő (1101/1221)	131,3	22,52	175,5-85,2	< 0,001
Erősen függő/közepesen függő (399/1101)	88,1	32,0	150,9-25,2	0,006

¹ Kétmintás t-próba

A XX. táblázat adatai alapján látható, hogy a várandósság első időszakában a dohányzást feladók újszülöttjeinek átlagos testtömege 352 grammal nagyobb, mint a tovább dohányzóké. Az erősen függő és nagyon gyengén függő, tehát két dohányzó csoport gyermekeinek testtömeg különbsége is 219 gramm. Minden egyes csoportban a testtömeg átlagok eltérnek egymástól a függőségi szintek összehasonlítása során.

A várandósság alatti rendszeres dohányzás kialakulására ható prediktorokat mutatja be a XXI. táblázat. Amennyiben egyszerre érvényesülnek a felsorolt változók, a legerősebb szignifikáns hatást az iskolai végzettség (EH: 8,26), a partner dohányzása (EH: 6,08), a mélyszegénység (EH: 3,45) jelenti, de szignifikáns hatása van a multiparitásnak, a roma nemzetiséghez való tartozásnak, a rossz lakásviszonyoknak, a családi állapotnak, munkanélküliségnek és a várandósság tervezésének hiánya is erős hatást gyakorol.

XXI. táblázat: A várandósság alatti rendszeres dohányzás szocio-ökonómiai és demográfiai prediktorai bináris logisztikus regresszióanalízissel (N=14 382).

Anyai dichotóm változók	EH	EH 95% CI mellett		p-érték
nem roma / roma	1,85	1,49	2,30	< 0,001
aktív dolgozó / munkanélküli	1,63	1,32	2,20	< 0,001
házas / nem házas	1,65	1,37	1,98	< 0,001
várandósságát tervezte/ nem tervezte	1,72	1,48	1,97	< 0,001
partner nem dohányos / dohányos	6,08	5,02	7,38	< 0,001
lakás komfortos/ komfort nélküli	1,74	1,35	2,24	< 0,001
felsőfokú iskolai végzettség /				
• érettségi	1,80	1,48	2,19	< 0,001
• szakmunkás	3,03	2,39	3,83	< 0,001
• ≤ 8 általános	8,26	5,69	12,01	< 0,001
nem szegény/				
• szegény	1,62	1,31	2,01	< 0,001
• mélyszegény	3,45	2,26	5,28	< 0,001
lakás tulajdonnal rendelkezik / nem rendelkezik	1,13	0,93	1,35	0,204
városban él /vidéken él	1,32	0,72	2,41	0,360
BMI ≤ 18,49 / BMI ≥ 18,50	1,12	0,87	1,41	0,370
primipara / legalább 3 gyermeke van	1,61	1,33	1,96	< 0,001

Megjegyzés: a színezett sávok a szignifikáns értékeket jelzik (p<0,05)

A dohányzás feladásban érvényesülő prediktorok hatását a XXII. táblázat mutatja, melyből kiderül, hogy amennyiben egyszerre vesszük figyelembe a felsorolt változókat, a feladásban legnagyobb szerepe az iskolai végzettségnek (EH:5,63), valamint a partner dohányzásának (EH: 2,29) van. Emellett erős hatásként érvényesül a mélyszegénység, a várandósság tervezésének hiánya, a roma nemzetiséghez tartozás, multiparitás, rossz lakáskörülmények és a munkanélküliség. A többszörösen hátrányos helyzetben élő anyák esetén tehát a feladást nehezíti, ha az anya roma, munkanélküli, várandósságát nem tervezte, multipara, mélyszegény, és rossz körülmények között él.

XXII. táblázat: Várandósság alatti dohányzás feladásának esélye, anyai változók egyidejűleg történő figyelembevételével, bináris logisztikus regresszió analízissel. (N=5735)

Anyai dichotóm változók	EH	95% CI		p-érték
Nem roma / roma	1,75	1,22	2,51	0,002
Aktív dolgozó/ munkanélküli	1,50	1,13	1,99	0,004
Várandósságát tervezte/ nem tervezte	1,76	1,35	2,28	< 0,001
Partner nem dohányos / dohányos	2,29	1,75	3,01	< 0,001
Lakás komfortos/ komfort nélküli	1,70	1,06	2,75	0,028
Felsőfokú iskolai végzettség /				
• érettségi	2,37	1,67	3,37	< 0,001
• szakmunkás	3,76	2,59	5,53	< 0,001
• ≤ 8 általános	5,63	2,26	9,73	< 0,001
Nem szegény/				
• szegény	1,53	1,14	2,05	0,004
• mélyszegény	1,87	1,12	3,12	0,016
Lakás tulajdonnal rendelkezik/nem rendelkezik	1,17	0,91	1,51	0,20
BMI ≤ 18,49 /BMI ≥ 18,50	0,97	0,69	1,36	0,870
Primipara / legalább 3 gyermeke van	1,67	1,25	2,25	< 0,001

Megjegyzés: a színezett sávok a szignifikáns értékeket jelzik ($p < 0,05$)

Dohányzó várandós esetén a testtömeg értékekben érvényesülő hatásokat mutatja be a XXIII. táblázat. Ezek közül szignifikánsan legerősebben ható tényező az anyai BMI értéke, azok közül is az alacsony BMI. Ennek esetén az újszülött 185 grammal lesz kisebb testtömegű, amennyiben az összes többi felsorolt hatás is egyszerre érvényesül. Emellett igen jelentős az anyai dohányzás hatása, a roma nemzetiséghez tartozás, a komfort nélküli lakáskörülmények és a partner dohányzása. Amennyiben minden felsorolt változó egyszerre van jelen, az újszülött születéskori átlagos testtömege összesen 660 grammal lehet kevesebb, egy átlagos várandóssághoz képest.

XXIII. táblázat: Dohányzó anyák gyermekeinek testtömeg-átlagai többváltozós lineáris regressziós modellben dichotóm anyai változók bevonásával.

Változók	Átlagos különbségek	Standard hiba	95 % CI	p-érték
Roma/nem roma	130,96	20,82	90,1-171,8	<0,001
Vidék/város	45,53	55,98	64,2-155,3	0,416
Komfort nélkül /komfortos	83,41	26,07	32,3-134,5	<0,001
Nem tervezett/tervezett várandósság	19,65	16,32	12,3-51,7	0,23
Lakástulajdonnal rendelkezik/nem rendelkezik	19,37	14,23	8,52-47,3	0,17
Partner dohányzó/nem dohányzó	35,43	19,93	8,12-62,7	0,01
Várandósság alatt dohányzó/nem dohányzó	178,26	18,58	141,8-214,7	<0,001
BMI \leq 18,49/ BMI \geq 18,50	184,96	20,56	144,6-225,3	<0,001
Aktív munkavégzés/ munkanélküli	32,46	17,61	-2,1-66,9	0,065
Iskolai végzettség \leq 8 általános/ $>$ 8 általános	46,73	17,12	13,2-80,3	0,006
Élettárssal él/házass	17,36	14,45	-10,9-45,7	0,27

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. A DOHÁNYZÁS SZOCIO-DEMOGRÁFIAI ÖSSZEFÜGGÉSEI

Magyarországon 2014-ben a teljes termékenységi arányszám 1,41 volt (162) az általunk vizsgált időszakban (2009-2012) pedig 1,3-1,26 között változott (163). Saját kutatásunkban ez az érték minden vizsgált megyében magasabbnak bizonyult. Dohányzó anya családjában élő gyermekek átlaga: 2,82, nem dohányzó anya esetén 1,98 fő volt. Az anyai dohányzás tehát jellemzőbb az alacsony társadalmi státuszú családokra és a roma nemzetiségűekre, ahol a korai majd a többszörös gyermekvállalásnak és a szülések közötti időszakok rövidülésének tudható be a termékenység magasabb mutatószáma (164). Az optimális családtervezés hiánya miatt ezekben a családokban több gyermek születik. A teljes minta átlagos életkora (28,3 év) mellett abban az esetben, ha az anya a várandósság időszakában rendszeresen dohányzott, az almlinta átlagos életkora alacsonyabb (26,15 év, StD±6,4), mint a nem dohányos várandósoké (28,7 év, StD±5,9). Ennek hátterében, az alacsonyabb iskolai végzettség és a roma nemzetiséghez tartozás igazolható, ugyanis mindkét esetben a gyermekvállalás korábbi életkorra tevődik át (85, 164). A dohányos várandósok csoportjában a fiatalkorú (≤ 18) anyák aránya több mint kétszeres (4,5%) a nem dohányzókhöz viszonyítva (2,6%), ami jelentős problémát jelent élettani és pszicho-szociális szempontból is. Fiatalabb életkor esetén több szülészeti szövődés fordulhat elő, és magasabb a csecsemőhalálozás aránya (120). Azok a nők, akik ilyen korai életkorban vállalnak gyermeket, gyakran kénytelenek feladni a tanulmányait, ami jelentősen csökkenti a munkaerőpiaci esélyeiket, alacsonyabb jövedelmi szinten élnek, és könnyebben elszegényednek (165). Ez állandó stressz-helyzetet jelent, amelyet egyéb tényezők is tovább súlyosbíthatnak. A többi között ilyen a partnerválasztás problémája. Fiatalkorú anyák bizonytalanabbak a döntéseikben, tapasztalatuk kevesebb, fokozottabb a kiszolgáltatottságuk, én-hatékonyosságuk csökken, így összességében az addikciókkal szemben is fogékonyabbakká válnak. Szubjektív beszámolókból jól ismert a nikotin szorongáscsökkentő hatása, ezért a stressz növeli a cigaretta és dohányzás iránti vágyat (166).

A minta egyik demográfiai adata a várandósok családi állapota. A KSH népesség és népmozgalmi adatai szerint Magyarországon egyre csökken a házasságkötések

száma, így a házasságból születettek aránya is (167). Míg 2000-ben a gyermekek 70 %-a házasságból született, addig 2013-ban már csak 49%-a (109). A házasság egyfajta védőfaktort jelent várandós anyák esetén, hiszen a gyermek felneveléséhez megbízhatóbb érzelmi és egzisztenciális háttérrel biztosíthat. Arányait tekintve a teljes mintánkban többen élnek házasságban, mint élettársi kapcsolatban (51,7% /42,9%). Tanulmányok igazolják, hogy olyan országokban (skandináv országok), ahol a várandósgondozás magas színvonalú és mindenki számára hozzáférhető, a perinatalis kimeneteli eredmények negatív irányban változnak, ha az anya élettársi kapcsolatban vagy egyedül él (168). Élettársi kapcsolatokban lényegesen magasabb a várandósság alatti dohányosok száma, tehát a várandósság alatti rendszeres dohányzást a családi állapot egyértelműen befolyásolja. Mintánkban az összes dohányzó 63%-a élt élettársi kapcsolatban. Dohányosok között jóval alacsonyabb a házasságok (29,4%) és magasabb az egyedülálló anyák aránya (5,2%). Ezzel szemben a nem-dohányos csoportban a nők 60%-a házasságban él és az egyedülállók aránya is alacsonyabb (3,2%). Vizsgálatunk szerint, amennyiben az anya nem házas, 3,54-szeres a várandósság alatti dohányzás esélye. A várandósság alatti dohányzás feladására is hatással van az anya családi állapota, ugyanis 2,7-szeres a további folytatás esélye, amennyiben a leendő anya nem házasságban él. A logisztikus regresszió-analízis eredménye alapján biztonsággal állíthatjuk, hogy a házasság védőhatása számos szocio-ökonómiai független változó bevonása mellett sem szűnik meg. Magyarázható ez a hatás a partner várandósság alatti támogató szerepével, az egzisztenciális biztonsággal és a stabil párkapcsolattal. A házasságban élő felek értékrendszere gyakran közelebb áll egymáshoz, igazodik a házastárs értékeihez is (169), ami a védőhatást tovább fokozhatja.

Dohányzó várandósok 64,9%-a él vidéki településeken, községekben, falvakban, 3%-uk alapellátás nélküli területeken, 35%-uk városokban. A dohányzás esélye 1,9-szeres, ha a várandós nem városban, hanem valamilyen vidéki településen él. Nem dohányzók esetén a városokban élők aránya lényegesen magasabb (51%). A vidéken élő dohányos várandósok feladási eredményessége jelentősen elmarad a városban lakókhöz képest. Velük szemben a községekben, falvakban élők 2,7-szeres eséllyel dohányoznak továbbra is a várandósság során. Ennek kapcsán felmerül a környezet támogató szerepének hiánya, az egészségügyi ellátórendszer nehezebb elérhetősége és a szegénység, ugyanis vidéki településeken 6-szoros az esély a szegénység kialakulására. A szegény-

ség Magyarországon jellemzően vidéki jelenség, azaz fokozottabban érinti a községek és falvak lakóit (170). Sok vidéki településen az alapellátás egyetlen szereplője a házi-orvos és/vagy a védőnő. A dohányzás leszokás támogatáshoz nem elegendő csupán azt mondani a páciensnek, hogy ne gyújtson rá. A szakmai konzultációkhoz megfelelő körülmények és időtartam, az egészségügyi dolgozó részéről magas szintű szakmai felkészültség, valamint rendszeres találkozások szükségesek a motiváció és a hatékonyság fokozásához. Az alapellátás dolgozói azonban gyakran túlterheltek. A minimális intervenció elvégzéséhez elegendő volna egy rövidebb, néhány perces tanácsadás, de erre a védőnők, szülésznők, a házi-orvosok nagy része és a szülész-nőgyógyász szakorvosok sem kaptak megfelelő felkészítést, annak ellenére, hogy Magyarországon ők gondozzák a várandós anyákat. A dohányzás leszokás támogatása komplex módszerekkel, elsősorban a fővárosban vagy néhány nagyvárosban érhető el (10). Elképzelhető, hogy a várandósok szégyenkeznek a negatív egészségmagatartásuk miatt, az alapellátási szakemberek pedig esetleg ítélezően viszonyulnak a jelenséghez, ami további gátja lehet a sikeres leszokásnak. Előfordul az is, hogy a szakemberek ugyan javasolják az anyáknak, hogy szokjanak le, de ehhez egyáltalán nem adnak támogatást és segítséget.

A teljes minta 72,1%-a él a szegénységi küszöb alatt. A mélyszegénység aránya 44% volt, a vizsgált időszakban ≤ 30.000 Ft/hó/fő jövedelmet alapul véve. Dohányzó várandósok 73,7%-a él mélyszegénységben, míg a nemdohányzóknak csupán 33,3%-a. Dohányzó várandósok közül csak 7,2% él átlagos vagy átlagon felüli anyagi helyzetben, míg a nem dohányzó családokban ez az arány egyértelműen magasabb (35,3%). A mélyszegénység állapota az összes többi kategóriába tartozó várandóssal szemben 5,61-szeres esélyt jelent a dohányzásra és 6-szoros esélyt arra, hogy a szokást a várandósság ellenére sem sikerül feladni. Szakirodalmi tény, hogy az alacsony jövedelmű csoportokban alacsony a leszokás szintje (171). A szegénység, mélyszegénység hatása a dohányzásra, több demográfiai és gazdasági változó együttes alkalmazása mellett sem változik, és többváltozós regressziós modellünkben is rendkívül jelentős maradt (EH=3,4). Ez a 2012-es lakossági egészségfelmérés adataival is jó egyezést mutat, miszerint az alacsony jövedelmű csoportokban a legmagasabb a dohányzás aránya (23). A dohányzás feladásban ugyancsak szignifikáns ennek a változónak a hatása. A családok jövedelemmel való elégedetlensége 3-szoros eséllyel befolyásolja a dohányzást és 2,42-szeres eséllyel a feladást.

A munkanélküliség, amely családon belüli valódi krízishelyzetnek tekinthető, ugyancsak szorosan kapcsolódik a dohányzáshoz. A családnak elsősorban a gazdasági és fogyasztási funkciójához kapcsolódik a foglalkoztatás, de az érzelmi és nevelő funkciót is meghatározza. A munkahely elvesztése instabil szociális helyzetet idéz elő, izolál és pszichoszomatikus megbetegedéseket is okozhat. A KSH adatai szerint a munkanélküliségi ráta Észak-alföldön és Észak-magyarországon a legnagyobb. Felmérésünk időszakában Észak-magyarországon 16%-os, Észak-alföldön 15%-os volt (71). Kutatásunkban a várandós populációt ennél lényegesen magasabb ráták jellemezték. Teljes mintánkban 23,5%-os munkanélküliségi arányszámot találtunk. A munkanélküliség 5,77-szeres esélyt jelent a dohányzás folytatására várandósság alatt, míg 5,71-szeres esélyt arra, hogy azt nem sikerül a várandósnak feladnia. Bináris logisztikus regresszió analízis modellünkben számos más meghatározó szociális, demográfiai tényező mellett is a munkanélküliség megőrizte a szignifikáns hatását a dohányzásra és a feladás esélyét is jelentősen csökkentette.

A szegénységet (deprivációt) leginkább a gazdasági aktivitás természete (vagy hiánya) és az iskolai végzettség jellemzi (170). Az utóbbi szintje igen jelentős tényezője az újszülöttek és csecsemők jólétének. A csecsemőhalandóságot az anya iskolai végzettsége nagymértékben meghatározza. Amíg 2013-ban az átlagos csecsemőhalálozási arányszám 5,1‰ volt, 8 általános iskolai osztály alatti végzettség esetén ez az arány majdnem háromszorosa az országos átlagnak (13,9‰), befejezett 8 általános osztályos iskolai végzettség esetén viszont 8,8‰ (109). A rendszeresen dohányzó várandósok 70%-a tartozik a legalacsonyabb iskolai végzettségűek csoportjába (≤ 8 általános iskolai osztály), míg a nemdohányzóknak csupán az egynegyede. Dohányzó várandósok között kevés felsőfokú végzettséggel rendelkező anyát találunk (1,8%), míg nemdohányzók között az arány 26%. A dohányzás esélyét és a leszokás sikertelenségét egyaránt 10-szeresére emeli az alacsony iskolai végzettség a várandósok körében. Bináris logisztikus modellekben az összes többi változó jelenléte mellett az iskolai végzettség hatása változatlanul erős marad. Felsőfokú végzettségűekhez képest 8-szor gyakoribb a ≤ 8 általános iskolai osztályt végzett várandósok dohányzása. Lineáris regressziós modellben az újszülöttek testtömegét csökkentő hatások között, az iskolai végzettségnek is szignifikánsan érvényesül a hatása.

Mintánkban az önmagukat romaként azonosítók aránya 34,6% (n=4601). Az

összes dohányzó várandós anya 65%-a roma nemzetiségű, 34%-a nem roma, és a fennmaradó 1% a Magyarországon honos és nem honos egyéb nemzetiségűek csoportjába tartozik. A hazai romák közül az Észak és Kelet-Magyarországon élők vannak a legrosszabb helyzetben. Termékenységi arányszámuk a dunántúli és budapesti romákhoz képest is magasabb, körükben több a fiatalkorú várandós is (164). A roma várandósok 49,6%-a dohányzik rendszeresen, míg a nem roma származású várandósoknak csupán 13,9%-a. Saját kutatásunkban is alátámasztja a roma várandós nők dohányzási arányszáma mások adatait, miszerint a roma lányok majdnem fele (45%) már a 13-16 éves korosztályban is dohányzik (172), valamint a fiatal (18-29 éves) roma nők 51%-a dohányzik (88). A roma származás 5-szörös esélyt jelent a várandósság alatti dohányzásra, és meghatározó a leszokásban is. Roma nők 7,8-szeres eséllyel folytatják ugyanis a dohányzást a várandósság megállapítását követően. Az eredmények megegyeznek a szakirodalomban leírt jellegzetességekkel, miszerint a roma populáció körében az addikciók gyakoribb előfordulása a jellemző (83, 84). Az összes dohányos roma nő közül a várandósság alatt mindössze 12,2% hagyja abba a dohányzást, míg a nem romák között 52,1%. A roma nők családi partnerei 66,7%-ban dohányoznak, ami valószínűleg hozzájárul a környezeti dohányfüst expozíció magas értékéhez, amely a körükben eléri a 70%-ot. Nem roma várandósok esetén a partnerek dohányzási gyakorisága 42,2%, és a környezeti expozíció is alacsonyabb: 30,8%. Bináris logisztikus modellben mind a dohányzás fennállásában, mind a leszokási hajlandósság esetén a roma származás szignifikáns tényezőként jelenik meg. Roma várandós nők körében a dohányzás szinte az életmód és a hétköznapi természetes részének számít. Erről árulkodik a magas gyakoriság és a családtagok okozta expozíció aránya is. A fertilis korban lévő roma nők 40%-a jelenleg úgy érzi, hogy soha nem akarja abbahagyni a dohányzást, míg a nem roma csoportban ez 25%. A napi 10 szál feletti dohányzás aránya a roma származásúak körében 35%, míg a nem roma csoportban 17%. Roma várandós populációban a dohányzás halmozottan károsító következményekkel is járhat. Ennek nem csak a dohányzás az oka, hanem az is, hogy az egyébként is deprivált környezetben a dohánytermékek vásárlása a megfelelő táplálkozásra fordítható összegeket is csökkenti (89), továbbá az egészségügyi ellátást, ezen belül a kórházi kezelést is többen utasítják vissza. Mivel magasabb a szálgyakoriságuk és a környezeti dohányfüst expozíciójuk is, ezért lényegesen fokozottabb rizikóval rendelkeznek.

Az imént számos olyan negatív tényezőt említettem, mely az alacsony szociális státuszt is meghatározhatja. Az ilyen helyzetű anyák esetében a dohányzás, mint addikció, „túlélési” stratégiaként működik, mely az erőforrások hiányát próbálja ellensúlyozni. Az alacsony szociális státuszban élő nők megküzdési stratégiái szűkösek, és számukra a stressz leküzdésének szinte a dohányzás az egyetlen eszköze. A cigaretta állandóan jelen van és állandóságot biztosít a sokféle bizonytalan tényező között. Az előbb felsorolt szociális, gazdasági és kulturális különbségek az én-hatékonyságot is meghatározhatják, amely, ha alacsonyabb, a dohányzó egyént a gyakoribb rágyújtás irányába fogja terelni. Az abszcinenciával kapcsolatos én-hatékonyság csoportosításának tanulmányozása során (166) egyértelmű, hogy sok olyan helyzet adódik a dohányos várandós életében, amely fogva tartja és csökkentőleg hat a dohányzás feladási szándékára. Ilyen lehet a negatív érzelmi állapotok átélése (az irritabilitás, a feszültség egy munkahely elvesztése, vagy a társ munkanélkülisége miatt, a jövedelem alacsony szintje, a párkapcsolati stressz átélése, szomorúság érzése és a be nem teljesült vágyak hatása). A szabadidő eltöltésében problémát okozhat, ha az anya egyedül van (ő maga munkanélküli, vagy a férje egész nap dolgozik, tartósan távol van a családjától, a közeli rokonok távol élnek). Ilyenkor előfordul, hogy az anya inaktív, esetleg unatkozik. Egyes esetekben a családtagokkal való társas érintkezések is a dohányzás irányába hatnak (közös étkezés, kávézás, alkoholfogyasztás, vidám együttlét, öröm megélése). Ha az anya fáradt, álmos vagy éhes, szintén arra törekszik, hogy jobban érezze magát, élénkebb legyen. Végző soron a rágyújtásban az előbb felsorolt tényezők és a sóvárgás határozza meg a cigaretta utáni fokozott vágyat, amely az ismerethiánnyal összeadódva sajnos a saját egészség gondozásának igényét is csökkentheti.

5.2. BELÉPÉS AZ ALAPELLÁTÁSBA

Magyarországon a leendő anyák 81,3%-át veszik nyilvántartásba a 12. hétig (61). A gondozás folyamata úgy kezdődik, hogy a várandós nő felkeresi a területileg illetékes szülész-nőgyógyász szakorvost (vagy magán szülészorvosát) és a várandósságot bizonyító legalapvetőbb vizsgálatokat követően a leendő anyának a védőnőjénél kell jelentkeznie. Az első védőnői találkozás egyszerre jelenti a várandós nyilvántartásba vételét és az egyénre szabott gondozás elindítását, tehát ennek kapcsán nem csak az adminiszt-

ratív feladatok elvégzése történik. A várandós és a védőnő első találkozásának időpontja fontos indikátora a gondozásnak. Lényeges volna, hogy a gyermeket váró nők mielőbb eljussanak a szakemberekhez, mert a 12. hétig számos szűrővizsgálatot kell elvégezni, és az egészségmagatartás egyes tényezői már az első trimeszterben is jelentős változást igényelhetnek. Vizsgált megyéinkben megállapítható, hogy a várandósokat a védőnő átlagban a 11,07-ik gesztációs héten vette gondozásba. Területi bontás alapján Nógrád megyében történik meg legelőször a nyilvántartásba vétel, átlagban a 10,49-ik héten. Ezt követi Heves megye, ahol még betöltött 11-ik hét előtt felkeresik védőnőjüket a várandósok. Legrosszabb a helyzet Szabolcsban, ahol átlagban 11,5-ik héten történik meg az első jelentkezés. Ha ugyanezt a kérdést az egészségmagatartás egyik indikátora, a dohányzási függőség mentén vizsgáljuk, megállapítható, hogy a nem dohányzó várandósok átlagosan 10,7. héten keresik fel a tanácsadásokat. Nem függő, de rendszeresen dohányzó nők és az enyhe függőségben szenvedők csak a betöltött 12-ik hét után (12,2-12,5) jelennek meg először a tanácsadásokon és ez a helyzet tovább romlik a függőségi szintek növekedésével. A közepesen függők a 13,3-ik héten és az erősen függők csoportja egészen későn (14,5. hét) találkozik először az alapellátás szakembereivel. Az adatok alapján feltételezhető, hogy a szülészorvoshoz is később jutnak el a dohányzó várandósok. Tehát körükben mind a szóbeli támogatás lehetősége, mind a szűrővizsgálatok, és az ellenőrzés is később kezdődik. Ennek összességében az lehet az oka, hogy az egészség ápolása, gondozása kevésbé fontos azok számára, akik várandósság alatt is dohányoznak, így saját és megszületendő gyermekük egészségét is kockáztatják.

A tudatos családtervezési ismeretek alkalmazása igen jelentős a fogantatási időszak előtti hónapokban. A pozitív családtervezés, mint rendkívül fontos eszköz, hozzásegíti a leendő szülőket az életmódbeli változtatásokhoz, a betegségek korai felismeréséhez és a szűrővizsgálatok elvégzéséhez (173). Magyarországon a fiatal felnőttek 1/3-a rendszeres dohányos (25), ezért különösen fontos szerepe volna a családtervezés részeként az addikciókkal kapcsolatos tanácsadásnak és a leszokás támogatásának a születendő gyermek és a szülők érdekében. Mintánkban a várandósság 32,5%-ban (n=5124) véletlenszerűen következett be, míg a várandósok 67,5%-a (n=10 662) előre tervezte. Előzetes tervezés nélkül 3,6-szoros volt a várandósság alatti rendszeres dohányzás esélye, a leszokás sikertelenségének esélyhányadosa pedig 3,1-szeres volt. Bináris logisztikus modellben egyszerre több változó jelenléte esetén is megmaradt a tervezés hiányá-

nak negatív hatása. A nem tervezett terhességek mindenképpen veszélyt rejthetnek. A nem várt terhességet az anya örömmel elfogadhatja, de veszélyt is jelenthet rá és magzatára nézve is a korai időszakban elszenvedett, esetleg nem is tudatosult ártalmak miatt. Amennyiben nehéz és stresszel teli az állapot elfogadása, az pszicho-szociális terhelést okozhat, fenntarthatja az anyai addikciókat, és a leszokást mindenképpen megnehezítheti.

5.3. A DOHÁNYZÁSI MAGATARTÁS TÉNYEZŐINEK ELEMZÉSE

Az összes általunk felmért megyében 16 150 fő várandós esetén a rendszeres napi dohányzók száma 3946 volt, arányuk pedig 26,16%. A legmagasabb arányt Nógrádban (28,9%) és Borsodban (28,3%) találtuk, a legalacsonyabbat Szabolcs megyében, ahol a második adatfelvétel alkalmával 22,5% volt a rendszeresen dohányzók aránya. A védőnői éves jelentések alapján az első gondozásba vétel során, a hazai várandósok dohányzási gyakorisága 21,6% (61). A legmagasabb arányszámú terület az észak-magyarországi régió, ahol 2014-ben az első adatfelvételkor a várandósok 42,3%-a volt dohányos. Közülük a várandósság későbbi időszakában valószínűleg sokan abbahagyják a dohányzást, emiatt a második és a harmadik trimeszterben az első trimeszteri arányszámok még jelentősen változhatnak. Az általunk mért eredményeket a várandósság teljes időszakára vonatkoztattuk. A magas értékeket kielégítően magyarázza, hogy kutatásunkat a többszörösen hátrányos helyzetű magyarországi megyékben végeztük. A többi között ez is az egyik oka annak, hogy a „European Perinatal Health Report” 2010-es várandós nőkre vonatkozó arányszámai, azok közül is a II.-III trimeszterben dohányzók adatai (4. táblázat) (67) jóval alacsonyabbak az általunk mérteknél. A GYEMSZI által vezetett országos nyilvántartás is azt bizonyítja, hogy a várandósok dohányzása igen jelentős probléma hazánkban. Az általunk vizsgált megyékben magasabb a munkanélküliségi ráta, a roma nemzetiség népességén belüli aránya, és alacsonyabb az egy főre jutó GDP értéke (68). Az összes dohányzó nő közül, a várandósság kiderülésekor 35,8% hagyja abba a dohányzást, míg 44,4% csökkenti az elszívott cigaretták számát és 19,8% dohányzik tovább változatlanul.

A Fagerström-féle dohányzási függőség mérés alapján elmondható, hogy az összes dohányzó várandós 28,9%-a nem tartozik a szorosán vett függők kategóriájába. Ők való-

színűleg a nap során ritkábban gyújtanak rá, így kevesebb a szálgyakoróságuk, ügyelnek arra, hogy betegen ne dohányozzanak. A leszokás szempontjából őket is és minden további csoportot is lényeges figyelembe venni, különösen arra való tekintettel, hogy felmérésünk alapján csekély volt a dohányzás abbahagyásának szándéka. A gyengén függők csoportjába az összes dohányos 35,6%-a tartozik. Közepes függési szinten helyezkedik el 26%. Erősen függő 8,7% és nagyon erősen függő 0,7%. Jóllehet az összes dohányos várandós támogatást igényel, mégis különböző addikciós szinteken különböző módszerek szükségesek a leszokás támogatáshoz. A nikotin nagyon erős addiktív anyag, így az átlagpopulációban is önmagától 100 emberből csupán 4 fő képes abbahagyni a dohányzást hosszabb ideig vagy véglegesen (166). Várandósság során a korai időszakban kialakuló panaszok, mint a hányinger, hányás, undorodás különböző anyagoktól vagy szagoktól, elősegítik a dohányzás feladását, amelyhez a megfelelő ismeretek további motivációt jelenthetnek a sikerhez vezető úton. A függőségi szinteknek óriási hatása van a szülészeti kimeneteli eredmények alakulására. Ennek az az oka, hogy szintenként arányosan növekszik az elszívott cigaretták száma, a belégzés mélysége, és a füst benntartásának ideje is változhat. Nagyon erősen függők átlagosan napi 26 szál cigarettát szívnak, az erősen függők 18-at, a közepesen függők 12-öt, az enyhén függők 10-et és a függőség nélküli dohányzók átlagban 7 szálát.

5.4. VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS HATÁSA A PERINATALIS KIMENETELRE

Számos szakirodalmi hivatkozásból ismert tény, hogy a dohányos és nem dohányos anyák gyermekei közötti különbség leginkább a magzat/újszülött testtömeg értékében mutatkozik meg, átlagosan 300 gramm csökkenést okozva (111, 112). Magyarországon 2013-ban az élve születettek átlagos testtömeg értéke 3241 gramm volt (109). Saját mintánkban 3210 gramm átlagot mértünk. Szabolcs megyében volt a legalacsonyabb az újszülöttek testtömege (3179 gramm). Eredményeink szerint a dohányzó és nemdohányzó anyák újszülöttjeinek átlagos testtömege 343 gramm különbséget mutatott. A nemdohányzó várandósok újszülöttjeinek testtömege átlagban 3291 gramm volt. Minden egyes függőségi csoportban – a függőség súlyosbodásával – egyértelműen csökken az újszülött testtömege. A nagyon gyengén függő anyák újszülöttjei 3047 grammal, az

gyengén függők gyermekei 2992 grammal, a közepesen függők 2916 grammal, az erősen és nagyon erősen függők újszülöttjei átlagosan 2828 grammal jönnek a világra. Így a nem dohányzó és egy erősen függő anya gyermeke között 467 gramm az átlagos különbség. Ha az anya, aki várandósságát megelőzően rendszeresen dohányzott, de az első trimeszterben a szüneteltetés mellett döntött, 352 grammal növelte újszülöttjének várható tömegét. Többváltozós lineáris regressziós modellünkben azt vizsgáltuk, hogy az anyánál egyszerre több negatívan ható tényező fennállása esetén, milyen mértékű születési testtömeg különbségek jelentkeznek. A magzatok testtömeg értékeire a legnagyobb hatást az alacsony anyai BMI ($\leq 18,49$) gyakorolta, amely közvetlen összefüggésben áll az anyai tápláltság állapotával, közvetetten a depriváció szintjével, az életmód faktorokkal, az addikciókkal, és a megbetegedésekkel. Regressziós modellben az anyai alacsony BMI érték a születési testtömegben 185 gramm, az anyai dohányzás 178 gramm, a roma nemzetiséghez tartozás 131 gramm, a komfort nélküli lakás 83 gramm, az alacsony iskolai végzettség 47 gramm, a dohányzó partner jelenléte 35 gramm veszteséget jelenthet. Következésképpen, egy többszörösen veszélyeztetett várandós anya magzatánál, akár 660 grammal kevesebb testtömeg is előfordulhat. Jóllehet, a testtömeg kérdése egyszerű biometriai adatnak is tűnhet, de a háttérben ennél sokkal összetettebb problémát kell feltételeznünk. A magzat méhen belüli hiányállapotot él át, amely lassítja a fejlődését, számos élettani változás azonban nem azonnal jelentkezik az újszülöttnél. Kétségtelen, hogy a testtömeg mellett a fej-, mellkas körfogat és a testhossz is csökken. Az FGR kialakulása valós gondot jelent, de emellett a valódi koraszülések (≤ 37 hét) arányai is megváltoznak. Nemdohányzó várandósok koraszülési arányszáma a mintánkban 6,6%, amely megfelel az Európai Unió átlagának (116). Magyarországon a 2013-as koraszülési arányszám 9,0% volt (109). Ez az arány magas jövedelmű országokban is világszerte 9% körüli (116, 174). A dohányzás gyakran pszicho-szociális stressz faktorok jelenlétét is feltételezi (114). Mintánkban bemutattuk, hogy a dohányos várandós populáció nagy része deprivált, alacsony szociális szinten él, ami a koraszülések kialakulásának komplex pszicho-szociális okaként is felfogható. A különböző függőségi csoportokban a szüléskor várható gesztációs hetek átlaga a függőség növekedésével folyamatos csökkenést mutat. A dohányzás mennyiségi változásai egyértelműen rontják a koraszülési adatokat. Függőség nélküli várandósok esetén a koraszülések előfordulása 9,2%, enyhén függők esetén 11,3%, közepesen függőknél 13,5%, az erősen/nagyon erő-

sen függő csoportban pedig az arány 17,4%-ra nő, tehát a változás nagyon jelentős. A dohányzási függőség mértéke az alacsony születési testtömeg kialakulására ugyancsak jelentős hatást gyakorol. Az országos arány 2013-ban 8,8% volt (109). Az általunk vizsgált megyék LBW tekintetében az országos átlag felett helyezkednek el. Kutatásunk alapján, amennyiben a várandós nemdohányzó, az összes vizsgált megyében az LBW arány 6,5%. Nagyon gyengén függő dohányos várandósok esetén már jelentős változást tapasztalunk, ugyanis duplájára (13,5%) nő a 2500 gramm alattiak aránya. Gyenge függők esetén ez 14,4%, közepesen függőknél 17,4%, míg az erősen és nagyon erősen függő csoportban 24,4% lesz. A szülészeti anamnézisben a Fagerström függőségi szinteket figyelembe véve azt találjuk, hogy a korábbi halvaszülések aránya a függőség mértékével párhuzamosan növekedett. Míg a nem dohányzó nők korábbi halvaszülési aránya 1,1% volt, ez az enyhe függőknél már kétszeresére fokozódott (2,1%), a közepesen függők esetén pedig megháromszorozódott (3,7%). Tekintettel az országos átlagra, amely 2014-ben 1,7% volt (61), a vizsgált populációnk átlaga jelentősen eltérést mutat. Az anamnézisben szereplő adatok alapján a vizsgált megyékben a halvaszülések aránya 2,46% volt. A fejlődési rendellenességek esetén is hasonló a helyzet. Mintánk nemdohányzó populációjában 3,8% az előfordulásuk, erősen/nagyon erősen függők esetén pedig 7%. Az előbb felsorolt problémák következményeként számolni kell azzal, hogy nehezebb lesz az újszülöttek adaptációja, körükben több megbetegedés léphet fel, és végül hosszabb kórházi ellátásra, ápolásra lesz szükségük. Míg a nemdohányzó anyák újszülöttjei szülést követően átlagosan 5,2 (StD± 6,7) napot töltöttek kórházban, addig a fokozódó függőségi szintekkel párhuzamosan növekszik a kórházi ápolási napok száma. Erősen függő anya újszülöttje már 7,9 (StD±12,9) napot vett igénybe. APGAR értékek tekintetében az 1 perces értékek között észleltünk eltéréseket. Azokban a megyékben, ahol a legmagasabb a dohányzás gyakorisága (Borsod és Nógrád), ott az átlagok alacsonyabbak. Míg Szabolcsban (ahol arányait tekintve kevesebb a dohányzó) 9,6 az átlagpont érték, addig Borsodban 9,27, Nógrádban pedig 8,86.

5.5. HIPOTÉZISEK ÖSSZEVETÉSE AZ EREDMÉNYEKKEL

1. Első feltételezésem szerint a várandósság alatti dohányzás összefügg az anya kedvezőtlenebb szociális helyzetével, amelynek indikátorai közül kiemelt szerepe van az iskolai végzettségnek. Ezért az utóbbi kapcsolata a várandósság alatti dohányzással a szocio-ökonómiai státusz egyéb indikátorainak kontrolálása mellett is kimutatható, tehát a feltételezés bizonyítottnak tekinthető. Rendszeresen dohányzó várandósok körében az alacsony iskolai végzettség (≤ 8 általános iskolai osztály) 70%-ban fordul elő, szemben a nemdohányzó csoport 25%-os értékével. Az alacsony iskolai végzettség, az összes többi magasabb szinttel szemben 10-szeres esélyt jelent a várandósság alatti dohányzásra és várandósság kiderülését követően a dohányzás további folytatására. Bináris logisztikus regressziós modellünk eredményei alapján ennek a tényezőnek a hatása az összes többi szociális és demográfiai tényező mellett is nagyon határozottan érvényesül.
2. A várandósság alatti dohányzásban jelentős szerepe van a család gazdasági helyzetének. Az indikátorok között szignifikánsan meghatározó a jövedelmi szint, mely egyértelműen kiemelkedik a dohányzási magatartást meghatározó tényezők közül. Bizonyítást nyert, hogy hatását további szocio-ökonómiai indikátorok bevonása mellett is megőrzi. A családok jövedelmi szintje, ezen belül elsősorban a mélyszegénység (≤ 30.000 Ft/fő/hó) meghatározó tényezője a dohányzás várandósság alatti folytatásának. A dohányzó várandósok 73,7%-a mélyszegény, míg a nemdohányzóknak csak a 33,3%-a. A mélyszegénység 6-szoros esélyt jelent arra nézve, hogy az anya a várandósság végéig fenntartsa szokását. Bináris logisztikus regressziós modellben a szignifikáns kontrollváltozók (alacsony iskolai végzettség, élettársi kapcsolat, nem tervezett várandósság, roma nemzetiség, munkanélküliség, partner dohányzása, lakás alacsony komfortfokozata, egy vagy több szülés az anamnézisben) mellett is nagyon jelentős (EH: 3,4) a mélyszegénység hatása.
3. Fokozott kockázatot jelent a várandósság alatti dohányzás szempontjából, ha a leendő anya egyedülálló vagy élettársi kapcsolatban él. Bizonyítást nyert, hogy ennek hatása szignifikáns marad egyéb demográfiai és szociális tényezők kontrollja mellett

is. A dohányos anyák 2/3-a élettársi kapcsolatban, 5,2%-a egyedülállóként vállalta leendő gyermekét. Csupán 1/3-uk él házasságban, míg a nemdohányzó csoportban ennek fordítottja érvényesül, továbbá az egyedülállók aránya is alacsonyabb (3,2%). A várandósság alatti dohányzásra hajlamosító tényező az élettársi kapcsolat, ami 3,5-szörös negatív esélyt jelent a házassággal szemben. Az élettársi kapcsolatoknak szignifikáns hatása többváltozós regressziós modellünkben is érvényesül.

4. Beigazolódott, hogy nem tervezett fogantatás esetén a rendszeres dohányzás előfordulása jóval gyakoribb a várandósság alatt. A nem tervezett várandósság aránya 35,2% volt a tervezettekkel szemben. Ilyen körülmények között 3,5-szörös az esélye a dohányzásnak és 3,1-szeres esély van arra, hogy az anya a terhesség egész időtartama alatt sem adja fel a szokását.
5. Tervezett fogantatás után az egyéb szocio-ökonómiai indikátorok együttes hatása mellett is nagyobb az esélye a dohányzás szüneteltetésének a várandósság alatt. Többváltozós modellben is erősen érvényesül a nem várt terhesség hatása, 1,7-es EH-értékkel, tehát bizonyítást nyert a feltevés a tervezett fogantatás védő hatását illetően.
6. Bizonyítást nyert az a hipotézis, miszerint az anyai nikotin-dependencia szintek között súlyosabb függőség esetén növekszik az anamnézisben előforduló halvaszületések száma, valamint a koraszülések és alacsony születési testtömeg aránya, tehát a magasabb függőségi szint előre jelzi a kedvezőtlen szülészeti kimenetelt. Erősen függők esetén a nemdohányzóhoz képest (PTB=6,6% és LBW=6,4%) megháromszorozódik a koraszülések száma és négyszeres lesz az alacsony születési testtömeg előfordulása (PTB=17,4% és LBW=24,4%). Háromszor gyakoribbá válik (3,7%) a halvaszületés is, ha az anya az erősen függő csoportba tartozik. A testtömegben bekövetkező különbség is óriási. A nemdohányzó és dohányzók között a mintánkban 343 gramm, de a nem dohányzók és erősen függők gyermekei közötti különbség 467 gramm. A dohányzás mielőbbi elhagyását erősíti az a tény, hogy amennyiben az első trimeszterben az anya leteszi a cigarettát, gyermekének átlagos testtömege meg egyezik a soha nem dohányzott anyák újszülöttjeinek testtömegével.

7. Az önmagukat romaként azonosító várandósok között a dohányzási magatartás egyes jellemzői lényegesen eltérnek a nem roma populációtól. Várandósság alatt körükben magasabb a rendszeres dohányzás, a környezeti dohányfüst expozíció, a napi szálgyakoriság, a dohányos társ jelenléte és motivációs szint is alacsonyabb a dohányzás feladására. Feltételezésem abszolút bizonyítást nyert. Roma várandósok csaknem fele részben (49,6%-ban) végig dohányoznak a terhessége alatt, szemben a nem roma minta 13,9%-ával. Amikor a fogantatás ténye igazolódik, a romáknak csupán 12%-a hagyja abba a dohányzást, míg a nem romák esetében ez az arány 52%. Roma várandósok 1/3-a (35%) több mint 10 szál cigarettát szív el naponta, szemben a nem romák 1/5 részével (17%). Végül a roma származás 5-szörös esélyt jelent a várandósság alatti dohányzás előfordulására és 7,8-szoros az esélye annak, hogy a leendő anya nem adja fel szokását a terhesség igazolása után. Ráadásul a környezeti dohányfüst expozíció romák esetén 70%-os, míg nem romák esetén csak 30%.
8. Bizonyítást nyert, hogy az anya roma nemzetisége, mint összevont státuszjellemző, a szocio-ökonómiai státusz egyes tényezőinek kontrollja mellett is előre jelzi a várandósság alatti dohányzás nagyobb valószínűségét. Bináris logisztikus regressziós modellben, számos szocio-demográfiai tényező együttes hatása mellett is, roma származás esetén 1,8-szoros az esély a dohányzás folytatására.
9. Bizonyítást nyert, hogy a dohányzó társ/férj jelenléte, a várandósság alatti dohányzási magatartás meghatározó tényezője. A házassági partner (férj vagy élettárs) dohányzása nagyon erős hatást gyakorol és 7,3-szoros negatív esélyt jelent a várandós dohányzására nézve. Bináris logisztikus modellben, több tényező bevonása mellett a hatás kissé csökken, de továbbra is erős marad, vagyis 6-szoros az esély a várandós rendszeres dohányzására nézve, a leszokást hátráltató hatás 2,3-szoros esélye mellett.
10. Nem nyert bizonyítást, miszerint az újszülöttek testtömegét egyéb szocio-ökonómiai faktorok kontrollja mellett is a legjelentősebben a várandósság alatti dohányzás be-

folyásolja. Jóllehet a dohányzás hatása igen jelentős a lineáris regressziós modellben, de mégis az anya alacsony várandósság előtti testtömeg indexe ($BMI \leq 18,49$) a legmeghatározóbb tényezője az újszülött várható testtömegének.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

6.1. A LEGFONTOSABB KÖVETKEZTETÉSEK ÖSSZEFOGLALÁSA

- Az észak-magyarországi és észak-alföldi területeken élő várandósok 26,16%-a napi rendszerességgel dohányzik a gyermekvárás teljes időszakában. Ez az arányszám közelít a teljes hazai női populáció dohányzási arányaihoz, emiatt az itt élő fertilis korú nők fokozottan veszélyeztetettek, várandósgondozásuk során ezt feltétlenül figyelembe kell venni.
- A roma nemzetiségű várandósok fele végig dohányzik a várandósság alatt, és a szüneteltetést is jóval kevesebben választják. Egészségi állapotukat és a magzat fejlődését is tovább ronthatja a környezeti dohányfüst expozíció magas aránya (70%). A várandósgondozás rendszerében ezért kiemelt figyelem és segítségnyújtás szükséges ezen a területen, továbbá a gondozás eredményesebbé tételéhez célszerű volna roma mediátorokat bevonni azokon a területeken, ahol a populáción belül magas a romák aránya.
- A várandósság kiderülésekor a dohányzó nők 35,8%-a dönt a szüneteltetés (leszokás) mellett. A Fagerström-féle besorolás alapján a dohányzó várandósok 1/3-a nem tartozik a dependens kategóriába. A dohányzás feladása ebben a csoportban és az enyhe függők csoportjában kisebb beavatkozást igényel, ugyanis körükben az élettani függés helyett a szokást egyéb pszichológiai komponensek rögzítik. Annak érdekében, hogy a magasabb függőségi csoportba tartozók között is növekedjék a várandósság alatt nem dohányzók aránya, komplex beavatkozások szükségesek.
- Magyarországon nincs olyan adatbázis, mely trimeszterekre lebontott rendszerben mutatná be az várandósság alatti dohányzás arányait. A várandósok adatainak ez irányú pontos nyilvántartása is jelentős népegészségügyi kérdés, mert az adatokból következtetni lehetne a várandósság előtti és alatti egészségmagatartás összefüggéseire és a várható perinatalis következményekre. Az eredmények elemzése rendkívül fontos lenne a célpopuláció számára tervezett intervenciókhoz.
- Nemzetközi/európai összehasonlításokhoz szükséges volna egy közös adatbank létrehozása, azonban az erre irányuló törekvést nem egyformán értelmezik az adat-szolgáltató országok. Ennek egyik jeleként, egyesek az első trimeszteri adatokat je-

lentik, mások csak azt tekintik várandósság alatti dohányzásnak, ha az még az utolsó hetekben is egyértelműen igazolható. Standard módszertan és elvárások nélkül nincs jól használható adatbázis. Magyarország jelenleg sajnos nem szerepel az európai adatbankban.

- Hazai dokumentációs rendszerünk védőnői része (várandós anya törzslapja, várandósgondozási könyv) semmilyen formában nem tartalmaz dohányzásra vagy addikciós anamnézisre vonatkozó kérdéseket. A várandósgondozásban résztvevő szakembereknek pontos jelzésekre volna szüksége azokról a többi szakmai fél által feltárt kockázati tényezőkről, amelyeknek különös súlya van a dohányzás esetében.
- Amennyiben szakmapolitikai szempontból olyan megfontolások jelentkeznének, miszerint általában az addikcióval kapcsolatos kérdéseknek nincs helye a várandós dokumentációban (az esetleges negatív megbélyegzés miatt), feltétlenül szükség lenne a dohányzást a többi addikciótól elkülönítve kezelni a várandósokkal folytatandó dohányzás leszokás támogatási konzultációk érdekében. Egy ilyen adatlapon részletesen szereplnének a dohányzási magatartással kapcsolatos kérdések és beavatkozások. Az anyai dohányzásra vonatkozó összes információ egyaránt szükséges a minimál intervenció nyújtásához és az egyéb összetett szakmai segítségnyújtáshoz is, tehát az anamnézisre szükség van, és azt elérhetővé kell tenni a gondozás valamennyi résztvevőjének számára.
- Magyarországon a várandósoknak létre kellene hozni dohányzás leszokást támogató konzultációs központokat. Mivel ezek működése jellemzően városi környezetben lehetséges, nem oldják meg a vidéki dohányzó várandósok problémáját, akik körében egyébként is bizonyítottan magasabb a dohányzás aránya és kisebb a hajlandósság a leszokásra. Ezért az alapellátásban dolgozók számára (védőnőknek, házi-orvosoknak, körzeti ápolóknak), célzott továbbképzéseket és dohányzás leszokás támogatói munkára felkészítő tréningeket kellene tartani. Ennek mintaprogramjait 2013-ban az Egészséges Magyarorszáért Központ munkatársai kezdték el használni, de további források hiányában, a felkészítés csak egy nagyon szűk kör számára vált elérhetővé.
- Az alapellátásban dolgozó védőnők munkavégzéssel kapcsolatos feladatai egyre szaporodnak. Bekapcsolódnak például a Védőnői Méhnyak Programba, és a különböző pályázatokban való részvétel is elvárás velük szemben. Másfelől a védőnők

száma egyre csökken, a munkatársak egy része idősebb korú, ami miatt rövidesen számolni kell az emberi erőforráshiánnyal is. A várandósok egészségmagatartásának fejlesztése időigényes feladat, amelynek nehéz megfelelni. Minőségi várandósgondozáshoz nem elegendő a szűrővizsgálatok futószalag szerű munkamódszerének alkalmazása. Mivel a dohányzás, és különösen a fertilis korú nők dohányzása nagyon összetett népegészségügyi probléma, a leszokás támogatásnak magas szintű prioritást kellene élveznie, amit feltétlenül figyelembe kell venni a szakmapolitikai tervezésben.

- A vizsgálatainkból kiderült, hogy a magasabb függőségi szintek a koraszülési arányszámokat rendkívül kedvezőtlenül befolyásolják, továbbá az alacsony születési testtömeget, a halvaszüléseket és a fejlődési rendellenességek előfordulását is. Ezért közepesen vagy erősen függő várandósok csoportjában végig kell gondolni a nikotinpótlás minden lehetőségét az esetleges közfinanszírozási támogatásokkal együtt. Ahhoz azonban, hogy a várandósok együttműködők legyenek, kulcskérdés a velük kapcsolatban álló alapellátási szakemberek megfelelő felkészítése.
- Az egyes függőségi szinteken lévő dohányos kismamák perinatalis eredményei óriási különbségeket mutatnak. Törekedni kell a teljes abszcinencia elérésére, de a legcsekélyebb változtatás is (szálgyakoriság és a környezeti expozíció csökkentése) jelentős hatást idézhet elő. Az ezzel kapcsolatos ismeretek átadásához és a motiváció fokozásához a legfőbb cél a szakemberek képességeinek fejlesztése, mert eredményes munka speciális tanácsadás nélkül nem lehetséges.
- Magyarországon a dohányzás gyakorisága, a fiatalok és várandósok magas arányszámai, a dohányzással összefüggő megbetegedések és halálozások előfordulása, mind felhívják a figyelmet a makroszintű változtatások szükségességére. A dohányosok nagyobb része többszörösen hátrányos helyzetben kénytelen élni (munkanélküli, vagy alacsony jövedelmi csoportba tartozik, alacsony iskolai végzettségű, rossz lakáskörülmények jellemzik). A pszicho-szociális stressz leküzdéséhez közép és hosszútávon a foglalkoztatottság növelése, a jövedelmi szintek pozitív változtatása, a magasabb iskolai végzettség elérése, ezáltal a veszélyeztetett populáció értékrendszerének alapvető változása jelentheti majd a stabilabb megoldást.

6.2. A DOHÁNYZÁS CSÖKKENTÉSÉRE TETT JAVASLATOK

6.2.1. Primer prevenció óvodáskorban

A szervezett dohányzás prevenció első színtere az óvodai közösség. Már az óvodáskorú gyermekeket is érhetik olyan dohányzással kapcsolatos hatások, amelyeket maguk is tudatosan felismernek, és ez későbbi egészségmagatartásukat is befolyásolhatja. A kisgyermek számos viselkedésforma elsajátítására képesek, utánzással is tanulnak, emiatt a negatív minták is könnyen bevésoódnak. Igazoltan hatásos módszere a megelőzésnek a Dohányzás Fókuszpont Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja, amely az első és bizonyítottan hatékony kezdeményezés volt Magyarországon. Ezt a programot egyre több helyszínen kellene alkalmazni, főleg a hátrányosabb helyzetű megyék közösségeiben. Az óvodáskorúak játékos formában, korspecifikus eszközökkel tanulnak, és a legfontosabb célkitűzés velük kapcsolatban a dohányzás elutasításáért felelős attitűdváltozás elérése, a tudásbővítés, és annak ismertetése, hogy milyen módon kerülhetik el a környezeti dohányfüstöt (131).

6.2.2. Iskolai dohányzás prevenció

A primer prevenció beavatkozások egyik legfontosabb helyszíne az általános iskola. A tényleges dohányzás prevenció elkezdését azonban megelőzi a *családi életre nevelés* oktatása. Ennek prioritását egyértelműen az indokolja, hogy a gyermekek és a fiatalok szeretetkapcsolatait, önismeretét, ezáltal fizikai és lelki egészségének alakítását is befolyásolja, ilyen módon közvetetten gyakorolhat hatást az első kipróbálásra, vagy annak elkerülésére. Fontossága miatt a családi életre nevelés a köznevelés kötelező feladatai közé tartozik (175). A harmonikus családi minta közvetítése, a család, mint közösség megbecsülése is része az oktatásnak. A tanulók az első 12 évben nem csak a családról és a család működéséről szereznek bővebb ismereteket, hanem az oktatás része a társas kommunikáció, a konfliktuskezelés, az önismeret, az értékrend kialakítása, az érzelmi intelligencia fejlesztése, a nemiség kérdése, amely magában foglalja a szexualitást és párkapcsolatok alakulásának segítését is. A tanulóknak ki kell alakítani a felelős gondolkodás és dönteni tudás képességét, a veszélyhelyzetek felismerését, a segítség igénylését és elfogadását, az önfegyelmet, és az alkalmazkodást. A fiataloknak meg kell is-

mernie a feszültséget okozó lélektani folyamatokat, amelyek magatartásbeli változásokat idézhetnek elő. A családi életre nevelés témaköreit olyan oktatónak, védőnőnek vagy mentálhigiénés szakembernek kell oktatnia, akikkel a gyermekek egyenrangú félként képesek együttműködni. A módszerek alsó tagozatos gyermekek számára rövid előadások, szemléltetés, játékos foglalkozások (mesék, kifestők), vizuális és mozgásos elemek beépítését jelentik. A feladatok elvégzését követően direkt állásfoglalás szükséges az oktató részéről egy-egy döntés mellett, a tapasztalati tanulás megerősítése érdekében.

A fiatalok dohányzás prevenciója azért is kapcsolódik szorosan az iskolához, mert a nap nagy részét minden gyermek ott tölti. A tanulást és a hozzá kapcsolódó változatos programokat (sporttevékenységek, zenetanulás, játék, egyéb szakkörök) a gyermekek kontrollált környezetben teljesítik. Az iskolának nagy szerepe van az egészséges életmód alakításában és arra is képes, hogy megerősítésekkel támogassa a helyes döntéseket. A gyermekek baráti kapcsolatai is többnyire az iskolai környezethez kapcsolódnak. Helyi egészségfejlesztő programok kialakítása során érdemes figyelembe venni a különböző ajánlásokat, és mellettük a területi sajátosságokat is (mélyszegények, szegények, romák népességben belüli aránya, a terület gazdasági helyzete, dohányzási gyakoriságok). Saját kutatásunk eredményei szerint az észak-magyarországi és az észak-alföldi területeken a mélyszegények/szegények aránya 44%/28%. Az anyák 8 osztály vagy az alatti iskolai végzettsége 37%-ban fordul elő és összesen 43% az aktív dolgozók aránya. Ezek az arányok a dohányos csoportban lényegesen kedvezőtlenebbek. Következésképpen az északi, keleti megyékben fokozottabb a veszély a fiatalkori dohányzás kialakulására.

Az iskolai dohányzás prevenció programjának komplex módszerekkel történő kialakítása kiemelt jelentőségű. Az élménykereső magatartásforma kialakulása jellemzően a serdülőkorra tehető, de nem mindegy, hogy mikor kezd el dohányozni egy gyermek, mert ez összefügg a felnőttkori rendszeres fogyasztással (30). Éppen ezért az iskolai prevenciót javasolt az alsó tagozatban elkezdni. Az iskolai dohányzás megelőzés érdekében a következő ajánlások tehetőek:

- A nemdohányzók védelmét szolgáló rendelet kimondja, hogy közoktatási intézményekben tilos a dohányzás, és nyílt légtérű dohányzóhely sem alakítható ki (62). Ez segít abban, hogy a tanulók ne kössék a dohányzást az iskolai környe-

zethez és a pedagógusokhoz, de emellett az iskolák saját dohányzéspolitikát is kialakíthatnak.

- A tanulókat tájékoztatni kell a dohányzás rövid és hosszú távú hatásairól, a dohányzást meghatározó társas hatásokról, és a visszautasítás lehetőségeiről. Minden évben – figyelembe véve az életkori sajátosságokat –, fejleszteni kell az ismeretszintet, attitűdöket, és készségeket.
- Hagyományos oktatás helyett, előtérbe kell helyezni a kiscsoportos interaktív oktatási módszert, a gyermekek beszélgetéssel, kérdésekkel való bevonásával. Az átvitt információk vizuális élményekkel is megerősíthetők, így a témakörök feldolgozásához ajánlott a mulázsok, képek, és színes táblák alkalmazása. A gyermekek érdeklődése az oktatás során beépített mozgásos elemekkel is fenntartható.
- A dohányzás prevenció hatékonysága növelhető kortárs segítő csoportok bevonásával, vagy velük készített filmek közös feldolgozásával. Különböző életkorú gyermekek körében ismeretanyagot és játékokat tartalmazó játékszoftverek alkalmazására is lehetőség nyílik, melyek a tanulók számára átélhetővé teszik az összes elméleti és képi információt az érzékszerveken keresztül (176).
- Az egészségnevelő programban résztvevő személyeket folyamatosan oktatni kell az új ismeretekre és módszerekre. A dohányzás-megelőzési programokba a gyermekek szüleit, esetleg családtagjait is be kell vonni (166).
- A gyermekek számára minél több játékos egészségfejlesztő vetélkedő szervezése ajánlott, mivel ez az együttműködési készséget is fejleszti. Motiválni kell őket az önkifejezés egyéb formáira is, például alkotások készítésére a dohányzással kapcsolatban, amelyeket ki lehet állítani az iskolában, be lehet mutatni a szülőknek.

Összességében nem elegendő az iskolások számára tartott tényszerű ismeretek közlése és a tiltás hangsúlyozása, mert a tanuló esetleg túlzásnak éli meg a dohányzás okozta negatív hatásokat, illetve a tiltás kíváncsivá teheti a határok átlépésére amúgy is hajlamos serdülőket. Az iskolai dolgozók számára szükség esetén javasolt a dohányzás leszokás támogatás igénybevétele, a háttérének és elérhetőségének biztosításával. A dohányzással kapcsolatos prevenciós programok rendszeres értékelése és hatékonyságvizsgálata hosszútávon fejlesztő hatású és a minőségbiztosítást is szolgálja.

6.2.3. Családtervezés

Vizsgálatunkban a nem tervezett, tehát véletlenszerűen bekövetkezett várandósságok aránya 32,5% volt. Ilyen esetekben növekszik a dohányzás folytatásának esélye és a feladási szándék is mérsékeltebb.

Fiatal felnőttkorban a tudatos gyermekvállalás gyakorlatának terjesztése fontos célkitűzés a prevencióval foglalkozó szakemberek körében. Nem elegendő a szülésre és szülői szerepre felkészülni, a fogantatás körülményeit is lehet javítani. A családtervezés eszközei abban segítenek, hogy a leendő anyát és apát ért károsító behatások már a tervezett fogantatás előtti hónapokban a legalacsonyabb szintre korlátozódjanak. A szülők számára ennek egyik lehetősége, hogy részt vesznek a védőnők nővédelmi tanácsadásán. Ennek során a szakember a tudatos gyermekvállalás előnyeit ismerteti, valamint az egészségmagatartás káros tényezőinek feltérképezésével lehetőség nyílik azok megváltoztatására. A nővédelmi tanácsadás elérhetőségéről, lehetőségeiről feltétlenül tájékoztatni kell a kistérségekben élő párokat. Lényegesen komplexebb lehetőség az a tanácsadás, amelynek során a leendő szülők kivizsgálása, szűrővizsgálata, és kockázatbecsléssel egybekötött tanácsadása történik, de ezt sajnos nem a legszegényebb, és leginkább rászoruló réteg veszi igénybe.

A családtervezés több lépésben végzett vizsgálatból és tanácsadásból tevődik össze. Ebben tisztázhatók az örökletes tényezők, a családot tervezők egészségi állapotának jellemzői, a nőgyógyászati problémák felkutatása, a nemzőképesség feltérképezése, a fogászati ellenőrzés igénybevétele, a pszichés tényezők megismerése, a szülők gyermeknevelési elképzeléseinek összevetése, a fertőző betegségekkel kapcsolatos szűrések, az életmód tényezőinek felülvizsgálata, és az addikciók kontrollja (173). A gyermekvállalás előtt álló pároknak javasolt legalább 6 hónappal a tervezett fogantatás előtt abbahagyni a dohányzást, erőteljesen korlátozni az alkoholfogyasztást, továbbá elkerülni az egyéb károsító tényezőket, a drogfogyasztást, és a felesleges gyógyszerbevitelt, a minimális kockázati szint elérése érdekében, mind a férfiak, mind a nők esetében.

6.2.4. Várandósok leszokás támogatása

Várandósság kiderülésekor a dohányzás azonnali abbahagyása javasolt. Saját vizsgálatunk alapján a dohányzó nők, amikor megtudták, hogy gyermeket várnak, különböző módon reagáltak. Csupán 35,6%-uk szüneteltette a dohányzást, 64,4% viszont tovább folytatta. Az összes dohányzó várandósból 68% csökkentette a napi elszívott cigaretták számát. A dohányos várandósok különböző függőségi kategóriákba sorolhatók és ezeknek magasabb szintjei, egyre inkább romló perinatalis eredményekben nyilvánulnak meg. Célszerű, ha a védőnők növelik a dohányzó várandósokkal való találkozások számát. A beszélgetések a tanácsadás keretében történhetnek, amikor a várandós élettani állapotának ellenőrzése is történik. Az alapellátás részéről leginkább elfogadott tanácsadási mód a minimál intervenció nyújtása. Ennek során figyelni kell, az empátikus légkörre, a bizalmon alapuló kapcsolat kialakítására. A legfontosabb elemek a figyelem, az odafordulás, az ítékezés-mentes légkör biztosítása, a metakommunikatív jelek kontroll alatt tartása, és mindezek mellett a várandós felé közvetített üzenetnek nagyon egyértelműnek is kell lennie. Arra kell törekedni, hogy a várandóst bevonjuk a beszélgetésbe, főleg nyitott kérdések segítségével, amelyekre válaszolva feltárul az anya dohányzási magatartása, tudása, attitűdje, véleménye, és a jövőre vonatkozó elképzelései. A várandósoknak a terhesség kiderülésekor közvetlen megerősítést kell adni abban, hogy csak az azonnali feladás képes a rizikót a legkisebbre csökkenteni. Amennyiben úgy tűnik, hogy az anya nem adja fel, illetve nem szünetelteti a dohányzást, legfontosabb célként a napi 5 szál cigaretta alá kell csökkenteni az elszívott mennyiséget. Az E-cigaretta alkalmazásával kapcsolatos meta-analízisek azt mutatják, hogy a nikotint tartalmazó elektronikus cigaretta segíthet a rágyújtás iránti vágy csökkentésében (177), de a biokémiai hatásvizsgálatok hiánya miatt, ezt a módszert mégsem célszerű várandós anyáknak javasolni nikotin pótlás céljából. A nikotinpótlás lehetőségeit, problémáit, és alkalmazható módszereit, érdemes szakrendelésen megbeszélni. Az anyának adott tanácsokban részletesen ki kell térni a magzatot érő negatív hatások megbeszélésére. A várandósság során jelentkező panaszokon és tüneteken szintén sokat javíthat a szüneteltetés, illetve abbahagyás. Ha a várandós nő képes erre, számos pozitív hatást fog észlelni és nőni fog az önbecsülése is.

A minimál intervenció egy rövid ideig tartó célirányos segítségnyújtás (részlete-

sen ld. az 1.8. fejezetben), és a hatékonysága egyértelműen bizonyított (10). Első lépése a dohányzási magatartás teljes feltérképezését jelenti. Második lépésként a dohányzás azonnali feladását kell javasolni az egészségi kockázatok megbeszélésével együtt. Harmadik lépésben a dohányzás feladására vonatkozó hajlandósság megismerése a cél és a várandós ez irányú megerősítése. A negyedik szakaszban már a konkrét feladással kapcsolatos terveket és teendőket kell támogatni. A tanácsadás ötödik lépcsője a nyomon követés és további megerősítések, pozitív visszajelzések adása. Amennyiben a várandós anyja nem képes abbahagyni a dohányzást, illetve ehhez hiányzik a kellő motivációja, az alapellátás részéről alkalmanként motivációs interjúkat kell beiktatni (8).

Konzultációk vezetéséhez és a tanácsadáshoz szükséges volna a várandósgondozás szakemberei számára kialakított, egységes adatlapok bevezetése. A várandós anyák nikotinpótló kezeléséhez szakorvosi, háziorvosi konzultáció szükséges. Amennyiben az anya és partnere le akarnak szokni a dohányzásról, vagy szüneteltetni akarják a várandósság alatt, függőségi szintjüknek megfelelő nikotintartalmú szert lehet részükre ajánlani. Mivel a dohányzás feladására való motiváltság és sikeresség pszichológiai és pszichiátriai tényezőkkel is összefügg (166), tanácsos a várandós anyát depresszió irányában is megvizsgálni (77). Ebben az esetben a gyógyszeres kezelés lehetősége is felmerülhet, vagy a pszichológiai segítségnyújtás eszközeinek alkalmazása.

Várandós anyák esetén a szociális ellátások, juttatások további segítséget jelenthetnek a szegénység terheinek csökkentésében, ezáltal a pszicho-szociális stressz kezelésében. A dohánytermékek ára folyamatosan nő, ami többlet kiadást jelent a családokban. Hatásos motiváció lehet a dohányzás feladáshoz, hogy az anya gyűjtse össze azt a pénzt, amelyen cigarettát vásárolt volna, majd azt a megszülető gyermekére költse. A dohányáru árának növekedése azzal a veszéllyel jár, hogy a családtagok illegális dohánycsempészetből származó termékeket vásárolnak, amely ellenőrizetlen, és általában magasabb arányban tartalmaz nehézfémeket, és különböző adalékokat (3, 178). Ezekre a veszélyekre tehát külön is fel kell hívni a várandósok és családtagjaik figyelmét. A másodlagos dohányzás, azaz környezeti dohányfüst expozíció felmérését is el kell végezni a családtagok körében, és tudatosítani kell annak negatív hatásait. Lehetőség szerint törekedni kell a várandós környezetében dohányzó személyek bevonására, mert az otthoni dohányzás jelentősen csökkenti a várandós leszokási hajlandóságát és növeli az expozíció mértékét (részletesen a 6.2.5. fejezetben). A harmadik trimeszterben is do-

hányzó várandósoknak fel kell hívni a figyelmét arra, hogy a dohányzás még mindig feladható. A magzat fejlődése nagyon intenzív folyamat, amely oxigént és tápanyagokat igényel, így a dohányzás mellőzése vagy csökkentése javíthat az ellátásán. Ha az anya bármelyik trimeszterben feladta a dohányzását, a szakemberek a relapszusok elkerülését az anyával együtt tervezzék meg.

Várandósgondozás során a leendő anyák számos szűrővizsgálaton vesznek részt. A dohányosok gyakran élnek a szegénységi küszöb alatt, ezért kiemelt figyelemmel kell kísérni minden szűrési eredményüket. Gyakran alultápláltak, vérszegények, illetve alacsonyabb egészség-kulturális szintjük miatt szájüregi higiénés problémáik is lehetnek, továbbá körükben a nőgyógyászati fertőzések is magasabb arányban fordulhatnak elő. A pszicho-szociális stressz átélése, a jelenlévő panaszok, tünetek és a dohányzás okozta élettani hatások összeadódva koraszülést, retardációt vagy akár méhen belüli elhalást is okozhatnak (112).

A védőnők által végzett szűrővizsgálatok és azok eredményeinek pontos dokumentálása majd összesítése nagyon fontos jelzés a felelős személyek számára. Minden anyának érdemes felhívni a figyelmét a dohányzásról való leszokást segítő központokra, amelyek zöld számán térítésmentes felvilágosítást kaphatnak. Azok a várandósok, akik sikeresen szüneteltették a dohányzást, a szülés utáni időszak veszélyeire is felkészítést igényelnek. Szülés után ugyanis várhatóan növekszik a stressz-terhelésük, fokozódhat a gyermek iránti aggodalom, a fáradtság és az elszigetelődés mindennapossá válhat, ami mind fokozza a visszaesés veszélyét a szülést követő 3-6 hónapban (6).

6.2.5. Gyermekágyas anyák támogatása, a környezeti dohányfüst expozíció csökkentése

Várandósok között a dohányzók aránya az országos adatok szerint 21% (61). Saját számításaink szerint az észak-magyarországi és észak-alföldi megyék adatai alapján ez 26,2%. A várandósok dohányzása azért speciális esete a másodlagos dohányfüst ártalomnak, mert egyfelől a védekezésre képtelen magzatot érinti, másfelől közvetlenül a családon belül felnövekvő gyermekeket is (14). A várandósság alatt dohányzó anyák többnyire szülés után sem adják fel szokásukat, ami miatt családon belül a károsító hatások tovább érvényesülnek. Ennek következtében a csecsemő és a többi gyermek is állandóan fokozott veszélynek van kitéve (38). Vizsgálatunk alapján a várandósokkal

együtt élő partnerek (férj/élettárs) 50%-a szintén rendszeres dohányos. Így az anyai dohányzást a környezetben élő családtagok által kibocsájtott füst is tovább súlyosbíthatja. A mintában szereplő dohányzó családok 42%-a, valamelyik szülővel él egy háztartásban, ami tovább növelheti a környezeti dohányfüst mennyiségét, ezáltal annak ártalmas hatásait. Roma nemzetiség esetén a családon belül igen magas a környezeti dohányfüst expozíció, aránya eléri a 70%-ot.

A dohányzás prevenció lehetőségeinek hasznosítására, és a dohányzás csökkentésére a *családi szintér* az egyik legmegfelelőbb helyszín, amíg a szülők csecsemőt és kisdedit nevelnek. Gyermekágyas nők és újszülöttek első családlátogatását a 49/2004-es ESZCSM védőnői területi ellátásról szóló rendelet határozza meg (156). Megszületést követően a kórházból hazatért anyát és csecsemőjét lehetőség szerint 48 órán belül kell meglátogatni, majd a gyermekágy első 6 hetében hetente, 1 éves életkor betöltéséig havonta, 3 éves korig pedig negyedévente. Növelhető a látogatások száma, amennyiben a családot gondozó védőnő ezt szükségesnek ítéli meg.

Minden egyes találkozás lehetőséget teremt a negatív egészségmagatartás egyes tényezőinek felülvizsgálatára, tanácsadásra, és pszichés támogatás nyújtására. Ebben a munkában sajnálatos nehézség a védőnők túlterheltsége, a dupla körzetek ellátása, így elképzelhető, hogy csak a csecsemők fejlődését, táplálását, a szoptatást, a mozgás, az értelmi fejlődést képesek nyomon követni. Ennek ellenére az első találkozások a fiziológiai és pszichés állapot kontrollja mellett a környezeti tényezők felmérésére is lehetőséget teremtenek. Módszerként a megfigyelés és tanácsadás ajánlott. A családlátogatás nagy előnye, hogy közvetlenül észlelhető a dohányzás, illetve a dohányzáshoz használt kellékek jelenléte, amelyekből a családtagok dohányzására is lehet következtetni. Az anyai dohányzás ténye a védőnő számára már ismert lehet a várandósgondozás időszakából. Kivételt képez, ha a gyermekágyas újonnan költözött a védőnői körzetbe. A tanácsadásba, kommunikációba a gyermekágyas anya mellett a házastársak/élettársak és az együtt élő családtagok is közvetlenül bevonhatók. Ennek a dohányfüst expozíció csökkentésében igen nagy a jelentősége, hiszen a csecsemő megszületése és folyamatos jelenléte révén a megváltozott családi környezet számukra is új motiváció a leszokásra. A gyermekágyas anyát arra kell készíteni, hogy kérje meg családtagjait, ne dohányozzanak a környezetében. Minden egyes újabb látogatás során újra meg kell kérdezni, hogy sikerült-e valamit tenni a környezeti dohányfüst terhelés csökkentésére a csecsemő

és gyermekágyas környezetében. A családtagok dohányzási szokásainak megváltoztatására tett javaslatok, segítik az anyai absztinencia fenntartását, illetve a leszokási kísérlet megerősítését, például:

- családtag, társ ne gyújtson rá az anya és csecsemő jelenlétében,
- ha úgy érzi, mégis rá kell gyújtania, csak nyílt térben tegye a nem-dohányzó családtagok érdekében,
- közvetlenül a rágyújtás után is kerülje az anyát és a csecsemőt is,
- autóban ne gyújtson rá,
- nagyobb családi ünnepeken külön dohányzóhelyen gyújtsanak rá a családtagok, távolabb az anyától és a csecsemőtől,
- a dohányzáshoz szükséges eszközöket ne hagyják szabadon a lakásban.

A családtagok és az anya tudása ismeretátadással fokozható. El kell mondani a környezeti dohányfüstnek a csecsemőre, illetve a gyermeki szervezetre gyakorolt rövid és hosszútávú hatásait, és a kockázati tényezőket. A beszélgetés során nyílt kérdésekkel kell bevonni a gondozottat a dohányzás témájába, végső soron azzal a céllal, hogy egyrészt felmérjük tudását, másrészt korrigáljuk azt és segítsük abban, hogy részletesen megismerje a károsító hatásokat és annak elkerülési lehetőségeit. Szóbeli tanácsadás mellett érdemes szóróanyagokkal is ellátni a családot, ami további megerősítésekre adhat lehetőséget. A rövid, nyomtatott információk később közösen áttekinthetők, fontosságuk újra meg újra tudatosulhat.

Amennyiben a családtagok és a gyermekágyas anya nem mutatnak hajlandóságot a dohányzás feladására, rendszeresen vissza kell térni a *motivációs interjú kérdéseire*. Ez csupán előkészíti az anyát vagy családtagot a leszokásra, vagy abba az irányba tereli, de nem helyettesíti a leszokás támogatást, viszont hatékonyan kiegészítheti.

A motivációs interjú módszerei:

- az empátia kifejezése,
- ellentmondásosság felismertetése,
- a vita elkerülése,
- az ellenállás feldolgozása,
- az önbizalom támogatása (8).

A gyermekágyas anyával érdemes megbeszélni a következő témákat:

- a leszokás személyes fontosságának kiemelése,

- a gyermek egészségi állapotára nézve a potenciális veszélyek, rövid és hosszú távon,
- várható nyereségek együttesen azonosítva.

A gyermekágyas anyát nagyon fontos *támogatni a szoptatásban*. Minél hosszabb ideig szoptatja gyermekét, annál inkább megerősíthető anyai szerepében, és a szoptatás stressz-csökkentő hatása révén könnyebb fenntartani az abszcinenciát, vagy csökkenteni a szálgyakoriságot (6, 130). A csecsemők és kisdedek védelme a család otthonában a másodlagos és harmadlagos dohányzással szemben a védőnők kiemelt feladata (8).

Dohányzó családokban nem csak a környezeti dohányfüst expozíció jelenléte a probléma, ennél sokkal többről van szó, ugyanis a dohányzás kialakulásában nagy szerepe van a *megfigyeléses tanulásnak és a szülői minta követésének*. Azok a gyermekek, akiket dohányzó családtagok vesznek körül, előbb utóbb megfigyelik a rágyújtás pozitív jutalmazási mechanizmusát, vagyis élő modellen keresztül találkoznak a jelenséggel. Így válik könnyebben dohányossá, majd függővé az a gyermek, aki a családban folyamatosan tapasztalja a stressz-oldásnak ezt a technikáját (166). Észak-magyarországi megyék vizsgálata alapján egy 2012-es tanulmányban 46% volt a közvetlenül a várandósság előtt dohányzók nők aránya (179). A GYTS felméréseiből kiderült, hogy a 13-15 éves korosztályban 51%-ban legalább az egyik szülő dohányzik (1). Kutatásunkban a roma családfők 66,7%-a dohányzik, nem roma családokban pedig az élettársak, férjek 42%-a. Ők tehát a megszülető gyermekek dohányzó szülei, a dohányzó várandósokkal együtt, amennyiben nem változtatnak a szokásukon.

A fiatalok dohányzásának megelőzése rendkívül fontos primer prevenció feladat, amelyben a család általában védőfaktoroként működik. Egyszülős családokban a serdülők kipróbálásának és a rászokásnak jóval nagyobb az aránya, mint a két-szülős családokban (166). Mintánkban az egyedülálló anyák száma 811 fő, arányuk 5,4% volt. Élettársi kapcsolat állt fenn 43%-ban. Az egyedülálló anyák veszélyeztetettek, védő funkciójukat nehezebben képesek betölteni. Élettársi közösségben a kapcsolat felbomlásának nagyobb az esélye a házassághoz képest, így könnyebben alakulhat ki az egyszülős családmodell (169). Ezekben a családokban nemcsak a kipróbálás és a rászokás, hanem a serdülők dohányzásának prevalenciája is bizonyítottan nagyobb (166).

6.3. LEHETŐSÉGEK AZ OKTATÁS FEJLESZTÉSÉRE

Gyermekvállalás előtt álló nők és várandósok dohányzás leszokás támogatásában a fő szerep az alapellátási szinten dolgozó, primer prevenciós feladatokat ellátó védőnőknek jut. Hazánkban az iskolai prevenciós munkát is többnyire ifjúsági védőnők látják el. A felnőtt populáció támogatásában főleg a házi orvosok és a tüdőgondozó intézetek munkatársai vesznek részt. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán az Egészségügyi gondozás és prevenció szakon tanuló védőnők, 8 féléves nappali képzésben sajátítják el a lépcsőzetesen egymásra épülő ismereteket (180). Az alapozó tárgyak több tudományterületet ölelnek fel, amelyekben az anatómiai, élettani, népegészségügyi ismeretek tanulása mellett a társadalomtudományi területek is részletesen megjelennek. Ezekre épülnek a klinikai szakmai tárgyak és az ápolástani ismeretek. A legfőbb szakmai tárgyak a mindennapi munkavégzéshez közvetlenül szükséges tudásanyagot tartalmazzák. Ezek a védőnői szakmai alapismeretek, női egészségvédelem és várandósgondozás módszertana, a gyermekek fejlődése és gondozás módszertana, a preventív családgondozás, a lelki egészségvédelem gyakorlata és a közösségi gondozás módszertana, melynek az óvodáskorúak és iskoláskorúak gondozási módszertana is a részét képezi (180). A hallgatók számos tantárgy keretén belül találkoznak a tanácsadás módszertánával, az anamnézis felvétellel, a gondozott családok felmérésének egyéb lehetőségeivel. Megtanulják megszerezni a problémákat és képesek lesznek egyénre szabott gondozási programot készíteni, majd alkalmazni a családok egészségfejlesztésében. Ezt kiegészíti a közösségek szükségleteinek felmérése, gondozásuk tervezése, a meghirdetett programok alkalmazása, és azok bevezetése a gyakorlatba. A védőnők jelenleg a várandóspopuláció, gyermekágyas anyák, újszülöttek, csecsemők, kisdedek, kisgyermek és iskoláskorúak gondozásában vesznek részt. Munkakörükben azonban változások következnek be, mert a Védőnői Méhnyak Program feladatait is elvégzik, amelynek révén (az alapellátásban) egy szinte ellátatlan populációhoz, nevezetesen a 25-65 éves női korosztályhoz is közelebb kerülnek. Napi kapcsolataik miatt a védőnőknek arra is lehetősége nyílik, hogy a család otthonában, a tanácsadó helységeken, az iskolákban, a kórházakban és a Családvédelmi Szolgálatoknál végezzék a feladataikat. A kapcsolatok a gondozottakkal – a tanácsadások és szűrővizsgálatok elvégzése –, lehetőséget teremtenek az egészségi állapot felmérésére, a közös célok kitűzésére, a tervezésre és az ellenőrzésére.

A védőnői feladatok azért is kiemelt jelentőségűek, mert Magyarország számos településén az egészségügyi ellátórendszert egyedül a védőnő képviseli.

Disszertációm elméleti részében bemutattam, hogy a dohányzás – mint elkerülhető halálok –, milyen arányban érinti hazánkat (163). A védőnők, háziorvosok és körzeti ápolók jelentős szerepet vállalhatnak a jövőben a leszokás támogatásban, a minimális intervenció alkalmazása révén. Ahhoz, hogy a családon belüli leszokás támogatást és az iskolai prevenciót is hatékonyan végezhesék, a tudás további megalapozása és a készségek fejlesztése is szükséges. Bár a dohányzással kapcsolatos ismereteket számos tantárgy tartalmazza, mégis szükséges volt, hogy emelt óraszámban a közösségi gondozás módszertana című tantárgyban is megjelenjenek a védőnőképzés tananyagában. Ez további lehetőségét biztosítja a dohányzás intervenciók tervezéséhez és alkalmazásához. Jelenlegi oktatásunknak az a hiányossága, hogy a dohányzás leszokás támogatás konzultációi során alkalmazott magas szintű tanácsadási módszertani ismeretek elsajátításához több gyakorlati órára volna szükség. Motivációs interjúk készítéséhez, a gyakran pszichológiai problémákkal küzdő emberek kezeléséhez nagy gyakorlati jártasság szükséges. Az egészségügyi szakdolgozók számára előírt kötelező szakmacsoportos elméleti továbbképzéseknek kiemelt témakörei vannak, melybe nehezen illeszthető be a dohányzásintervenciók alkalmazása. Emiatt a szabadon választható elméleti és gyakorlati továbbképzés lehetőségeit lehetne leginkább felhasználni a szükséges tananyagok, ismeretek átadására (181). A nappali képzésben tanulók számára ezért olyan szabadon választható tantárgyakat kell biztosítani, amelyekben kifejezetten fejleszthető a tanácsadások, konzultációk során alkalmazott kommunikáció és motivációs beszélgetés technikája.

A dohányzás prevenció és leszokás támogatáshoz ajánlható tananyagtartalom a graduális és posztgraduális képzések számára a dohányzás történetét, társadalmi, biológiai, pszichológiai hátterét foglalja össze

- a dohányzással kapcsolatos epidemiológiai adatokkal,
- egészségügyi következményekkel,
- a feladás előnyeivel,
- a függőség mérésének lehetőségeivel,
- a dohányzási magatartás jellegzetességeivel a különböző életkori csoportokban,
- a dohányzás megelőzés lehetőségeivel, módszereivel,
- a leszokás támogatás formáival,

- farmakoterápiás lehetőségekkel,
- pszichológiai és pszichoszociális támogatással,
- minimális intervencióval,
- a leszokás során jelentkező megvonási tünetekkel és kezelésük lehetőségeivel,
- a tanácsadások kommunikációjával és a motivációs beszélgetéssel,
- a dohányzással, leszokással kapcsolatos dokumentációk vezetésével, és
- a környezeti dohányfüst expozíció csökkentésének lehetőségeivel együtt.

Az Egészséges Magyarországért Központ rendszeresen részt vesz a dohányzás leszokást támogató szakemberek képzésében, amelyek során mélyebb szakmai ismeretek és a támogatás során nyújtott tanácsadási módszerek sajátíthatók el. Ennek a képzésnek az elvégzése mindenképpen ajánlott az alapellátás és bizonyos szakellátási területeken dolgozó egészségügyi szakemberek számára (182).

7. ÖSSZEFOGLALÁS

7.1. ÖSSZEFOGLALÁS

A várandósság alatti dohányzás, valamint a környezeti dohányfüst expozíció sajátos népegészségügyi problémát jelent, mert a várandósok aktív dohányzása a magzatot is közvetlenül érinti, a környezeti dohányfüst expozíció (passzív dohányzás) pedig a nem dohányzó várandóst és magzatát is károsítja. A károsító komponensek összetett élettani változásokat indítanak el, amelyek negatív perinatalis következményekben végződnek.

Retrospektív kutatásunkban észak és kelet-magyarországi területeken élő várandósok (N=16 336) dohányzási magatartását vizsgáltuk, strukturált interjú módszerével. Kutatásunk célja az volt, hogy pontosabb adatokat nyerjünk a dohányzó várandósok demográfiai és szocio-ökonómiai státuszáról, azokat összevessük a dohányzás-magatartás egyes tényezőivel, megállapítsuk a dohányzó várandósok dependencia szintjét, és a különböző szintekre jellemző legfőbb perinatalis kimeneteli eredményeket.

A vizsgált populáció rendszeres dohányzási gyakoriságát 26,2%-ban állapítottuk meg. Várandósság kiderülésekor a dohányzóknak csak 35,8%-a döntött a szüneteltetés mellett. Az önmagukat romaként azonosítók körében jóval magasabb a várandósság teljes ideje alatt dohányzók és a környezeti dohányfüst expozícióban élők aránya, a nem romákhoz képest (49,6%-70,0% vs. 13,9%-30,8%). Bináris logisztikus modellünk szerint az aktív dohányzást a következő tényezők befolyásolták: vidéki lakóhely (EH=1,9), mélyszegénység (EH=3,45), munkanélküliség (EH=1,63), alacsony iskolai végzettség (EH=8,26), roma nemzetiség (EH=1,85), dohányzó férj vagy élettárs (EH=6,08) és az élettársi kapcsolat (EH=1,65). A perinatalis eredmények között a koraszülés és alacsony születési testtömeg arányai nemdohányzók esetén viszonylag mérsékeltek: 6,6% illetve 6,5%, de jelentősen változnak a dependencia Fagerström szerinti besorolása alapján. Nagyon gyenge függőség esetén 9,2% illetve 13,5%, gyenge függőknél: 11,3% illetve 14,4%, Közepesen függőknél: 13,5% illetve 17,4%, erősen és nagyon erősen függők esetén: 17,4% illetve 24,4%.

Az eredmények a többszörösen hátrányos helyzetű várandóspopuláció fokozott gondozására hívják fel a figyelmet. Körükben különösen fontos a minimál intervenció vagy a komplex módszerek alkalmazása, a fiatalok dohányzás prevenció programjának fejlesztése, elsősorban az alapellátás szakembereinek segítségével.

7.2 SUMMARY

Smoking during pregnancy and ETS (environmental tobacco smoking) and exposure are unique public health concerns, because the expectant's active smoking directly affects the fetus, and tobacco smoke exposure (passive smoking) endangers non-smoking expectants and their fetus, as well. The harmful components lead to complex biological changes, ending in negative perinatal consequences. In our retrospective research, we examined the smoking behavior of expectants (N=16,336) living in Eastern Hungary with the method of structured interview. The aim of our research was to define the socio-economic and demographic status of smoking expectants, to compare them with some factors of smoking behaviour, and to determine the dependency-level of smoking expectants and the main perinatal outcomes characterising each level. Among the examined population, we determined the frequency of smoking in 26.2%. Only 35.8% decided to stop smoking when they learned they were pregnant. Among those who identified themselves as Roma, the proportion of smokers and of those living in the exposure to ETS throughout their pregnancy, as opposed to the non-Roma (49.6%-70.0% vs. 13.9%-30.8%). According to our binary logistic model, active smoking was influenced by the following factors: rural residence (OR=1.9), deep poverty (OR=3.45), unemployment (OR=1.63), low level of education (OR=8.26), Roma nationality (OR=1.85), smoking husband or partner (OR=6.08), and cohabitation (OR=1.65). From the perinatal outcomes, the proportion of premature birth and low birth weight are relatively low among non-smokers: 6.6% and 6.5%, but they significantly change based on the Fagerström categorization of dependency. Without dependency, it is 9.2% and 13.5%, in case of low dependence: 11.3% and 14.4%, in case of low to moderate dependence: 13.5% and 17.4%, in case of moderate and high dependence: 17.4% and 24.4%. The results call our attention the increased care of pregnant population living in multiple disadvantaged position. Among them, the application of the complex method of minimal intervention is extremely important, as well as the development of the smoking prevention program for young people, primarily with the help of the experts in primary care.

8. A FELHASZNÁLT IRODALOM JEGYZÉKE

1. Balku E, Demjén T, Kimmel Zs, Vitrai J. (2013) Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés Egészségügyi Világszervezet Összefoglaló Tanulmány 2013. Dohányzás Fókuszpont Országos Egészségfejlesztési Intézet
2. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. (2015) The Tobacco Atlas 5th Edition. American Cancer Society (14-21. 30-31.o.)
3. Lee JM, Chen SH, Chen HF, Joan Jeng HY. (2008) Price sensitivity and smoking smuggled cigarettes. *Eur J of Public Health*, 19:1 23–27
doi:10.1093/eurpub/ckn11
4. Stephens WE, Calder A, Newton J. (2005) Source and Health Implications of High Toxic Metal Concentrations in Illicit Tobacco Products, *Environ. Sci. Technol*, 39: 479-488.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010) Smoking Cessation During Pregnancy. Committee Opinion No. 471. *Obstet Gynecol*, 116:1241–4
6. Kendzor DE, Businelle MS, Costello TJ, Castro Y, Reitzel LR, Vidrine JI, Li Y, Mullen PD, Velasquez MM, Cinciripini PM, Cofta-Woerpel LM, Wetter DW. (2010) Breast feeding is associated with postpartum smoking abstinence among women who quit smoking due to pregnancy. *Nicotine Tob Res*, 12(10): 983–988. doi:10.1093/ntr/ntq132
7. 26/2014. (IV. 8) EMMI rendelete a várandósgondozásról. In *Magyar Közlöny* 52. 4937-43.
8. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. *Egészségügyi Közlöny*, 64(19): 2617-2631. 2014. december 23.
9. Kovács G. (2013) Dohányzás leszokás támogatás a tüdőgondozókban. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (letöltés: 2015. május 20.)
<http://www.doksi.hu/get.php?lid=20660>
10. Fényes M. (2014) A dohányzásról való leszokás támogatásának lehetőségei. 2014. november 22. (elérés: 2015. január 20.)

http://www.medicalonline.hu/tudogyogyaszat/cikk/a_dohanyzasrol_valo_leszokas_tamogatasanak_lehetosegei

11. Országos Korányi és Pulmonológiai Intézet Szakmai irányelvek. Letöltések (elérés: 2015. január 20.)
<http://www.koranyi.hu/index.php/letoeltetek>
12. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. (2012) Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci*, 1248:107-23. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.
13. 33/1992-es (XII.23) NM rendelet a terhesgondozásról (elérés: 2015. január 20.)
<http://www.medimagister.hu/data/upload/docstore/NM92.33.pdf>
14. Bachok N, Omar S. (2014) The Effect of Second-Hand Smoke Exposure during Pregnancy on the Newborn Weight in Malaysia. *Malays Jour Med Sci*, 21: 2 44-53.
15. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): CPONDER (2001-2011) (elérés: 2015. január 05.)
<http://apps.nccd.cdc.gov/cPONDER/default.aspx?page=DisplayAllStates&state=0&year=13&category=24&variable=260>
16. Nemzeti Erőforrás Miniszter (2011) J/2424 számú jelentés az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2009. és 2010. évi előrehaladásáról (elérés: 2015.január 05.)
<http://www.parlament.hu/irom39/02424/02424.pdf>
17. Bakacs M, Balku E, Bodrogi J, Demjén T, Joó T, Vámos M, Vitrai J, Vokó Z. (2012) A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon. Vitrai J. (szerk) Kiemelt megállapítások OEFI Budapest 2012.
18. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Implementing smoke-free environments World Health Organization 2013. (elérés: 2015. május 23.)
http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_m.pdf?ua=1
19. Gárdos É. (2010) Társadalmi helyzetkép, Egészségi Állapot, Egészségügy KSH (elérés: 2015.január 5.)
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf

20. Attitudes of Europeans Towards Tobacco Report, Special Eurobarometer 385, March 2012 (elérés: 2015. május 23.)
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf
21. Tombor I, Paksi B, Urbán R, Kun B, Arnold P, Rózsa S, Demetrovics Z. (2010) A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján. *Orv Hetil*, 151(9): 129-137.
22. Egészségfelmérés ELEF 2009. (2010) Statisztikai Tükör, 4:50 1-7.
23. Balku E, Demjén T, Vámos M, Vitrai J. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2012.
24. Balku E, Demjén T, Kimmel Zs, Varsányi P, Vitrai J. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2013. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2014.
25. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014. (2015) Statisztikai Tükör, 2015 (29): 1-9.
26. A haláloki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012. Központi Statisztikai Hivatal, 2014.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>
27. EUROSTAT Causes of Date Statistics, Standardised Data Rate (2010) (elérés:2014. december 20.)
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page
28. Paulik E, Rogers T, Easterling D, Nagymajtényi L. (2012) A dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök egyenlőtlenségei Magyarországon. *Egészségtudomány*, 56(3): 8-24.
29. Társadalmi Helyzetkép Központi Statisztikai Hivatal. (2010) (elérés: 2015. május 24.)
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/thk/thk10_egeszseg.pdf
30. Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. In: Német Á., Költő A. (szerk.), Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011.
31. Compilation of terms and definitions WHO (elérés: 2015. május 25.)
<http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/inb3/einb3id1.pdf>
32. Husten CG. (2009) How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? *Nicotine Tob Res*, 11(2): 111–121.

33. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. (2010) Health Effects of Light and Intermittent Smoking, Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine, American Heart Association. *Circulation*, 2010;121:1518-1522
34. Neumann T, Rasmussen M, Heitmann, BL, Tønnesen H. (2013) Gold Standard Program for Heavy Smokers in a Real-Life Setting. *Int J Environ Res Public Health*, 10:(9), 4186-4199;
35. Center for Disease Control and Prevention NHIS Adult Tobacco Use Information (elérés: 2015. május 25.)
http://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm
36. Borbély Zs. (2006) A dohány, mint adóhordozó. In Agrárinnovációtól a társadalmi asszimetriáig III. Dohánygazdaság, Debreceni Egyetem Agrártudományi Központ, Debrecen 2006: 250-258
37. Secondhand smoke (SHS) Facts Centers for Disease Control and Prevention (elérés: 2015. május 26.)
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/#what
38. The health effects of exposure to secondhand smoke ASH research report 2014. (elérés: 2015. május 25.) http://ash.org.uk/files/documents/ASH_597.pdf
39. Recommendation for the Prevention and Management of Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure in Pregnancy 2013 WHO (elérés: 2015. május 21.)
<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>
40. Csákányi Zs, Czinner A, Spangler J, Rogers T, Katona G. (2012) Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media (OM) in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 76(7): 989–993. doi:10.1016/j.ijporl.2012.03.017
41. Luo ZC, Julien P, Wei SQ, Audibert F, Smith GN, Fraser WD, MIROS study group. (2014) Plasma cotinine indicates an increased risk of preeclampsia in previous and passive smokers. *Am J Obstet Gynecol* 210:(3)232 1-5. doi:10.1016/j.ajog.2013.09.041.
42. Human BioMonitoring on a European Scale DEMOCOPHES 2013. (elérés: 2014.09.08)

- <http://www.eu-hbm.info/euresult/media-corner/press-kit>
43. European Commission (29 March 2006) Questions and Answers on the “HELP – For a life without tobacco” Carbon Monoxide Campaign, Brussels MEMO/06/147 (elérés: 2014. szeptember. 8.)
http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-06-147_en.htm
 44. Birger N, Chen C. Third-Hand Smoke, Cancer Prevention and Treatment Fund 2014. (elérés: 2014. szeptember 20.)
<http://www.stopcancerfund.org/pz-diet-habits-behaviors/third-hand-smoke/>
 45. List of Member States by WHO Region and Mortality Stratum (elérés: 2015. május 26.)
http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_member_en.pdf
 46. A Nikotin Élettani Hatásai (2008) Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (elérés: 2015. május 5.)
https://www.antsz.hu/felso_menu/lakossagi_tajekoztatás/kozegeszségügy/archivum/2008/a_nikotin_elettani_hatasai.html
 47. Dohányzás rossz szokás vagy függőség. Országos Egészségfejlesztési Intézet 2007. (elérés: 2015. május 20.)
http://www.leteszemacigit.hu/sites/default/files/jelek_0.pdf
 48. DiFranza JR, Wellman RJ, Savageau JA, Beccia A, Sanouri WW, Ursprung A, McMillen R. (2013) What Aspect of Dependence Does the Fagerström Test for Nicotine Dependence Measure? *Int Sch Res Notices*, 2013: Article ID 906276, 8. doi:10.1155/2013/906276
 49. Urbán R, Kugler G, Szilágyi Zs. (2004) A nikotindependencia mérése és korrelátumai magyar felnőtt mintában. *Addiktológia*, 3(3): 331-356.
 50. Dohányzás súlyossági index (elérés: 2015. január 20.)
http://www.rozettacoop.hu/smoketest_1.html
 51. Rustin TA. (2000) Assessing Nicotine Dependence. *Am Fam Physician*, 1;62(3): 579-584.
 52. Tombor I., Urbán R. (2010) A nikotinfüggés motivációs alapú megközelítésének (WISDM-68) elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(2): 321-341.
 53. Vajer P, Urban R, Tombor I, Stauder A. (2011) Psychometric Properties and Construct Validity of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence

- Motives in an Internet-Based Sample of Treatment-Seeking Hungarian Smokers. *Nicotine Tob Res*, 13: 4, 273–281.
54. Pikó B. (2004) A dohányzás pszichológiai háttértényezői. *Hippocrates*, 6(2), 2004. március-április
 55. A leszokás utáni súlygyarapodás megelőzése. Leteszem a cigit. Országos Egészségfejlesztési Intézet 2007. (elérés: 2015. május 5.)
http://www.leteszemacigit.hu/sites/default/files/sulygyarapodas_ellen.pdf
 56. Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton B. (2010) Overweight, Obesity, Youth, and Health-Risk Behaviors. *Am J Prev Med*, 38(3): 258–267.
 57. Ciapponi A. (2011) Systematic Review of the Link Between Tobacco and Poverty. WHO 2011. (elérés: 2014. október 21.)
https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44453/1/9789241500548_eng.pdf
 58. Bolodár A. Élettani változások a várandós nő szervezetében. In: Rigó J, Jr, Papp Z. (szerk.), A várandós nő gondozása. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2001: 101-106.
 59. Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, Jackson RH, Nandy I, London I. (2001) Smoking Status, Reading Level, and Knowledge of Tobacco Effects among Low-Income Pregnant Women. *Prev Med*, 32(4): 313–320.
 60. Tobacco use in Pregnancy, Centers for Disease Control and Prevention, Reproductive Health 2015. (elérés: 2015.január 20.)
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/tobaccousepregnancy/>
 61. Feldolgozott adatgyűjtések (2014) Védőnői jelentés összesített táblái/százalékos összesített jelentés 2014. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet portál 2015. (elérés: 2015. május 14.)
<http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>
 62. 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye.
 63. Szauer E. (2000) A csecsemőhalandóság és a terhesség gondozás területi alakulása a 90-es években, Dohányzó várandós anyák (524.o) (letöltve: 2015. május 22.)
www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/.../338

64. Moravcsik-Kornyicki Á. (2013) Várandós nők egészségi állapota. Egészségközpont on-line. (Elérés: 2015. jan. 5.)
<http://egeszsegcentrum.intelliopen.hu/babamama/varandossag/402-a-varandos-nok-egeszsegi-allapota>
65. 22/2009. (VII. 17.) EüM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESZCSM rendelet módosításáról. In Magyar Közlöny 99, 24920-24924.
66. Fogarasi-Grenczer A, Balázs P, Rákóczi I. (2011) Az idő előtti születés egyes kockázati tényezőinek bemutatása Vas és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Magyar Nőorvosok Lapja, 74: 5-10.
67. European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. (elérés: 2014. december 20.)
<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
68. Központi Statisztikai Hivatal (2000-2014) Nemzeti számlák, GDP (elérés: 2015. május 12.)
https://www.ksh.hu/nemzeti_szamlak_gdp
69. Magyarország 2013. Szerk: Freid M. Központi Statisztikai Hivatal ID:Y/139. Kiadó: Dr. Vukovich Gabriella, Budapest, 2014. 23-92.
70. Foley KL, Balázs P, Grenszer A, Rákóczi I. (2011) Factors Associated with Quit Attempts and Quitting among Eastern Hungarian Women who Smoked at the Time of Pregnancy. Cent Eur J Public Health, 19 (2): 63–66
71. Központi Statisztikai Hivatal (2014) Munkanélküliségi ráta befejezett legmagasabb iskolai végzettség szerint, nemenként. (elérés: 2015.március 31)
https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf046.html
72. Balku E, Demjén T, Vámos M, Vitrai J. (2012) Felnőtt Dohányzásfelmérés 2012. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2012.
73. Scharle Ágota, A tartós szegénység csökkentésének lehetséges eszközei Magyarországon Felemelkedés Közös Erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány Társadalomkutatási Intézet, Budapest, 2012.

74. Hill ID, Mkpuru UC. (2015) Micronutrients in Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries. *Nutrhu*, 10;7(3):1744-1768.
75. Auerbach MV, Lobel M, Cannella DT. (2014) Psychosocial correlates of health-promoting and health-impairing behaviors in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(3):76-83. doi: 10.3109/0167482X.2014.943179.
76. Jeong HG, Lim JS, Lee MS, Kim SH, Jung IK, Joe SH. (2013) The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(4): 354-8. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.02.009.
77. Blalock JA, Minnix JA, Mathew AR, Wetter DW, McCullough JP, Cinciripini PM. Jr. (2013) Relationship of Childhood Trauma to Depression and Smoking Outcomes in Pregnant Smokers. *J Consult Clin Psychol*, 81(5): 821–830. doi:10.1037/a0033381
78. Yang II, Hall L. (2014) Smoking cessation and relapse challenges reported by postpartum women. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 39(6): 375-80. doi: 10.1097/NMC.0000000000000082.
79. Fogarasi-Grenczer A. Socioeconomic factors of tobacco smoking during pregnancy, In: Balázs P. (szerk.), *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013*. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2013. (137-149).
80. Smoking and intergenerational poverty. *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Fourth Edition (elérés: 2014. szeptember 15.)
<http://www.tobaccoinaustralia.org.au/9-5-smoking-and-intergenerational-poverty>
81. Kakuszi B, Bácskai E, Gerevics J, Czobor P. (2013) A dohányzás és az anyagi helyzet összefüggése serdülőkori terhesség esetén, *Orv Hetil* 154(10): 376-381.
82. Balázs P, Rákóczi I, Greczer A, Foley KL. (2012) Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *Eur J Public Health*, 23(3): 480–485
83. Arató M-né. (2013) A nagyállói romák egészségi állapota. *Nővér*, 26(5): 1–44.
84. Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011–2020) helyzetelemzés. (elérés: 2014. szept. 20.)

http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9323_file16_roma_hu_strategy_anex1_hu.pdf

85. Balázs P, Rákóczi I, Grenszer A, Foley KL. (2014) Birth-weight differences of roma and non-roma neonates – public health implications from a population-based study in hungary. *Cent Eur J Public Health*, 22 (1): 24–28
86. Gerevich J, Bácskai E, Czobor P, Szabó J. (2010) Substance Use in Roma and Non-Roma Adolescents. *J Nerv Ment Dis*, 198 (6), 432-436 doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e07d51
87. Dohányzás, alkoholfogyasztás és droghasználat a roma fiatalok körében. *Semmelweis Figyelő* 2012. (elérés: 2015. április 20.)
http://semmelweisfigyelo.hu/hu/osszes_rovid_hir/hir/2335_dohanyzas_alkoholfogyasztas_es_droghasznalat_a_roma_fiatalok_koreben
88. Ádány R. (2011) Dohányzás, Népegészségügyi Genomika Debreceni Egyetem (elérés: 2015.április 24.)
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_1A_Nepegeszsegugyi_genomika/ch05s02.html
89. Balázs P, Fogarasi-Grenszer A, Rákóczi I, Foley KL. (2014) Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: biomedicinális és a szociális tényezők hatása. *Orv Hetil*, 155(24): 954-961.
90. Kis Csitári I. (2005) Roma terhesek gondozásának speciális szempontjai hazánkban. In: Rigó J, Jr, Papp Z. (szerk.), *A várandós nő gondozása*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest (49-56).
91. Ádám Zs. (2009) Addikciók terhességben: az esetleges teratogén hatás megítélése In: Rigó J, Jr, Oberth J, Sógorka I. (szerk.), *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. Budapest (20-26).
92. Rigó J. Jr. (2009) A drogfogyasztó várandós nő terhesgondozása. In: Rigó J, Jr, Oberth J, Sógorka I. (szerk.), *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. Budapest (20-26).
93. Péntes M, Balázs P. (2010) Budapesti és nagyvárosi serdülők dohányzással kapcsolatos ismeretei. *Egészségtudomány*, 54(4): 31-47.

94. Kiss R G. (2012) Megelőzés keringési betegségekben - orvosi hatékonyság, költséghatékonyság. Megelőzés és/vagy gyógyítás? Az egészség-gazdaságtan szempontjai. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 50(1): 13-19.
95. Counseling Women Who Smoke Getting Started: A Guide for Helping to Eliminate Tobacco Use and Exposure for Women NC Division of Public Health Women's and Children's Health Section 7/31/2014. (elérés: 2015. március 3.) <http://youquittwoquit.com/wp-content/uploads/2014/10/Guide-for-Counseling-Women-Who-Smoke-2014.pdf>
96. Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. (2012) A dohányzás és a környezeti dohányfüst ártalom kapcsolata a koraszülésekkel. Orv Hetil, 153(18): 690-694.
97. Stone WL, Bailey B, Khraisha N. (2014) The pathophysiology of smoking during pregnancy: a systems biology approach. Front Biosci, 1(6): 318-28.
98. Görbe É. A droghasználat lehetséges következményei az újszülött első életnapjaiban – az újszülött elvonási szindróma kezelési lehetőségei. In: Rigó J, Jr, Oberth J, Sógorka I. (szerk.), Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, Budapest, 2009: (27-45).
99. Mizrak S, Turan V, Caglayan O, Ercan G. (2014). The Effect of Long Term Pre/postnatal Low/high Dose Nicotine Exposure on Tissue Oxidant/antioxidant Status and DNA Damage in Rats. Drug Res, PMID:25188608.
100. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. (2015) Smoking during pregnancy affects foetal brain development. Acta Paediatr, 104(1):12-8. doi:10.1111/apa.12791
101. Chhabra D, Sharma S, Kho AT, Gaedigk R, Vyhlidal CA, Leeder JS, Morrow J, Carey VJ, Weiss ST, Tantisira KG, DeMeo DL. (2014) Fetal lung and placental methylation is associated with in utero nicotine exposure. Epigenetics, 9(11): 1473-84. doi: 10.4161/15592294.2014.971593.
102. Milnerowicz-Nabzdyk E, Bizoń A. (2014) Effect of cigarette smoking on vascular flows in pregnancies complicated by intrauterine growth restriction. Reprod Toxicol, 2014(50): 27-35. doi: 10.1016/j.reprotox.
103. Kohlmeier KA. (2014) Nicotine during pregnancy: changes induced in neurotransmission, which could heighten proclivity to addict and induce maladaptive control of attention. J Dev Orig Health Dis, 2014(11): 1-13.

104. Räisänen S, Sankilampi U, Gissler M, Kramer MR, Hakulinen-Viitanen T, Saari J, Heinonen S. (2014) Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland. *J Epidemiol Community Health*, 68(2): 159-64. doi:10.1136/jech-2013-202991.
105. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. (2011) Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls, *Human Reproduction Update* 1-16. doi: 10.1093/humupd/dmr022
106. Iniguez C, Ballester F, Costa O, Murcia M, Souto A, Santa-Marina L, Aurrekoetxea JJ, Espada M, Vrijheid M, Alvarez-Avellón SM, Alvarez-Pedrerol M, Rebagliato M. (2013) Maternal smoking during pregnancy and fetal biometry: the INMA Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol*, 1;178(7): 1067-75. doi: 10.1093/aje/kwt085.
107. Small for gestational age infant/definition (elérés: 2015. március 3.)
<http://www.uptodate.com/contents/small-for-gestational-age-infant>
108. Szülészeti eseményekkel összefüggő halálozás csecsemőhalandóság. *Statisztikai Tükör*, 2007. 1(75): 1-2.
109. Valek A. A 2013. évi adatok demográfiai értékelése Országos Gyermek egészségügyi Intézet 2015.
110. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Harris J, Rubens RC, Menon R, Van Look PFA. (2010) The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1):31-38.
111. Kuja-Halkola R, D'Onofrio BM, Larsson H, Lichtenstein P. (2014) Maternal smoking during pregnancy and adverse outcomes in offspring: genetic and environmental sources of covariance. *Behav Genet*, 44(5): 456-67. doi: 10.1007/s10519-014-9668-4.
112. Andriani H, Kuo HW. (2014) Adverse effects of parental smoking during pregnancy in urban and rural areas. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:414 doi 10.1186/s12884-014-0414-y

113. Overview of preterm labor and birth. UpToDate. (elérés: 2015. április 24.)
http://www.uptodate.com/contents/overview-of-preterm-labor-and-birth?source=search_result&search=ptb&selectedTitle=2~150#H1
114. Preterm birth Fact sheet N°363 Updated November 2014. (elérés: 2015. május 20.) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
115. Birthweight and Gestation, CDC Centers for Disease Control and Prevention 2015. (elérés: 2015. április 4.) <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/birthweight.htm>
116. Too Little Too Late. Why Europe should do more for preterm infants? EU Benchmarking Report 2009/2010. (elérés: 2015. április 20.)
http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/benchmarking_report/EFCNI_report_light_copyright.pdf
117. Harms of Cigaretta smoking and Health Benefits of Quitting National Cancer Institute 2015. (elérés: 2015. május 23.)
<http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
118. England MC, Benjamin A, Abenhaim HA. (2013) Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol*, 30(10): 821-6. doi: 10.1055/s-0032-1333408.
119. Baba S, Wikström AK, Stephansson O, Cnattingius S. (2014) Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality. *Nicotine Tob Res*, 16(1): 78-83. doi: 10.1093/ntr/ntt117.
120. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. (2013) Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ*, 346: f108. doi: 10.1136/bmj.f108
121. Neuman Å, Hohmann C, Orsini N, Pershagen G, Eller E, Kjaer HF, Gehring U, Granell R, Henderson J, Heinrich J, Lau S, Nieuwenhuijsen M, Sunyer J, Tischer C, Torrent M, Wahn U, Wijga AH, Wickman M, Keil T, Bergström A, ENRIECO Consortium. (2012) Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. *Am J Respir Crit Care Med*, 15;186(10): 1037-43. doi: 10.1164/rccm.201203-0501OC.

122. Manoli SE, Smith LA, Vyhlidal CA, An CH, Porrata Y, Cardoso WV, Baron RM, Haley KJ. (2012) Maternal smoking and the retinoid pathway in the developing lung. *Respir Res*, 13(1): 42. doi: 10.1186/1465-9921-13-42
123. Gnigler M, Neubauer V, Griesmaier E, Zotter S, Kager K, Kiechl-Kohlendorfer U. (2015) Very preterm children are at increased risk of reduced processing speed at 5 years of age, predicted by typical complications of prematurity and prenatal smoking. *Acta Paediatr*, 104(3): 124-9. doi:10.1111/apa.12859.
124. Langley K, Heron J, Smith GD, Thapar A. (2012) Maternal and Paternal Smoking During Pregnancy and Risk of ADHD Symptoms in Offspring: Testing for Intrauterine Effects. *Am J Epidemiol*, 176(3): 261–268. doi:10.1093/aje/kwr510
125. Thakur GA, Sengupta SM, Grizenko N, Schmitz N, Pagé V, Joobar R. (2013) Maternal smoking during pregnancy and ADHD: a comprehensive clinical and neurocognitive characterization. *Nicotine Tob Res*, 15(1):149-57. doi:10.1093/ntr/nts102.
126. Nq SP, Silverstone AE, Lai ZW, Zelikoff JT. (2013) Prenatal exposure to cigarette smoke alters later-life antitumor cytotoxic T-lymphocyte (CTL) activity via possible changes in T-regulatory cells. *J Toxicol Environ Health*, 76(19): 1096-110. doi: 10.1080/15287394.2013.839976.
127. Barrington-Trimis JL, Searles Nielsen S, Preston-Martin S, Gauderman WJ, Holly EA, Farin FM, Mueller BA, McKean-Cowdin R. (2013) Parental smoking and risk of childhood brain tumors by functional polymorphisms in polycyclic aromatic hydrocarbon metabolism genes. *PLoS One*, 18;8(11):e 79110. doi:10.1371/journal.pone.0079110.
128. A guide for counseling women who smoke – winter 2008 N.C. Division of Public Health (elérés: 2015. május 15.)
<http://whb.ncpublichealth.com/Manuals/counseling/Secondhand-Smoke.pdf>
129. Horta BL, Victoria CG, (2013) Long-term effects of breastfeeding. A systematic review WHO (elérés: 2015. május 21.)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
130. Breastfeeding and the use of human milk. Section on breastfeeding (2012) American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 129e827: 496-506

131. Dohányzás Fókuszpont Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja. Országos Egészségfejlesztési Intézet (elérés: 2015. május 11.)
http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/ovodai_dohanyzas_megelőzesi_program.html
132. Egészségfejlesztés az iskolákban, tanulmány. (2011) Akkreditált tanárképzési programmal párosuló, komplex egészségfejlesztési tananyagok áttekintése. (elérés: 2015. május 20.)
<http://www.oefi.hu/ipb.pdf>
133. Paksi B, Felvinczi K, Schmidt A. (2004) Prevenációs egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. Kutatási jelentés 2004. (elérés: 2015. május 11.)
www.nefmi.gov.hu/2005/prevenacios-tevekenyseg
134. 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye.
135. Dohányzás visszaszorítása Magyarországon, Dohányzás Fókuszpont/ Nemdohányzók védelme (elérés: 2015. május 21.)
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/nemdohanyzok-vedelme#_ftn2
136. EVSZ Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény (WHO Framework Convention on Tobacco Smoking) Dohányzás Visszaszorítása Magyarországon Dohányzás Fókuszpont (elérés: 2015. május 28.)
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/egeszsegugyi-vilagszervezet>
137. 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye
138. Elrettentés – Új irányelvek a dohányzás visszaszorításáért. Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért. (elérés: 2015. május 21.)
szdv.hu/.../1530-elrettentés-új-irányelvek-a-dohányzás-visszaszorításáért
139. Bodrogi J. (2009) A dohányzás makrogazdasági összefüggései. Egészséggazdaságtan, IME 8(5): 45-48.
140. 2008. évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye.

141. Demjén T. Dohánymarketing – célpontban a nők WHO Dohányzásmentes Világnap 2010. (elérés: 2015. május 21.)
<http://color.oefi.hu/melleklet/wntd/wntd2010.pdf>
142. Question & Answers: New Rules for Tobacco Product, European Commission MEMO February 26. 2014. Brussels (elérés: 2014. május 21.)
http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-134_en.htm
143. Lakossági felmérés a képes egészségvédő feliratok magyarországi bevezetéséről. Kutatási jelentés. FACT Lakossági Társadalomtudományi Kutatások Intézete 2009. május (elérés: 2015. január 20.)
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/kepekkel_kombinalt_figy_lakossagi_felmeres_zarojelentes_2009.pdf
144. Rogers T. (2010) The California Tobacco Control Program. Introduction to the 20-year retrospective. *Tob Control*, 19:11-12 doi:10.1136/tc.2010.036293
145. Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. (2014) A várandósság alatt dohányzó nők szocio-ökonómiai hátternek jelentősége a leszokás támogatásban. *Védőnő*, 24: 28-32.
146. Smoking research influenced policy in Hungary (2013). *Global Health Matters*, March / April 2013:12(2). (elérés: 2015. május 23.)
<http://www.fic.nih.gov/News/GlobalHealthMatters/march-april-2013/Documents/fogarty-nih-global-health-matters-newsletter-march-april-2013.pdf>
147. International Tobacco and Health Research and Capacity Building Program (elérés: 2015. május 23.)
<http://www.fic.nih.gov/Programs/Pages/tobacco.aspx>
148. Balázs P, Foley KL. (2011) „A dohányzással kapcsolatos kiterjesztett kutatások Magyarországon” című program rövid ismertetése. *Egészségtudomány*, 55: 2
149. Fogarasi-Grenczer A, (2012) Beszámoló a 15. „Dohányzás vagy Egészség Világkongresszusról”. *Semmelweis Hírek*, 2012. szeptember 11. (elérés: 2015.május 28.) <http://semmelweis.hu/hirek/tag/fogarasi-grenczer-andrea/>
150. Foley KL, Easterling D, Rogers T, Sutfin E, Wolfson M, Spangler J, Balázs P. Building capacity for tobacco research in Hungary In: Balázs (szerk.), *Increasing*

- capacity for tobacco research in Hungary 2008-2013. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2013: (9-20).
151. Vogazianos P, Fiala J, Vogazianos M. (2005) The influence of active maternal smoking during pregnancy on birth weights in Cyprus. *Cent Eur J Public Health*, 13(2):78-84.
 152. Multiple births Australian Social Trends, 2007 Australian Bureau of Statistics (elérés: 2014. október 15.)
<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/04FEBEF9C81FE6BACA25732C002077A2> 2014.08.21.)
 153. Alukal JP, Lamb DJ. (2008) Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) – What are the risks? *Urol Clin North Am*, 35(2): 277–288.
 154. Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – (2011–2020) helyzetelemzés (2011) Keretmegállapodás Magyarország kormánya és az Országos Roma Önkormányzat között. KIM Társadalmi felzárkózásért Felelős Államtitkárság.
 155. 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról (hatályát veszttette: 2014.július 1.)
 156. 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet a védőnői területi ellátásról. In *Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye*.
 157. 2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetisége jogairól. In *Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye*.
 158. 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról 3 §. 3.bekezdés a) pontja In *Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye*.
 159. Bruder, E. (2014) Kik a szegények Európában? A szegénység mérésének alternatívája. *Regional Statistics - Hungarian Edition, Területi Statisztika*, 54(2): 152-171.
 160. A szegénység és a társadalmi kirekesztődés (2009) Laekeni indikátorok, *KSH Statisztikai Tükör*, 4(91): 1-9.
 161. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. (2012) Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *Obstet Gynecol*, 2012:616759. doi: 10.5402/2012/616759.

162. WHO Global Health Observatory Data Repository Hungary statistics summary (2002-2014). (elérés: 2015. május 24.)
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-HUN>
163. Népeség, népmozgalmi statisztikai adatok, KSH (2014) (elérés: 2015. május 20.)
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/xls/h1_1.xls
164. Janky B. Cigány nők társadalmi helyzete és termékenysége In: Nagy I, Pongrácz T-né, Tóth IGY. (szerk.). Szerepváltozások, jelentés a férfiak és nők helyzetéről Budapest, TÁRKI Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium Budapest, 2006:(136-148).
165. Herczeg J. Fiatal és idősebb korú várandós nők gondozásának szempontjai In: Rigó J, Jr, Papp Z. (szerk.), A várandós nő gondozása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2005: 31-35.
166. Urbán R. A dohányzás egészségpszichológiája. Nyitott Könyvműhely, Budapest, 2007.
167. Népmozgalom, 2013. (2014). KSH Statisztikai Tükör, 2014(28): 1-6
168. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. (2005) Mariage still protect pregnancy. BJOG, 112:10 (1411-1416) DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00667.
169. Pongrácz T, Spéder Zs. (2003) Élettársi kapcsolat és házasság – hasonlóságok, különbségek az ezredfordulón. Szociológiai Szemle, 4: 55-75.
170. Gábos A, Szívós P. (2010) Jövedelmi szegénység és anyagi depriváció Magyarországon. (elérés: 2015. május 5.)
http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-912/publikaciok/tpubl_a_912.pdf
171. Yang II, Hall L. (2014) Smoking cessation and relapse challenges reported by postpartum women. MCN Am J Matern Child Nurs, 39(6):375-80. doi: 10.1097/NMC.0000000000000082.
172. Dohányzás, alkoholfogyasztás és droghasználat a roma fiatalok körében. (2012) Semmelweis Figyelő, (elérés: 2015. április 2.)
http://semmelweisfigyelo.hu/hu/osszes_rovid_hir/hir/2335_dohanyzas_alkoholfogyasztas_es_droghasznalat_a_roma_fiatalok_koreben

173. Felkészülés a szülővé válásra, avagy tudatos családtervezés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2011. (elérés: 2015. május 20.)
<http://www.csaladtervezesi-tanacsadas.hu/csaladtervezes>
174. Preterm Birth (2014) World Health Organization (elérés: 2015. január 25.)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en>
175. 23/2013. (III.29) EMMI rendelet 7.10-es melléklet. Családi életre nevelés keret-terve 1-12. évfolyam számára. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.
176. Dohányzás visszaszorítása Magyarországon. Dohányzás fókuszpont (elérés: 2015. június 18.)
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/cselekvesi-terv>
177. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. (2014) Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. The Cochrane Library, 2014:12
DOI:10.1002/14651858.CD010216.pub2.
178. Dohányzásmentes Világnap 2015. Állítsuk meg a dohánytermékek illegális ke-
reskedelmét! (elérés: 2015.március 24.)
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/aktualitasok>
179. Fogarasi-Grenczer A, Rakoczi I, Balazs P, Foley KL. (2012) Socioeconomic factors and health risks among smoking women prior to pregnancy in Hungary. *New Medicine*, 16(2): 45-51.
180. Egészségtudományi Kar Semmelweis Egyetem, Védőnő szakirány bemutatása (elérés: 2015. május 25.)
http://etk.semmelweis.hu/magyar/oktat/hagy/szakok/e_v.pdf
181. Tájékoztató az egészségügyi szakdolgozók megváltozott továbbképzési rendsze-
réről. (elérés: 2015. június 19.)
<http://www.eti.hu/eti/tovabbkepzesek/4279>
182. Dohányzás Leszokás Támogató Központ. Szakemberképzés. (elérés: 2015. júni-
us 19.)
<http://www.leszokasvonal.hu/index.php?site=198&menuk=0,191>

9. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK ELŐADÁSOK JEGYZÉKE

9.1. DISSZERTÁCIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ KÖZLEMÉNYEK

Könyvfejezet

1. Fogarasi-Grenczer A. Socioeconomic factors of tobacco smoking during pregnancy. In: Balázs P. (szerk.), *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013*. Magyar Tudománytörténeti Intézet Budapest. 2013: 137-149.

Folyóirat közlemények

1. Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, K. L. Foley. (2015) A koraszülés epidemiológiája Észak-kelet Magyarországon. *Gyermekgyógyászat*, 66: (2) 114-119.
2. Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Kristie L. F. (2014) Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: biomedicinális és a szociális tényezők hatása. *Orv Hetil*, 155:24 954-961.
3. Balazs P, Rákóczi I, Grenszer A, Foley KL. (2014) Birth-weight Differences of roma and non-roma neonates – public health implications from a population-based study in Hungary. *Cent Eur J Publ Heal*, 22 (1): 24-28. **IF: 0,79**
4. Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL. (2014) Smoking Cessation During Pregnancy Among Roma and non-Roma Women in Hungary's Underdeveloped Regions, *Psychology Research*, 4:5, (serial Number 35) 1-9.
5. Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. (2014) A várandósság alatti dohányzó nők szocio-ökonómiai háttérének jelentősége a leszokás támogatásban. *Védőnő*, 24(4): 28-32.
6. Balazs P, Rakoczi I, Grenszer A, Foley, KL. (2013) Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *Eur J Public Health*, 23(3):480-5. **IF:2,74**
7. Fogarasi-Grenczer A, Balazs P. (2012) Dohányzás és környezeti dohányfüst ártalom kapcsolata a koraszülésekkel. *Orv Hetil*, 153(18):690-694.

8. Fogarasi-Grenczer A, Balazs P, Rakoczi I. (2011) Az idő előtti születés egyes kockázati tényezőinek bemutatása Vas és Szabolcs-Szatmar-Bereg megyében. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 74(5):5-10.
9. Balazs P, Rakoczi I, Greczer A, Foley KL. (2012) Várandósok egészségi állapota Magyarországon, roma és nem-roma populációban végzett epidemiológiai kutatás alapján. *Népegészségügy*, 90(4):253-263.
10. Fogarasi-Grenczer A, Rakoczi I, Balazs P, Foley KL. (2012) Socioeconomic factors and health risks among smoking women prior to pregnancy in Hungary. *New Medicine*, 16(2):45-51.
11. Balazs P, Foley KL, Greczer A, Rakóczi I. (2011) Roma es nem-roma népesség egyes demográfiai és szocio-ökonómiai jellemzői a 2009. évi szülészeti adatok alapján. *Magyar Epidemiologia*, 8(2):67-75.
12. Balazs P, Foley KL, Rakoczi I, Greczer A. (2010) Koraszülő roma es nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmar-Bereg megyei adatok alapján. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 12(4):138-145.
13. Foley KL, Balazs P, Greczer A, Rakoczi I. (2011) Factors Associated with Quit Attempts and Quitting among Eastern Hungarian Women who Smoked at the Time of Pregnancy. *Cent Eur J Public Health*, 19(2):63–66. **IF:0,79**

9.2. DISSZERTÁCIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ ELŐADÁSOK/POSZTEREK JEGYZÉKE

Szakfolyóiratban megjelent vagy elektronikusan hivatkozható összefoglalók alapján

1. A. Fogarasi-Grenczer, R. Urban, I. Rakoczi, E. Paulik, K. L. Foley, P. Balazs.: Smoking behavior and birth outcomes in underage and adult pregnancies: impact of the mothers' age, SRNT Europe 15th Annual Meeting, 18th-20th September, 2014, Santiago de Compostela, Spain. Poster session 2 Saturday No. 235.
<http://2014srnt.segas.es/Documents.aspx>
2. Tarcea M, Abram Z, Greczer A, Penzes M, Balazs P, Foley K. Active Smoking - a risk behavior for pregnant women from Mures county, Romania, SRNT Europe 15th Annual Meeting, 18th-20th September, 2014, Santiago de Compostela, Spain, Poster session 2 Saturday No. 234.
<http://2014srnt.segas.es/Documents.aspx>
3. Foley K.L., Fogarasi-Grenczer A., Rakoczi I., Balazs P.: Breastfeeding Duration among Roma and non-Roma Mothers Living in Underdeveloped Regions of Hungary. 142nd American Public Health Association Annual Meeting. New Orleans, LA, USA, November 18, 2014. Abstract #305433.
4. Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL, Balázs P. (2013) Tobacco smoking during the pregnancy and factors supporting cessation. *Journal of Smoking Cessation 8(S1)* <http://sydney.edu.au/bmri/docs/ascc-journal-supplement-2013.pdf>
5. Balázs P, Greczer A, Rákóczi I, Foley KL. (2013) Ethnic Differences of Tobacco Smoking During Pregnancy and birth weight: Tailoring Cessation Programs. National Smoking Cessation Conference, Australia, Sydney, November 4-13 2013, The University of Sydney *Journal of Smoking Cessation 8(S1)* <http://sydney.edu.au/bmri/docs/ascc-journal-supplement-2013.pdf>
6. Fogarasi-Grenczer A., Rákóczi i., Foley K. L., Balázs P.: Tobacco smoking and poverty in the fertile female population. 10th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APCTH): Ending the Tobacco Epidemic - Protecting

- and Keeping Healthy Lives, August 18–21, 2013, Makuhari Messe, Chiba, Japan. P-PL4-04. p. 127, ISSN 1883-2970
http://www.apact.jp/pdf/program_Poster7.pdf
7. Rákóczi I., Fogarasi-Grenczer A., Takács P., Foley K.L. Foley, Balázs P.: Smoking habits among pregnant women in Hungary. The 10th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APCTH): Ending the Tobacco Epidemic - Protecting and Keeping Healthy Lives, August 18–21, 2013, Makuhari Messe, Chiba, Japan. P-S7-01. p. 148, ISSN 1883-2970
http://www.apact.jp/pdf/program_Poster7.pdf
 8. Andrea Fogarasi-Grenczer, Ildikó Rákóczi, Kristie L. Foley, Péter Balázs: Unexpected pregnancy in underage and young adult population: the role of prevention programs, EUSUHM 27-29 June 2013, London, UK
http://www.eusuhm.org/https://profileproductions.eventtrac.co.uk/system/attachments/776/original/EUSUHM_Programme_Final_Web.pdf
 9. Rákóczi I, Grenszer A, Takács P, K. L. Foley, Balázs P Health risks of underage pregnancies EUSUHM 17th European Union for School and University Health and Medicine 27-29 June 2013 London, UK
http://www.eusuhm.org/https://profileproductions.eventtrac.co.uk/system/attachments/776/original/EUSUHM_Programme_Final_Web.pdf
 10. Rákóczi I., Fogarasi-Grenczer A., Takács P., Foley K.L. Foley, Balázs P.: Várandós fiatalok veszélyeztetett terhessége, Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VII. Konferenciája, Kaposvár, 2013. szept. 4.-szept.6. Népegészségügy 2013,91(3)173
 11. A. Fogarasi-Grenczer, I. Rákóczi, K. L. Foley, P. Balázs: The impact of tobacco smoking on preterm birth and low birth weight: key elements in strategy of intervention, Society for Prevention Research 21st Annual Meeting (May 28-31, 2013) in San Francisco, CA, USA
<http://spr.confex.com/spr/SPR2013/webprogram/Session6240.html>
<http://spr.confex.com/spr/SPR2013/webprogram/Paper20987.html>
 12. Balazs P., Fogarasi-Grenczer A., Rakoczi I., Foley K. L.: Tobacco use during pregnancy: disentangling ethnicity, deep poverty and other socio-cultural factors. Society of Prevention Research 21th Annual Meeting. San

- Francisco CA/USA May 28-31, 2013. Poster sessions II: Innovative methods and statistics (3-056)-421 page 94.
13. Fogarasi-Grenczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L., Balazs, P.: Levels of nicotine addiction of tobacco smoking pregnant women related to the obstetrical outcomes, Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), 19th Annual (International) Meeting, Boston, Mass., USA, March 13-16, 2013. POS1-56, 74 p.
http://www.srnt.org/conferences/SRNT_2013_Abstracts_I-Modified.pdf
http://www.srnt.org/conferences/SRNT_2013%20Final_Program_G.pdf
 14. Balazs, P., Greczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L.: Smoking cessation among pregnant Hungarian women living in underdeveloped regions. Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), 19th Annual (International) Meeting, Boston, Mass., USA, March 13-16, 2013. *Abstracts* POS1-55, 74 p.
 15. Rákóczi I., Fogarasi-Grenczer A., Balazs P., Foley, L. K.: Tobacco smoking and secondhand smoke exposition of pregnant women in Hungary. Society for Research on Nicotine and Tobacco, International Meeting, Boston, Massachusetts, USA, March 13-16, 2013. Abstracts POS1-55, 64 p
 16. Fogarasi-Grenczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L., Balazs, P.: Várandósok egészségi állapotát befolyásoló tényezők Magyarország többszörösen hátrányos helyzetű megyéiben, Nők Egészsége, Családok Egészsége, Védőnők és orvosok az egészségesebb európai polgárokért 2013. március 22-23. Szeged. [www.szote.u-szeged.hu/AOK/files/Nok_egeszsege_konferencia\(1\).doc](http://www.szote.u-szeged.hu/AOK/files/Nok_egeszsege_konferencia(1).doc)
 17. Peter Balazs, Andrea Greczer-Fogarasi, Ildiko Rakoczi and Kristie Long Foley: Post-partum smoking among Hungarian women who smoked prior to pregnancy, 140th APHA Annual Meeting (October 27 - October 31, 2012) in San Francisco, CA, USA
<https://apha.confex.com/apha/140am/webprogram/Paper255385.html>
 18. Ildiko Rakoczi, Andrea Greczer-Fogarasi, Peter Balazs and Kristie Long Foley, PhD: Tobacco use among pregnant women in Hungary: The unique role of an unplanned pregnancy, 140th APHA Annual Meeting (October 27 - October 31, 2012) in San Francisco, CA, USA

<https://apha.confex.com/apha/140am/webprogram/Paper259712.html>

19. Rakoczi, I., Balazs, P., Greczer, A., Foley, K. L.: Dohányzás várandósok között Magyarországon: házastársi/élettársi kapcsolatok hatása a fogamzás utáni dohányzásra. Népegészségügyi Tudományos Társaság XX. Nemzetközi Kongresszusa Esztergom, 2012. október 3. Egészségtudomány 2012;LVI(4)60.http://www.novedelem.hu/upload/novedelem/document/MC_SNTT_Kongresszus_program_20120322_23.pdf?web_id
20. Ildikó Rakoczi, Andrea Fogarasi-Greczer, Péter Balazs, Kristie L. Foley: Tobacco use among pregnant women in Hungary: Individual and partner correlates of smoking after conception XIV. Annual Meeting the SRNT 30. august - 2.september, 2012 Helsinki, Finland
<http://www.srnteurope.org/assets/Abstract-Book-Final.pdf>
21. Fogarasi-Greczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L., Balazs, P.: The Impact of Social Factors on Tobacco Smoking During Pregnancy. 20th Annual Meeting of the Society for Prevention Research, NIDA International Program, Washington D.C. US, May 29. – June 1, 2012. *Abstracts Europe-20*. http://www.preventionresearch.org/SPR2012programbook_v2.pdf
22. Fogarasi-Greczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L., Balazs, P.: Tobacco Smoking as the Most Frequent Risk Factor of Health of Expectant Mothers and Their Newborns in Hungary. APPENDIX 24. 15th World Conference on Tobacco or Health, (WCTOH), Singapore March 20-24, 2012, *Abstracts D3-P35*
23. I. Rakoczi, A. Fogarasi-Greczer, K. L. Foley, P. Balazs: „Environmental Tobacco Smoke Exposition among Expectant Mothers in Hungary. 15th World Conference on Tobacco or Health (WCTOH), Singapore 20-24 March 2012, Abstracts POS D3-P73, 71. p.
24. Fogarasi-Greczer, A., Rakoczi, I., Foley, K. L., Balazs, P.: The Correlation Between Smoking During Pregnancy and Some Lifestyle Factors among Hungarian Expectant Mothers. 2nd International Conference and Members' Meeting, Lisbon, Portugal, 8-9 December, 2011.

http://www.euspr.org/images/pdfs/euspr2011_v20110920.pdf

http://www.euspr.org/images/stories/conference2011/posters/andrea_fogarasi-grenczer.pdf

25. Fogarasi-Grenczer, A., Balazs, P., Rakoczi, I.: Dohányzó várandósok szociológiai jellegzetességei Borsod-Abaúj-Zemplén megyében Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének V. Konferenciája 2011. augusztus.31 – szeptember. 02. Szeged. Népegészségügy 2011;89(3):243-273
26. Rakoczi, I., Balazs, P., Fogarasi-Grenczer, A., Foley, K. L., Population dynamism related to socio-economic factors in Szabolcs-Szatmar-Bereg County in 2009. National and International Aspects of Tobacco Control, 2011. június 18. Szeged. Egészségtudomány 2011; LV(2):16. (*Hungarian*) <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2011-2/dohkonf.pdf>
27. Balazs, P., Foley, K. L., Grenszer, A., Rakoczi, I.: Egészség magatartás roma es nem-roma várandósok körében. Magyar Epidemiológiai Társaság VI. Kongresszusa, Pécs, 2011. november 25-26. Magyar Epidemiológia 2011;VIII(4),S10.
28. Foley, K. L., Rakoczi, I., Fogarasi-Grenczer, A., Balazs, P.: Smoking and ETS exposure among women who gave birth to preterm and low birth weight babies in Eastern Hungary. Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), 16th Annual Meeting, Baltimore, Maryland, USA, February 24-27, 2010. POS5-30.
29. Fogarasi-Grenczer A, Balazs P, Rakoczi I. (2010) A dohányzás, mint a leggyakoribb egészségkárosító magatartásforma hatása a koraszülések kialakulására és a gyermekek egészségére XVII. Primer Prevenció Fórum Kongresszusi Összefoglalók „Az egészségkárosító szenvedélyek megelőzésére”. *Magyar Onkológia* 54:188.
30. Fogarasi-Grenczer A, Balazs P, Rakoczi I. (2011) Birth Statistics Related to the Socio-economic Situation in Borsod-Abaúj-Zemplén County in Hungary in 2009. National and International Aspects of Tobacco Control, 2011. június 18. Szeged. *Egészségtudomány*, 55 (2):15.

31. Fogarasi-Grenczer A. (2008) The prevalence of participating screening examinations among health visitor students In: *Magyar epidemiológia* ISSN 1786-1489, Supplementum 5:41.

9.3. DISSZERTÁCIÓTÓL FÜGGETLEN KÖZLEMÉNYEK

Szakfolyóiratban megjelent hivatkozható összefoglalók

1. Fogarasi-Grenczer A. (2008) The prevalence of participating screening examinations among health visitor students In: *Magyar epidemiológia* ISSN 1786-1489, Supplementum 5:41.
2. Fogarasi-Grenczer A. (2008) Környezetegészségügyi faktorok szerepe a koraszülött csecsemők otthoni gondozásában. XV. Primer Prevenció Fórum Kongresszusi összefoglalók „Környezeti ártalmak és a Szaporodás Összefüggései” *Magyar Onkológia* 52:208. ISSN 0025-0244.

10. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném kifejezni Prof. Dr. Balázs Péter témavezetőm számára, aki kezdettől fogva bízott bennem és támogatta munkám minden fázisát. Segítségére bármikor számíthattam. Ötletei, gondolatai fejlesztőleg hatottak rám, segítőkészsége, elhivatottsága, szakmai tudása és precizitása mintaértékű volt számomra, megalapozta tudományos munkámat. Külön köszönet a sok közös nemzetközi eredményért, amit együtt értünk el.

Köszönet Rákóczi Ildikónak a team munkában való közös együttműködésért.

Köszönet illeti munkahelyi vezetőmet, Prof. Dr. Szabó Lászlót, aki nyomon követte és szakmai tanácsaival nagymértékben támogatta a disszertáció elkészítését. Munkahelyi feladatim elvégzését rendkívül gyakorlatias ötleteivel segítette. Folyamatosan bíztatott, bátorított.

Köszönetemet szeretném kifejezni munkatársaimnak, Gácsi Erikának, Kormos-Tasi Juditnak, Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikónak, Talabér Júliának és Fazekas Annának, hogy szervező munkájukkal, ötleteikkel, folyamatos bátorításukkal elősegítették disszertációm elkészítését.

Köszönet illeti a Szabolcsi, Borsodi, Hevesi, Nógrádi, Budapest X. kerületi Tiszti Vezető védőnőket szervezői munkájukért, valamint minden védőnőt, aki a kutatás interjúfelvételében segítséget nyújtott számunkra. Köszönet a kutatásban résztvevő édesanyáknak.

Szakmai és emberi támogatásáért szeretnék köszönetet mondani Kristie L. Foley professzornak, a Davidson College (NC. USA) professzorának és Urbán Róbert tanszékvezető egyetemi docensnek.

Végül szeretném megköszönni a sok segítséget és lelki támogatást súlyosan beteg férjemnek, Fogarasi Györgynek, aki mindvégig mellettem állt, két gyermekemnek, szüleimnek és testvéreimnek, akik éveken keresztül a közös együttlétekre vágytak, mégis elfogadóan mindenben segítettek, támogattak.

A disszertációban bemutatott kutatást (GN:1R 01 TW007927) a Fogarty National Institute, National Institutes on Drug Abuse, National Institute of Health (USA) támogatta.

11. MELLÉKLETEK

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

RIZIKÓFELMÉRÉSI ADATLAP a várandós gondozásba vételéhez

NÉV:

ELÉRHETŐSÉG:

TAJ: SZÜLETÉSI DÁTUM: évhónap

I. ÁLTALÁNOS RIZIKÓTÉNYEZŐK

Rizikótényezők

Fennáll-e a kockázat?

(+/-)

1. Az anya kora (születési dátum alapján) 40 felett vagy 18 év alatt magas kockázatú
2. A várandósság kora hetekben a jelentkezéskor, 14 felett magas kockázatú
3. Hányadik szülés? 4 felett magas kockázatú
4. Pszichoszociális helyzet

II. RIZIKÓTÉNYEZŐK: A VÁRANDÓSSÁG ELŐTT ISMERT VAGY A GRAVIDA ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE SORÁN

FELISMERT BETEGSÉGEK, ÁLLAPOTOK

Rizikótényezők

Fennáll-e a kockázat?

(+/-)

5. Rendszeresen fogyaszt alkoholt, drogfogyasztó vagy dohányzik (naponta 10 szálnál többet)?
6. HIV- vagy hepatitis B-, C-fertőzés, STD
7. BMI 18 alatt vagy 30 felett
8. Krónikus hypertonia-betegség, szív- és érrendszeri megbetegedés
9. Endokrin betegség (diabetes, hyperthyreosis, hypothyreosis, PCO)
10. Krónikus gastrointestinalis, máj-, tüdő-, (súlyos asztma), vesebetegség
11. Idegrendszeri- és (kezelést igénylő) pszichiátriai megbetegedés
(pl. epilepszia, szkizofrénia, depresszió)
12. Hematológiai, autoimmun, thromboemboliás betegség, antiphospholipid szindróma
13. Daganatos megbetegedések
14. Genetikai betegségek a családban
15. Többes várandósság
16. Vértetés a jelen várandósságban (fenyegető vetélés)

III. RIZIKÓTÉNYEZŐK: AZ ELŐZŐ VÁRANDÓSSÁG(OK) ÉS/VAGY SZÜ- LÉS(EK) SORÁN ELŐFORDULT

SZÖVŐDMÉNYEK

Rizikótényezők

Fennáll-e a kockázat?

(+/-)

)

17. Habitualis vetélés
18. Méhen végzett műtét, császármetszés, conisatio

19. Koraszülés
20. Praeclampsia, HELLP-szindróma
21. Rh(D)-isoimmunisatio
22. Magzati retardatio
23. Gestatiós diabetes
24. Újszülött súlya 4500 g feletti
25. Perinatalis halálozás ismeretlen okból

KOCKÁZATELEMZÉS EREDMÉNYE

Rizikóbesorolás

alacsony magas a következő pontok alapján:

Dátum: év hó nap

Szülész-nőgyógyász szakorvos neve,
pecsétszáma, telefonos elérhetősége:

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

A rendszeresen dohányzók arányai kor és nem szerinti bontásban Magyarországon, 2000-2014 között.

ÉV	férfi				nő			
	18-34	35-64	65-	összes	18-34	35-64	65-	összes
2000 ¹	44,4	41,0	13,7	38,2	29,0	28,2	3,4	23,0
2003 ²	43,1	39,0	15,9	37,1	32,5	28,5	5,3	24,6
2009 ³	36,3	36,4	14,1	32,7	25,6	28,8	7,0	22,6
2012 ⁴	33,9	35,7	16,01	32,3	27,11	29,1	6,7	23,6
2013 ⁵	23,02	27,5	6,9	22,8	19,9	16,5	4,3	14,6
2014 ⁶	42,0	35,0	18,0	32,0	29,0	27,0	7,0	21,0

Megjegyzés: ¹⁻² OLEF, ³ ELEF ⁴⁻⁵ Felnőtt Dohányzás Felmérés ⁶ ELEF

Források: Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2009, Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF), 2014. (21, 25).

3. SZÁMÚ MELLÉKLET

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM

22/2009. (VII.17.) számú rendelete alapján elrendelt 1003/09 számú adatgyűjtés
Az adatszolgáltatás on-line módon, az OSZMK (www.oszmk.hu) honlapján teljesítendő

Adatlap azonosító: R1003-09-v2-090801

Védőnői Jelentés adatlap

0. Jelentés időszaka: év hónap

A tárgy hónapban nyilvántartott várandós anyák

1. Várandós anyák száma összesen:

Fokozott gondozást igénylők

2. száma összesen:

3. Eü. ok miatt:

4. Környezeti ok miatt:

5. Eü. + környezeti ok miatt:

6. Dohányzó várandós anyák száma:

Védőnői gondozásba vétel

7. Újonnan nyilvántartásba vettek száma:

8. grav. s. 12. hetéig:

9. grav. s. 13-28 hete között:

10. grav. s. 28. hete után:

Védőnői gondozás

11. Védőnői látogatások száma:

12. Védőnői látogatásokból a fokozott gondozást igénylők száma:

13. Védőnői tanácsadáson a megjelenések száma:

Szült anyák

14. Szült anyák száma összesen:

15. Közülük védőnői gondozásban NEM részesültek száma:

16. Gyermekegys látogatások száma:

Nővédelemi gondozás

17. Nővédelemi védőnői látogatások száma:

18. Tanácsadáson a megjelenések száma:

A tárgy hónapban nyilvántartott 0-11 hónapos csecsemők

19. 0-11 hónapos csecsemők száma összesen:

Fokozott gondozást igénylők

20. száma összesen:

21. Eü. ok miatt:

22. Környezeti ok miatt:

23. Eü. + környezeti ok miatt:

Adatlap azonosító: R1003-09-v2-090801

1 / 6 oldal

4. SZÁMÚ MELLÉKLET A KUTATÁS KÉRDŐÍVE

Vizsgálati Tájékoztató

Tisztelt Hölgyem!

Ön, az egy évnél nem idősebb gyermekével együtt egy tudományos kutatásban vesz részt. Ennek a kutatásnak az alapját a Semmelweis Egyetem és a Davidson College (USA Észak-Karolina állam) között létrejött, dohányzással kapcsolatos kutatásokról szóló együttműködési szerződés képezi (száma: OCG 2008-02A). A vizsgálat vezetője Dr. Balázs Péter, a Semmelweis Egyetem Közegészségtani intézetének igazgatóhelyettese.

Tekintettel arra, hogy Magyarországon statisztikailag bizonyított korábbi adatunk nincs arról az összefüggés rendszerről, amely az idő előtt, illetve alacsony testsúllyal születettek, illetve a várandósok dohányzási szokásai között fennáll, ezért ezt a kapcsolatot kívánjuk megvizsgálni. A kutatás során Öntől és gyermekére vonatkozóan kérünk adatokat egy alkalommal, 30 percet igénybevevő kérdőíves adatfelvétellel, amelynek során Önnek a feltett kérdésekre kell választ adnia.

A válaszadáson kívül Önnek semmilyen más egészségügyi tevékenységben nem kell részt vennie.

Mivel semmilyen orvosi vizsgálat vagy beavatkozás nem történik, az említett 30 perc semmilyen ilyen természetű kellemetlenséget nem okozhat sem Önnek, sem pedig gyermekének.

Közvetlen személyes előnyök nem származnak a kutatásból, azonban az eredmények segítik megérteni azokat a folyamatokat, amelyek a várandósok egészségmagatartását befolyásolják és hozzájárulnak a hatékony megelőzési programok kidolgozásához.

Az Ön megkérdezésére a kérdőíves vizsgálatot megelőző naptári év megyei statisztikai adatai alapján kerül sor, és a megkérdezettek között nem teszünk semmilyen különbséget a kutatás menetét illetően.

A fenti tevékenységek során Önt és gyermekét nem érheti semmilyen hátrány vagy károsodás.

Vizsgálataink során semmilyen költség nem merülhet fel, amely Önt terhelhetné.

Jelen beleegyezése önkéntes és befolyásolástól mentes, azt bármikor akár szóban, akár írásban indokolás nélkül visszavonhatja anélkül, hogy ebből Önre vagy gyermekére bármilyen hátrány származna.

Szigorúan bizalmasan kezeljük a kutatás keretén belül nyert információkat. Ezeket az Ön beleegyezése nélkül a kutatócsoporton kívül nem adjuk semmilyen harmadik személynek. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a válaszlapokat elzárt szekrényben a személyes azonosítótól (névtől) elválasztva őrizzük. Az adatokat összegezzük, statisztikailag elemezzük, és a végső eredményekből egyetlen résztvevő azonosságát sem lehet majd megállapítani.

A kutatás megkezdéséhez az etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta. A Bizottság elnöke Dr. Sótornyai Péter egyetemi tanár, aki a következő címen és módon érhető el: 1091 Budapest, Üllői út 93. Telefon: 215-5038 Fax: 215-6228 Levélcím: 1450 Budapest, Pf.: 9/41. e-mail: sotpet@igaz.sote.hu Honlap: www.tukeb.sote.hu

Tisztelettel és köszönettel: Dr. Balázs Péter

Semmelweis Egyetem ÁOK
Közegészségtani Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Beleegyező nyilatkozat

Részletes tájékoztatással rendelkezem arról, hogy a Semmelweis Egyetem és a Davidson College (USA Észak-Karolina állam) között létrejött, dohányzással kapcsolatos kutatásokról szóló együttműködési szerződés alapján (száma: OCG 2008-02A) saját személyemet és egy évnél nem idősebb gyermekemet illetően tudományos kutatás történik. A vizsgálat vezetője Dr. Balázs Péter, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézetének igazgatóhelyettese. A vizsgálat vezetőjének közvetlen munkatársa, aki a tájékoztatást végzi, Greczer Andrea, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Családgondozási Módszertani Tanszékének tanársegédje.

Saját azonosító adataim:

Név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ-szám:

Lakcím:.....

Gyermekem azonosító adatai:

Név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ-szám:

Lakcím:.....

Kijelentem, hogy a részemre adott teljes körű vizsgálati tájékoztatás alapján jelen beleegyező nyilatkozatomat önként, befolyástól mentesen adtam, annak tudatában, hogy azt bármikor, szóban vagy írásban, indokolás nélkül visszavonhatom.

Helységnev..... Kelt: 2010.....

Greczer Andrea

a tájékoztatás végzője

.....
szülő aláírása

I.sz. adatlap

Kitöltés a terhes-törzslap hivatalosan bejegyzett adatai alapján (védőnői feljegyzések és hivatalos zárójelentések). A hiányzó adatok az interjúfelvétel során pótolhatók.

1. Kitöltés időpontja:.....év.....hónap
2. A gyermek neme: fiú lány
3. Lakóhely:.....megye.....kistérség,.....helység
4. Környezettanulmányi kódszámok (lakóhely, lakásviszonyok, szülők kapcsolata, iskolai végzettsége, az anya gondozással kapcsolatos magatartására vonatkozó besorolás):

--	--	--	--	--	--	--
5. Utolsó szülés időpontja:év.....hónap
6. A várandósság hányadik hetében történt a szülés?.....hét
7. Az anya hányadik terhességi héten jelentkezett első alkalommal várandósgondozáson?.....héten
8. A anya hányszor jelent meg a várandósgondozáson védőnőjénél?.....
9. Az újszülött (ikreknél mindegyik) születési testtömege, testhossza, körfogata:

Testtömeg:.....gramm,	Testhossz:.....cm,	Fejkörf.:.....cm,
Mellkörf:.....cm		
Testtömeg:.....gramm,	Testhossz:.....cm,	Fejkörf.:.....cm,
Mellkörf:.....cm		
Testtömeg:.....gramm,	Testhossz:.....cm,	Fejkörf.:.....cm,
Mellkörf:.....cm		
10. A szülés módja:
1. normál hüvelyi, 2. császármetszés 3. fogós, 4. vákuumos
11. Az újszülött Apgar-pontértékei.....
12. Amennyiben volt újszülöttkori megbetegedés, fejlődési rendellenesség, ezek felsorolása:.....
.....
13. Jelentkeztek-e a várandósság alatt a következő tünetek, panaszok, betegségek (X-szel többes jelölés is lehetséges)

Betegségek, tünetek, panaszok:	igen	Betegségek, tünetek, panaszok:	igen
vérszegénység		húgyúti fertőzés	
viszérprobléma		hüvelyfertőzés	
toxémiás tünetek: ödéma, magasvérnyomás, fehérjevizelés, (prae)eklampszia		egyéb szervrendszeri megbetegedés	
meddőség		vérzés	
cukorbetegség, gesztációs diabétesz		görcsök	
nemi szervek fejlődési rendellenessége:		egyéb tünetek: (pl: kinyílt méhszáj)	

14. Anya testtömege az első jelentkezés időpontjában:kg
15. Az anya testmagassága:cm
16. Mennyit hízott az anya a várandósság során összesen:kg
17. Az anya AFP értéke:.....mg/ml.MOM
18. Dohányzott-e az anya a várandósság időszakában?
1. igen, a teljes időszakban
 2. csak addig, amíg kiderült, hogy várandós
 3. nem dohányzott
19. Amennyiben dohányzott, hány szál cigarettát szívott el naponta?.....
20. Egyéb bejegyzés a dohányzásról:
.....
21. Koffeintartalmú kávé fogyasztása a várandósság időszakában?
1. igen
 2. nem
22. Ha fogyasztott kávé, hányszor naponta:
23. Alkohol fogyasztás a várandósság időszakában?
1. igen
 2. nem
24. Ha igen, milyen alkoholos italt:
.....
25. Szedett-e valamilyen gyógyszert rendszeresen, közvetlenül a várandósság előtt?
1. igen
 2. nem
- Ha igen, milyen panaszok/betegség miatt:
.....
26. Szedett-e valamilyen gyógyszert rendszeresen a várandósság alatt?
1. igen
 2. nem
- Ha igen, milyen panaszok/betegség miatt:
.....
27. Védőnő tudomása drog fogyasztásról a várandósság alatt
1. igen
 2. nem
- Ha igen, a drog típusa:
- Ha igen, a drog mennyisége:
- Ha igen, a fogyasztás gyakorisága:
28. A szülés utáni első hat hétben volt-e az anyának bármilyen betegsége, tünete, panasza (fertőzés, láz, bővebb vérzés, visszér-gyulladás, trombózis, egyéb.):
.....
.....
29. Azok esetében, akik azt állították, hogy nem dohányoznak, a törzslap látogatás rovatában szerepel-e dohányzásra utaló bármilyen adat, megfigyelés, vagy észrevétel?
-
-

II. sz. adatlap

A védőnők veszik fel a személyes találkozás során a család otthonában.

Általános és szociális adatok:

1. Adatfelvétel (interjúkészítés) időpontja:.....év.....hónap
2. Lakóhely (megye, kistérség, helység neve):.....
3. Anya életkora:.....év
4. Apa életkora:.....év
5. Szülők családi állapota:

- házastársak
- élettársi kapcsolatban élnek
- különváltan élnek
- elváltak
- egyedül álló anya (szülő)
- özvegy

6. Iskolai végzettség (kérem a megfelelő helyre tegyen „x” jelet)

Iskolai végzettség:	anya	apa
8 általánosnál kevesebb		
8 általános		
Szaktanácsképző (érettségi nélkül)		
Érettségi		
Felsőszintű képzés (érettségi+OKJ)		
Felsőfokú képzés főiskolai szint		
Felsőfokú képzés egyetemi szint		

7. Édesanya foglalkozása:

8. Végzett-e várandóssága során nehéz, megerőltető fizikai munkát a munkahelyén vagy otthonában?

- igen, gyakran
- igen, ritkán
- nem

9. Édesapa foglalkozása:

10. Az édesanya, a szülést megelőző időszakban rendelkezett-e munkaviszonnyal (kérem a felsorolt válaszok közül a megfelelőt húzza alá)?

- igen
- nem, munkanélküli volt
- GYED/GYES-en volt
- rokkantnyugdíjas
- tanuló

11. Amennyiben a szülők együtt élnek az édesapa rendelkezik-e munkaviszonnyal?

- igen
- nem, munkanélküli
- rokkantnyugdíjas
- nyugdíjas
- tanuló

12. Az édesanya milyen etnikai csoportba sorolja
önmagát?:.....

13. Az interjúkészítő milyen etnikai csoportba sorolja az
interjúalanyt?.....

14. Kérem válassza ki a megfelelő válaszokat a következő felsorolások közül aszerint,
hogyan és milyen környezeti körülmények között él a család, és húzza alá:

1. Település típusa: - főváros, - város belterület, - külvárosi környezet, - község
orvossal és védőnővel, - község ott lakó orvos nélkül, de ott lakó védőnővel,
- község orvossal, de ott lakó védőnő nélkül, település ott lakó orvos és
védőnő nélkül (tanya, teleszerű körülmények, roma-telepek)
2. Lakáshasználat jogcíme: - főbérlet, - tulajdonos, - anya szüleivel együtt él, -
apa szüleivel együtt él, - társbérlet, - albérlet, - egyéb:.....
3. Lakáshelyzet:
Lakás levegőjének páratartalma: - száraz – normál – nedves
Komfortfokozata: - összkomfortos, - komfortos, - komfort nélküli
A fűtés típusa szerint: - távfűtés - házközponti fűtés - egyedi gáz/cirkó
- lakó-térben elhelyezett kályha: - olaj, villany, szilárd tüzelő, egyéb:
.....
A lakás/ház típusa: - családi ház: - döngölt föld – vályog – téglá –
falazóblokkos
- könnyű szerkezetes (favázás)
- több lakásos társasház, vagy bérház
- panellakás (lakótelepi)
Lakás nagysága:.....m² A lakást használók létszáma:.....fő

15. A családban az egy főre jutó jövedelem:

- 30.000 Ft alatti
- 30.000 - 50.000 Ft közötti
- 50.000 - 75.000 Ft közötti
- 75.000 – 100.000 Ft közötti
- 100.000 Ft feletti

16. Elégedett-e a család egy főre jutó jövedelmével?

- igen
- nem

17. A családban élő gyermekek száma:.....fő

Az anya egészségi állapotára vonatkozó adatok (várandósságot közvetlenül megelőző 3 évet alapul véve, beleértve a várandósság időszakát is).

1. Várandósság előtti testtömege:.....kg
2. Jelenlegi testtömege:.....kg
3. Testmagassága:.....cm
4. Terhességek száma:.....
5. Szülések száma:.....
6. Várandósság előtti és alatti krónikus megbetegedései (kérem a megfelelő helyre tegyen „x”-jelet, (ahol többféle tünet, panasz, betegség szerepel, csak a megfelelőt húzza alá)?

Kórképek:	Várandósság előtt	Várandósság alatt
diabetes mellitus/gesztációs diabetes		
krónikus tüdőbetegség (pl. tbc, asthma, bronchitis, pneumonia,)		
allergiás megbetegedések (pl. légúti, bőr)		
szív-keringési rendszer megbetegedése		
visszértbetegség		
idegrendszert érintő megbetegedés		
vese, kiválasztó rendszeri megbetegedés		
máj-epebetegség		
emésztőrendszeri megbetegedés (pl. gyomorfekély, bélgyulladás)		
evészavar: túl kevés étel fogyasztása,		
evészavar: túl sok étel fogyasztása		
pszichiátriai kórképek		
jóindulatú tumor		
rosszindulatú tumor		
nőgyógyászati kórképek (gyulladás, ciszta, mioma praemenstruális szindróma)		
egyéb: (pl. nemi betegség.....)		

7. Várandósság alatt jelentkező panaszai, tünetei, megbetegedései (amennyiben a várandósság alatt a felsorolt tünetek, panaszok valamelyike jelentkezett, jelölje „x” jellel az üres négyzetben!)

Tünetek, megbetegedések:		Szubjektív panaszok:	
Oedema (vizenyő)	Hüvely fertőzés - egy alkalommal	Szédülés/ájulás	

	- több alkalommal	
Proteinuria (fehérjevizelés)	Húgyúti fertőzés - egy alkalommal - több alkalommal	Undor (illatoktól, ételektől)
Hypertonia (magasvérnyomás)	Hányás	Gyakori rossz közérzet
Várandósság alatti vérzés/ görcsök az első 12 hétben	Terhességi veszélyes hányás	Felfokozott félelem a gyermek ellátásával, gondozásával kapcsolatban
Várandósság alatti vérzés/ görcsök 12. hét után	Felső/ alsó légúti megbetegedés	Felfokozott félelem, vagy szorongás a párkapcsolat alakulása miatt
Fogágybetegség, fogínygyulladás	Étkezési zavarok: - étvágytalanság	Felfokozott érzelmi reakciók, stressz a munkavégzéssel összefüggésben
Fogszuvasodás	Étkezési zavarok: - túlzott ételfogyasztás	A folyamatos idegeskedés miatti szorongás
Viszérbetegség	HELLP-szindróma (toxémia, emelkedett májenzimek, alacsony thrombocitaszám)	Depressziós tünetek (gyakori sírás, elégedetlenség, szomorúság, lehangoltság)
Székrekedés/emésztési zavarok	Köhögés, köhögési roham	Gyakori stressz, idegeskedés:.....miatt
Vérszegénység	Egyéb: pl. hányinger, fejfájás, végtagszibbadás	Álmatlanság

8. Várandósságot megelőzően folytatott-e valamilyen szabadidős sport tevékenységet (pl. úszás, futás, valamilyen labdajáték, kerékpározás, stb.)?
- igazolt sportoló vagyok, rendszeres edzéssel
 - igen (hetente legalább két-három alkalommal)
 - nem
 - alkalmyszerűen
9. Várandósság alatt általában naponta hányszor étkezett?
- nagyon sokszor, minden rendszeresség nélkül
 - hat alkalommal, rendszeresen
 - öt alkalommal rendszeresen
 - négy alkalommal rendszeresen
 - három alkalommal rendszeresen
 - két alkalommal rendszeresen
 - egy alkalommal rendszeresen
10. Várandósság alatti étkezési szokásainak jellemzőit kérem jelölje „x” jellel!

Étkezési szokások:	Naponta legalább 3-szor	Naponta egyszer	Minden másnap	Hetente egy-két- szer	Ritkán	Soha
Milyen gyakran						
evett friss gyümölcsöt?						
evett zöldségfélét?						
fogyasztott tejtermékeket?						
fogyasztott hús/hentesárut?						
fogyasztott kávé/koffein tartalmú italt?						
fogyasztott bort/sört/pezsgőt?						
fogyasztott tömény alkoholt?						
fogyasztott édességeket (csokoládé, keksz, cukorka, chips stb.)?						

Jelenlegi szülésére és előzetes szülészeti anamnézisére vonatkozó kérdések köre

1. Utolsó szülés időpontja:.....év.....hó
2. Utolsó terhessége várt volt-e?
 - igen, tudatosan készültünk rá
 - nem
 - egyéb:.....
3. Védekezés nélküli együttléteket alapul véve, mennyi idő alatt esett teherbe?
.....hónap/.....év
4. Várandósságát megelőzően alkalmaztak-e önnél bármilyen kezelést meddőség miatt,
hogy teherbeesését támogassák?
 - igen
 - nem
5. Utolsó terhességével részt vett-e lombikprogramban?
 - igen
 - nem
6. Utolsó terhességével részt vett-e családtervezési tanácsadáson?
 - igen
 - nem

7. Szedett-e magzatvédő vitamint vagy folsavat a várandósságát megelőző 3 hónapban?
- igen
- nem
8. Szedett-e rendszeresen vitaminkészítményt a várandóssága alatt?
- igen
- nem
9. Jelen szülését megelőzően volt-e spontán vetélése?
- igen,.....alkalommal
- nem
10. Volt-e valaha terhességmegszakítása?
- igen,.....alkalommal
- nem
11. Volt-e valaha méhen kívüli terhessége?
- igen:.....alkalommal
- nem
12. Jelenlegi szülését megelőzően volt-e halvaszülése?
- igen,.....alkalommal
- nem
13. Amennyiben már szült, jelenlegi szülését megelőzően volt-e koraszülése?
- igen,.....alkalommal
- nem
14. Amennyiben már volt koraszülése, hányadik héten következett be:
.....
.....
15. Amennyiben Önnek a mostani legutolsó szülése koraszüléssel végződött, saját véleménye szerint, mi volt ennek az oka?.....
.....
.....
16. Jelen szülését megelőzően volt-e már érett szülése (betöltött 37. hét után)?
- igen,.....alkalommal
- nem

A következő kérdések mind az utolsó (egy éven belül történt) szülésére vonatkoznak.

17. Volt-e (ismeretei szerint) méhlepényével kapcsolatos valamilyen rendellenessége terhessége során (rossz helyen-mélyen tapadó lepény, előregedett (infarktusus), meszes lepény stb.)?
 - igen (amennyiben igen, a megfelelőt húzza alá)
 - nem
18. Jelen szülése esetén volt-e részleges, vagy teljes lepényleválása?
 - igen
 - nem
19. Volt-e (ismeretei szerint) magzatvízzel kapcsolatos rendellenessége terhessége/szülése során?
 - igen, túl sok magzatvíz
 - igen, túl kevés magzatvíz
 - igen, meconiummal/vérrel szennyezett magzatvíz
 - nem
20. Volt-e/van-e gyermekének valamilyen fejlődési rendellenessége?
 - igen, éspedig:.....
 - nem
21. Kezelték-e önt kórházban a várandóssága során?
 - igen,.....napig
 - nem
22. Várandóssága alatt volt-e bármilyen akut megbetegedése?
 - igen, éspedig:.....
 - nem
23. Szülése milyen tünetekkel kezdődött el (kérem a megfelelő tünet/tünetek mellé tegyen „x” jelet, és ahol többféle tünet szerepel, húzza is alá a megfelelőt)?

Tünetek:	„x”
Idő előtti burokpedés (elfolyt magzatvíz)	
Rendszeres fájástevékenység	

Rendszeres fájástevékenység+ burokrepedés	
Elektív császármetszés akut tünetek miatt (magasvérnyomás, toxémia, HELLP-szindróma, eklampszia, lepényleválás, vérzés, egyéb laboreredmények vagy veszélyeztetettség miatt stb.)	
Szülésindukció (burokrepesztés, oxitocin adagolás, előtágítás)	

24. Milyen módon született gyermeke?

- spontán hüvelyi szüléssel
- császármetszéssel
- egyéb (vákuum, fogó)

25. Volt-e gyermekágyi időszak alatt (szülést követő 6 hét) a következő felsorolt tünetek közül bármelyik? Kérem jelölje „x”-el a megfelelőt!

Tünetek, panaszok:	„x”
Lázás állapot	
Vérzési rendellenesség	
Trombózis	
Fertőzés	
Lehangoltság, depresszív hangulat (gyakori rosszkedv, síróság)	
Légúti megbetegedés, köhögés	

A következő kérdések az elmúlt egy évben született gyermekére vonatkoznak.

1. Hány hétre született gyermeke:.....hét
2. Milyen testtömeggel, testhosszal, körfogatokkal született gyermeke:
Testtömeg:.....gramm, testhossz:.....cm, fejkörf.:.....cm,
mellkörf:.....cm
3. Jelenleg az interjúkészítés napján hány hetes gyermeke?.....
4. Milyen Apgar-értékkel született gyermeke?.....
5. Hány napig igényelt kórházi kezelést gyermeke?.....napig/.....hétig
- jelenleg is kórházban van
6. Amennyiben gyermekét koraszülött intenzív osztályon (is) kezelték, ez hány napig tartott:.....napig
7. Kapott-e a gyermeke megszületését követően az alábbiakban felsorolt gyógykezelést:

Gyógykezelések:	igen	nem
Oxigént		
Gépi lélegeztetést		
Kék fény terápiát		

Infúziót		
Antibiotikumot		
Vérkészítményt		
Újraélesztést		
Volt-e műtete, és pedig:		

8. Szenved-e gyermeke az alábbi szervrendszeri megbetegedésben (kérem a megfelelő mellé tegyen „x” jelet, és ahol többféle tünet szerepel, húzza is alá a megfelelőt)?

Megbetegedés:		Megbetegedés:	
tüdő, hörgők betegségei (BPD-diszplázias tüdő, gyakori tüdőgyulladás, obstruktív bronchitis stb.)		szembetegség (ROP)	
szívbetegség (Botall záródási rendellenesség, ASD, egyéb fejl. rendellenesség)		vese-vizeletelvezető rendszert érintő megbetegedés	
idegrendszert érintő megbetegedések (agyvérzés, hidrokefalusz, mozgászavar, táplálási zavar)		bármilyen fejlődési rendellenesség	
májbetegség		kromoszóma-rendellenesség	
fül megbetegedései		emésztőrendszert érintő megbetegedés	
immungyengeség		egyéb:.....	

9. A gyermeke részesül-e állandó gyógyszeres kezelésben?
 - igen
 - nem
10. Táplálta-e anyatejjel gyermekét?
 - igen
 - nem
11. Amennyiben igen, mikor kezdődött gyermekének anyatejes táplálása?
napos korában
12. Mennyi ideig táplálta anyatejjel gyermekét?.....
 - jelenleg is anyatejjel (is) táplálom

Az édesanya és a környezetében élők dohányzására vonatkozó kérdéseinek köre:

1. Akár egyetlen szál cigarettát is elszívott-e valaha a várandósságát megelőzően?
 - igen
 - nem

A következő kérdések azokra az anyákra vonatkoznak, akik az IGEN választ adták

2. Amennyiben valaha rágyújtott/dohányzott mi jellemezte leginkább dohányzási magatartását várandósságát megelőzően?
 - kipróbáltam egyszer a dohányzást
 - alkalmyszerűen gyújtottam rá (szórakozás, társasági élet során)
 - rendszeresen dohányoztam

3. Amennyiben ön alkalmyszerűen dohányzott, ez milyen gyakorisággal történt?
 - heti rendszerességgel néhány szálát
 - heti rendszerességgel egy dobozt (kb. 20 szálát)
 - havi rendszerességgel néhány szálát
 - havi rendszerességgel egy dobozt
 - évente néhány szálát
 - egyéb:

4. Hány évesen gyújtott rá életében először?.....

5. Amennyiben rendszeres dohányos, hány éves korától dohányzik rendszeresen?.....

6. Amennyiben ön várandóssága előtt rendszeresen dohányzott, ez milyen gyakorisággal történt?
 - kevesebb mint 5 szálát szívtam
 - naponta 5-10 szál között szívtam
 - naponta 11-20 szál cigarettát szívtam
 - naponta 21-30 cigarettát szívtam
 - 31 szálnál több cigarettát szívtam

7. Milyen márkájú cigarettát szívott?.....

8. Amennyiben ön dohányzott, amikor elkezdte a dohányzást, kik dohányoztak a környezetében (többet is aláhúzhat)?
 - Szüleim dohányoztak
 - Legközelebbi rokonaim közül valamelyik (nagyszülők/testvéreim) dohányzott
 - Hozzám legközelebb álló barátaim dohányoztak
 - Munkatársaim dohányoztak
 - Tanáraink egy része dohányzott
 - A környezetemben senki sem dohányzott

9. Amennyiben dohányzott várandóssága előtt, reggeli ébredés után mennyi idővel szívta el első cigarettáját?
- még a felkelés előtt az ágyban rágyújtottam
 - 5 percen belül
 - 6-30 percen belül
 - 31-60 percen belül
 - 1 óra után
10. Amennyiben dohányzott várandóssága előtt, nehezen állta meg, hogy olyan helyen gyújtson rá, ahol tilos?
- igen
 - nem
11. Melyik napszakban szívott cigarettáról gondolja azt, hogy arról lenne a legnehezebb lemondania?
- a reggeli elsőről
 - az összes többiről
12. Gyakrabban gyújtott rá az ébredést követő egy órában, mint a többi napszakban?
- igen
 - nem
13. Előfordult-e önnel, hogy dohányzott az ágyban, ha beteg volt és nem tudott felkelni?
- igen
 - nem
14. Milyen társaságban szeretett dohányozni leginkább?
- egyedül
 - a társammal
 - barátaim, családtagjaim társaságában
 - az előző mindhárom felsorolás igaz rám
15. Amikor dohányzott, hol nem gyújtott rá soha? (többet is aláhúzhat, de ha mindenhol rágyújtott nem kell semmit aláhúznia)
- lakáson belül (zárt térben)
 - autóban
 - iskolában, munkahelyen zárt térben
 - szórakozóhelyeken, étteremben

16. Megpróbált-e valaha leszokni a dohányzásról?
- igen
- nem
17. Hányszor próbált meg leszokni a dohányzásról?.....alkalommal
18. Még mielőtt kiderült a terhessége, sikerült-e leszoknia a dohányzásról?
- igen, és a szülés után sem dohányzom
- igen, de a szülés után visszaszoktam
- nem
19. Amennyiben leszokott a dohányzásról várandóssága előtt, és a szülés óta sem dohányzik, hány évig dohányzott összesen?.....évig
20. Amennyiben sikerült leszoknia a dohányzásról, ez milyen módszernek volt köszönhető?.....
....
21. Kérte-e valaha szakember/szakemberek segítségét a leszokáshoz?
- igen
- nem
22. Amennyiben igen, milyen szakember segítségét kérte a leszokáshoz?.....
.....
23. Amennyiben nem, miért nem kérte szakemberek segítségét a leszokáshoz?
.....
24. Ön szerint mi a dohányzásról való leszokásnak a legfontosabb tényezője?
.....
.....
25. Amikor kiderült, hogy várandós
- változatlanul tovább dohányzott
- csökkentette az elszívott cigaretták számát
- azonnal abbahagyta a dohányzást
26. Amennyiben terhessége előtt szokott le, ez mennyi idővel a teherbeesést megelőzően történt?.....

27. Amennyiben a terhessége alatt szokott le a dohányzásról, pontosan hányadik hétig dohányzott?.....
28. Várandóssága alatt mennyi cigarettát szívott el?
- naponta 5 száznál kevesebbet
- naponta 5-10 szál között szívtam
- naponta 11-20 szál cigarettát szívtam
- naponta 21-30 cigarettát szívtam
- 31 száznál több cigarettát szívtam
29. Leggyakrabban hol gyújtott rá a cigarettára várandóssága alatt?.....
30. Megpróbált-e leszokni a várandóssága alatt a dohányzásról?
- igen
- nem
31. Amennyiben igen, milyen módszerekkel próbált meg leszokni?.....
32. Amennyiben a leszokás nem sikerült a várandósság során, mi volt ön szerint ennek a legfőbb oka?
.....
.....
33. Miért akart leszokni a dohányzásról?.....
34. Próbált-e szakembertől segítséget kérni a dohányzásról való lemondásához, a várandósság során?
- igen
- nem
35. Amennyiben igen, kihez fordult segítségért?.....
36. Hallott-e már dohányzásról leszoktató programról a lakóhelyén vagy annak közelében?
- igen
- nem

37. Amennyiben igen, milyen fajta módszerről van tudomása?.....

38. Amennyiben dohányzik, havonta átlagosan mennyi pénzt költ el dohányárúra jelenleg?

39. Amennyiben dohányzik, meg tudná-e röviden fogalmazni, mit jelent ön számára a cigaretta?.....

A következő kérdések egyaránt vonatkoznak azokra, akik soha nem dohányoztak és azokra is, akik dohányoztak vagy jelenleg is dohányoznak.

40. Előfordult-e valaha, hogy családtagjai (szülei, legközelebbi barátai), vagy munkatársai az ön jelenlétében zárt térben (lakás, autó, munkahely, szórakozóhely stb.) gyújtottak rá terhességét megelőzően?
 - igen, gyakran
 - igen, ritkán
 - nem
41. Előfordult-e valaha, hogy családtagjai (szülei, legközelebbi barátai), munkatársai az ön jelenlétében zárt térben (lakás, autó, munkahely, szórakozóhely stb.) gyújtottak rá várandóssága alatt?
 - igen, gyakran
 - igen, ritkán
 - nem
42. Várandóssága alatt előfordult-e, hogy valaki az ön lakásában gyújtott rá, de nem az ön jelenlétében, hanem valamelyik szomszéd helységben?
 - igen
 - nem
43. Dohányzik-e férje/társa?
 - igen, rendszeresen
 - igen, ritkán
 - nem
 - nincs férjem/társam
44. Amennyiben férje/társa dohányzik, előfordult-e, hogy várandóssága alatt az Ön jelenlétében gyújtott rá zárt helységben (lakás, autó, étterem stb.)?
 - igen
 - nem

45. Amennyiben férje/társa az ön jelenlétében gyújtott rá zárt helységben, ez milyen rendszerességgel történt?

- ritkán
- havi rendszerességgel
- heti rendszerességgel
- minden nap

46. Amennyiben férje/élettársa rendszeresen rágyújt, hány éve dohányzik?

.....

47. Előfordult-e önnél, hogy várandóssága alatt munkahelyi környezetben, munkatársai az ön jelenlétében, zárt térben gyújtottak rá?

- igen
- nem

48. Amennyiben igen, elkerülhető lett volna-e, hogy egy helységben tartózkodjon velük?

- igen
- nem

49. Ártalmasnak tartja-e a dohányzást?

- igen
- nem

50. Ön szerint melyek a dohányzás leggyakoribb ártalmai?

.....
.....
.....

51. Rágyújtott-e akár egyetlen cigarettára is a gyermek megszületését követően?

- igen
- nem

52. Amennyiben rágyújtott szülést követően, ez mennyi idővel történt a szülés után?

.....

53. Amennyiben várandóssága alatt abbahagyta a dohányzást, miért gyújtott rá ismét a gyermek megszületését követően?

.....
.....
.....

54. Előfordult-e önnel, hogy a gyermek jelenlétében gyújtott rá?

- igen

– nem

55. Amennyiben ön jelenleg is dohányzik, mennyi cigarettát szív el naponta?

- naponta 5 száznál kevesebbet
- naponta 5-10 szál között szívtam
- naponta 11-20 szál cigarettát szívtam
- naponta 21-30 cigarettát szívtam
- 31 száznál több cigarettát szívtam

56. Szeretné-e végleg abbahagyni a dohányzást?

- igen, minél előbb
- igen, de nem a közeljövőben
- nem

57. Ön szerint mi lenne a leghatékonyabb megoldás, hogy abbahagyja a dohányzást?.....

Az interjúkészítőnek, a lakásra vonatkozó bármilyen egyéb megfigyelései (pl: gombás-
penészes, szellőzetlen, égéstermék szagú, sötét, látott-e hamutartót, tapasztalta-e a
dohányzás szagát, dohányfüstöt, látott-e cigarettásdobozt, vagy
csikket)?.....

.....
.....
.....

**Az édesanya jelenlegi pszichés állapotára vonatkozó kérdéseinek köre, a
válaszokat aláhúzással jelölje. (EPDS kérdőív)**

Hány héttel ezelőtt szült:.....

AZ ELMÚLT HÉTEN

1 Tudtam nevetni és láttam a dolgok humoros oldalát.

- (0) Ahogy mindig.
- (1) Talán nem annyira, mint máskor.
- (2) Sokkal kevésbé, mint máskor.
- (3) Egyáltalán nem.

2. Örömmel készültem mindenféle dologra.

- (0) Ahogyan mindig szoktam.
- (1) Egy kicsit kevésbé, mint szoktam.
- (2) Sokkal kevésbé, mint szoktam.
- (3) Szinte egyáltalán nem.

3. Minden kudarc miatt magamat okoltam.

- (3) Igen, folyton.
- (2) Igen, elég sokszor.
- (1) Nem túl gyakran.
- (0) Nem, soha.

4. Minden ok nélkül szorongtam vagy aggódtam.

- (0) Egyáltalán nem.
- (1) Nagyon ritkán.
- (2) Igen, előfordult.
- (3) Igen, gyakran előfordult.

5. Ok nélkül féltem vagy pánikba estem.

- (3) Igen, elég sokszor.
- (2) Igen, néha.
- (1) Nem, nemigen.
- (0) Egyáltalán nem.

6. Összecsaptak a hullámok a fejem felett.

- (3) Igen, szinte egyáltalán nem tudtam elvégezni a teendőimet.
- (2) Igen, előfordult, hogy nem tudtam olyan könnyen elvégezni a teendőimet, mint máskor.
- (1) Nem, legtöbbször sikerült elvégezni a dolgomat.
- (0) Nem, elvégeztem a teendőimet ugyanúgy, mint máskor.

7. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy aludni sem tudtam rendesen.

- (3) Igen, rendszeresen.
- (2) Igen, többször előfordult.
- (1) Néha előfordult.
- (0) Nem, egyáltalán nem fordult elő.

8. Szomorú és rosszkedvű voltam.

- (3) Igen, szinte állandóan.
- (2) Igen, elég gyakran.
- (1) Nem, nem túl gyakran.
- (0) Nem, egyáltalán nem.

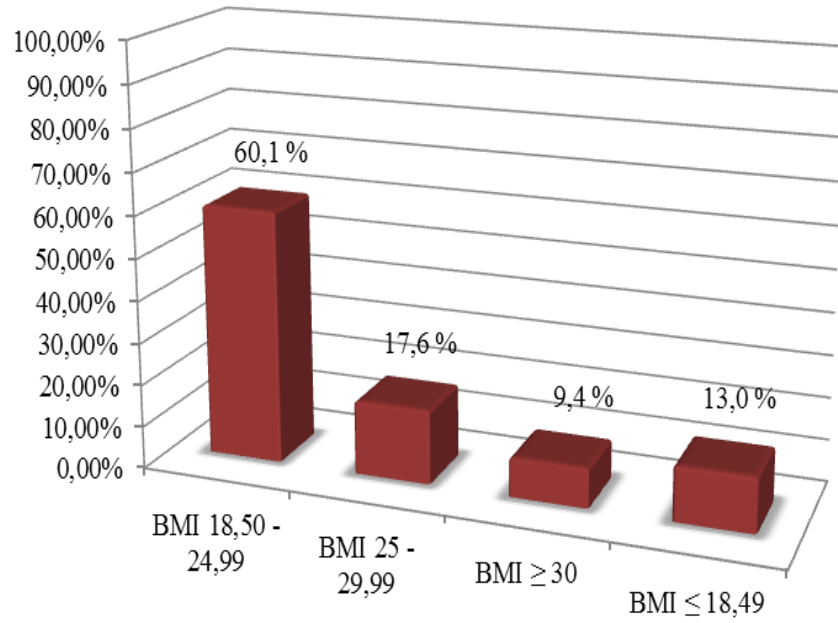
9. Olyan rossz hangulatban voltam, hogy még sírtam is.

- (3) Igen, nagyon sokszor.
- (2) Igen, gyakran.
- (1) Csak ritkán.
- (0) Nem, soha.

10. Eszembe jutott, hogy kárt tehetnék magamban.

- (3) Igen, gyakran.
- (2) Néha.
- (1) Legalább egyszer.
- (0) Soha.

5. SZÁMÚ MELLÉKLET



BMI értékek arányai a teljes mintában. (N=15 199)