

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról

2019. EÜK. 2. szám EMMI szakmai irányelv 1

hatályos: 2019.01.24 -

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 000637

Érvényesség: 2021. 12. 01.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZT VEVŐK

Társszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Tüdőgyógyászat Tagozat:

Dr. Kovács Gábor belgyógyász, tüdőgyógyász, klinikai onkológus szakorvos, tagozatvezető társszerző

Külső szakértők:

Dr. Cselkó Zsuzsa megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Dr. Fényes Márta tüdőgyógyász, belgyógyász, klinikai farmakológus szakorvos, társszerző

Prof. Dr. Horváth Ildikó tüdőgyógyász szakorvos, társszerző

Prof. Dr. Müller Veronika PhD. tüdőgyógyász, klinikai onkológia, klinikai laboratóriumi vizsgálatok szakorvos, társszerző

2. Addiktológia Tagozat:

Dr. Varga Gábor pszichiáter, neurológus, addiktológus szakorvos, tagozatvezető, társszerző

Külső Szakértők:

Dr. Kudász Ferenc foglalkozás-orvostan szakorvos, társszerző

Dr. Urbán Róbert PhD. alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző

Prof. Dr. Balázs Péter PhD. sebész, társadalom-orvostan, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Prof. Dr. Kiss István PhD. közegészségtan-járványtan, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző

Dr. Sándor János PhD. közegészségtan-járványtan, megelőző orvostan és népegészségtan, szakorvos, társszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek-alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) Tagozat

Dr. Póta György csecsemő-gyermekgyógyász szakorvos, tagozatvezető, véleményező

2. Háziorvostan Tagozat:

Dr. Szabó János belgyógyász, háziorvostan szakorvos, tagozatvezető, véleményező

Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Független szakértő (k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: A dohányzásról való leszokás (a továbbiakban: dohányzásleszokás) támogatása.

Az ellátási folyamat szakasza(i):

A dohányosok kiszűrése, állapotfelmérés, terápia, gondozás. Az irányelv nem foglalkozik megelőzési kérdésekkel (sem egészségügyi, sem ágazaton kívüli szempontból).

Az érintett ellátottak köre: Egészségügyi ellátásra kerülő személyek.

Az érintett ellátók köre:

Valamennyi egészségügyi ellátó (orvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók) alapszinten.

Szakterület: 1801 addiktológia

1900 tüdőgyógyászat

1903 tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció

2500 foglalkozás-egészségügyi alapellátás

4003 kardiológiai rehabilitáció

6301 háziorvosi ellátás

6302 házi gyermekorvosi ellátás

6303 felnőtt- és gyermek- (vegyes) háziorvosi ellátás

6306 iskola- és ifjúságorvoslás

7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

7901 területi védőnői ellátás

9400 megelőző orvostan és népegészségtan

Ellátási forma: A1 alapellátás

J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés

J3 járóbeteg-szakellátás jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás

F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás

F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás

E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás

E2 egyéb szolgáltatás, fegyveres és rendvédelmi szervek egészségügyi ellátása (dolgozók és fogvatartottak alapellátása)

E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”

Progresszivitási szint: I–II–III. szint

Egyéb specifikáció: Állami, egyházi és magánellátók

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Akkreditált tanfolyam: a dohányzásról való leszokást támogató, akkreditált szakemberképzés.

Leszokási centrum: a leszokás támogatására képzett szakemberek által vezetett egyéni, csoportos vagy telefonos tanácsadás helyszíne.

Minimálintervenció: a klasszikus „5A” leszokás támogatási módszer első három tagja, kb. háromperces időtartamú.

„5A” módszer: a leszokástámogatás lépései; részei:

- „Ask”: a dohányzási szokásokra történő rákérdezés.
- „Advise”: dohányzás esetén a leszokás tanácsolása.
- „Assess”: a leszokás szándékára való rákérdezés, a motiváció felkeltése vagy megerősítése.
- „Assist”: a leszokási folyamat támogatása.
- „Arrange follow-up”: a leszokás folyamatának követése, a visszaesés megelőzése.

Motivációs interjú: a leszokásra nem kellően motivált pácienseknél a leszokás motivációjának erősítésére alkalmas módszer; alapelemei:

- az empátia kifejezése,
- az ellentmondásosság (diszkrepancia) felismertetése,
- a vita és utasítás kerülése (a páciens döntése),
- az ellenállás és okának feldolgozása,
- az önbizalom támogatása és erősítése.

„5R” módszer: olyan esetben alkalmazható, amikor a dohányzó aktuálisan nem kíván leszokni, és a tanácsadó nem képzett a motivációs interjú alkalmazásában; részei:

- „Relevance”: a leszokás jelentőségének egyénre szabott hangsúlyozása.
- „Risk”: egyénre szabott kockázati tényezők (pl. COPD exacerbációja, természetlenség, malignus betegségek) ismertetése.
- „Rewards”: a leszokással járó egyénre szabott előnyök ismertetése.
- „Road-blocks”: a leszokást akadályozó, megnehezítő körülmények feltárása.
- „Repetition”: a leszokás tanácsolása többszöri alkalommal.

Nikotinfüggőség: lásd bővebben az 1. Táblázatot.

AWHO meghatározása szerint nikotinfüggőség akkor áll fenn, ha az alábbi hét kritérium közül legalább három megfigyelhető a megelőző 12 hónap során

- erős dohányzás iránti vágy,
- kontroll nélküli dohányfogyasztás,
- csökkent dohányfogyasztás esetén megvonási tünetek,
- nyilvánvaló káros hatások ellenére is folyamatos dohányfogyasztás,
- a dohányzás más tevékenységek elé helyezése,
- magas tolerancia,
- a nikotinmegvonás tünetei.

2. Rövidítések

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CO: szén-monoxid

COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség

DNS: dezoxiribonukleinsav

DSM-IV-R: Mentális zavarok diagnózisa és statisztikai kézikönyve-IV (felülvizsgálat)

EH: esélyhányados

ELEF: Európai Lakossági Egészségfelmérés

ENDS: Elektronikus Nikotinbeviteli Rendszer/ Electronic Nicotine Delivery System

FGF: fibroblast növekedési faktor

HDL: magas sűrűségű lipoprotein

LDL: alacsony sűrűségű lipoprotein

nAch: nikotinos acetilkolin

NO: nitrogén-monoxid

NPT: nikotinpótló terápia

OTC: vény nélkül kiadható gyógyszerek

PAD: perifériás artériás betegség

PESCE: „A dohányzásról való leszokás gazdasági kérdései a háziorvosi gyakorlatban” című vizsgálat

RK: relatív kockázat

SMS: rövidüzenet-szolgáltatás

SSRI: szelektív szerotonin visszavétel-gátlók

VEGF: vascularis endothelialis növekedési faktor

VLDL: nagyon alacsony sűrűségű lipoprotein

WHO: Egészségügyi Világszervezet/ World Health Organization

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az irányelv ajánlásai és egyéb megállapításai különböző erejű bizonyítékokon alapulnak, amelyeket –, az ajánlás, megállapítás végén zárójelben – „A”, „B”, „C” betűkkel jelölünk, megjelölése a szövegrész végén pl. „A szintű evidencia”. Az európai [2] és az amerikai irányelv [3] besorolási rendszerében az „A” és „B” szintek megegyeznek, azonban a „C” szint értelmezése eltér. Mivel az amerikai irányelv egyértelművé teszi a szakértői vélemények leválasztását a bizonyítékokon alapuló állításoktól, így a fejlesztőcsoport az amerikai irányelv besorolási rendszerét vette alapul, mely a felhasznált tanulmányok típusa, minősége és esetszáma alapján sorolja be a bizonyítékokat e három kategóriába. Ha egy ajánlás mindkét irányelvből származik, az amerikai irányelv besorolása átvételre került, ha pedig kizárólag az európai irányelvből, akkor az ajánlást alátámasztó szakirodalom áttekintésével, az evidenciaszintje átsorolásra került az amerikai besorolás szabályainak megfelelően: amennyiben az ajánlás „C” szinten volt, és bizonyítékok alátámasztották az ajánlást, akkor „B”, bizonyítékok hiányában, „C” szintű besorolást kapott.

A bizonyítékok besorolása, megbízhatóságuk csökkenő sorrendjében:

A – Több, jól megtervezett, randomizált, kontrollált vizsgálat, amelyek tárgya közvetlen összefüggésben van az ajánlással és egységes megállapításokat eredményeztek.

B – Egyes randomizált, kontrollált vizsgálatokból származó bizonyítékok alátámasztják az ajánlást, azonban bizonyító erejük a következő okok miatt elmarad az optimálistól: kisszámú randomizált, kontrollált vizsgálat volt fellelhető, a vizsgálatok eredményei nem eredményeztek egységes megállapításokat, vagy a vizsgálatok tárgya nincs közvetlen összefüggésben az ajánlással.

C – Releváns randomizált, kontrollált vizsgálat hiányában, a szakértői testület egyeztetett véleménye.

4. Ajánlások rangsorolásának módja

Az adaptált irányelvek nem rangsorolták az ajánlásokat. A jelen irányelvben a fejlesztőcsoport az addiktológiai zavarok esetén gyakorta alkalmazott kontinuum-szemléletű ajánlás rangsorolást alkalmazta. Ebben az esetben a GRADE rangsorolás került alkalmazásra, ami az erősen ajánlottól az erősen ellenzettig meghatározott folytonos ajánláserősség skálán mozog. Az ajánlások erősségét, vagyis az ajánlás vagy az ellenzés mértékét a szöveg nyelvi jellemzői fejezik ki.



V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Célok

A dohányzásról való leszokástámogatás szakmai irányelvének célja, hogy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett klinikai döntési ajánlások sorozatával segítse a szakembereket a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító-megelőző munka minőségét, hatékonyságát és költséghatékonyságát. Az irányelv további célja, hogy az alap-, illetve szakellátásban dolgozó valamennyi szakember – munkakörének megfelelő szinten – feladatának fogadja el a leszokás támogatását, és ennek hatására csökkenjen a dohányzók aránya.

Szakmai célkitűzés, hogy öt évente mintegy 5%-kal csökkenjen a dohányzók prevalenciája Magyarországon, ezáltal a dohányzási arány megközelítse a nyugat, illetve észak-európai mutatókat [10].

1.1. Epidemiológiai adatok: Világszerte nagyjából 820 millió, 15 év feletti ember dohányzik. A felnőtt férfiak harmada, illetve mintegy 176 millió nő rendszeres dohányzó. A WHO felmérése szerint 2014-ben a dohányzók 5,8 trillió szál cigarettát szívtak el világszerte, amely 13%-os növekedést jelent az elmúlt évtizedet tekintve [7]. Évente közel hatmillió ember idő előtti halálát okozzák a dohányzás következtében kialakuló betegségek. További, mintegy hatszázezer nemdohányzó halála a passzív dohányzás miatt elszenvedett egészségkárosodás következménye. Ha a jelenlegi tendencia folytatódik, 2030-ra előreláthatóan évente nyolcmillióan halnak meg dohányzással összefüggő betegségek miatt [8].

Magyarországon 2014-ben a felnőtt lakosságdohányzási prevalenciája 28% volt; a férfiak 34%-a, a nők 22%-a dohányzott. Az előző, 2009-ben végzett országos lakossági egészségfelmérés (ELEF) eredményeihez képest érdemben csökkent az alkalmi dohányzók aránya mindkét nemben (férfi: 2 százalékpont, nő: 2 százalékpont), míg a rendszeres dohányzás aránya alapvetően nem változott (férfi: 32%, nő: 21%). A dohányzás prevalenciájának egységes vizsgálatok folyamatosan csökkenő dohányzási tendencia rajzolódik ki a 2003-ban mért csúcshoz képest (34%). A legutóbbi felmérés inkább az alkalmi dohányzók erőteljesebb csökkenését igazolja. A férfiak körében csökkentek, vagy változatlanok maradtak a rendszeresen dohányzók korcsoportos prevalenciái 2009-hez képest. Kivételt képez a 25–34 év közötti korcsoport, amelyben szinte valamennyi régióban emelkedett, illetve a legmagasabb a rendszeresen dohányzó férfiak aránya (41%). A prevalencia emelkedése tapasztalható az észak-magyarországi, az észak- és a dél-alföldi régióban, ugyanakkor Budapesten egyértelmű csökkenést igazolnak az adatok a 25–34 év közötti korcsoport kivételével. A rendszeresen dohányzó nők aránya, az 55–64 év közötti korcsoport kivételével, valamennyi korcsoportban csökkent, a 35–44 évesek között a legjelentősebben, 5 százalékponttal. 2009-ben és 2014-ben is ez az arány a 45–54 év közötti korcsoportban volt a legmagasabb (34, illetve 31%). Esetükben is az észak-magyarországi és az észak-alföldi régióban emelkedett a rendszeresen dohányzók aránya. Az összes

dohányzó aránya az előbbi régióban a legmagasabb (férfi: 42%, nő: 30%). Budapesten a rendszeresen dohányzók arányának valamennyi korcsoportra jellemző csökkenése kifejezettebb a nők, mint a férfiak esetében. Az iskolai végzettség, a jövedelmi viszonyok és a gazdasági aktivitás erőteljesen befolyásolják a rendszeres dohányzás alakulását. E tényezők közül is kiemelkedik az iskolai végzettség. A férfiaknál az alacsony iskolai végzettségűek közel háromszor nagyobb valószínűséggel dohányoznak, mint a magasan iskolázottak (41 vs. 15%). Az alsó jövedelmi ötödbe tartozó háztartásokban a rendszeres dohányzás valószínűsége majdnem kétszer magasabb, mint a felső jövedelmi ötödben (45 vs. 24%). A munkanélküliek dohányzási aránya a legmagasabb (55%). A nők körében a közepes szintű végzettségűeknél a legmagasabb a rendszeres dohányzás valószínűsége (25%). Esetükben az alacsony jövedelmi helyzet kevésbé játszik szerepet, ugyanakkor a foglalkozást tekintve a nők között is a munkanélküliek és a háztartásbeliek dohányzásának a legszámottevőbb a valószínűsége (31 és 35%) [9].

Az Eurobarometer 2017-ben végzett felméréseinek adatai szerint, Magyarországon a felnőtt lakosság 27%-a dohányzott. Ez megfelel az Európai Unió tagállamai átlagának (26%), bár jelentős a különbség a legalacsonyabb dohányzási prevalenciával rendelkező Svédország (7%) és a legmagasabb dohányzási arányt mutató Görögország (37%) között [10].

2012-ben 21 746-an haltak meg dohányzással összefüggő betegség miatt Magyarországon. Az általános halandóság csökkenése és a szenvedélybetegség miatt elhunytak abszolút számának enyhe emelkedése miatt 2000–2012 között a dohányzásnak tulajdoníthatóan meghaltak százalékos aránya növekedett az összhalálozásban. 2012-ben az összhalálozás 17%-a dohányzás miatt következett be. 2000 és 2012 között férfiaknál a dohányzásnak tulajdonítható halálozások abszolút száma közel tizedével csökkent, eközben a nőké több mint másfélszeresével emelkedett. 2012-ben mintegy 15 ezer férfi és 6800 nő halt meg Magyarországon a dohányzás következtében. A 35–70 év között elveszhető életévek tekintetében a férfiaknál minden harmadik, a nőknél minden negyedik elvesztett életévet a nikotinfüggőség okozott [11].

1.2. A dohányzás egészségkárosító hatásai szerteágazóak. Dohányzás hatására jelentősen fokozódik a cardiovascularis megbetegedések (akut és krónikus koronaria szindróma, hipertonia, perifériás artériák érelmeszesedése, artériás és vénás thrombosis, stroke), egyes daganatok (tüdőrák, szájüregi daganatok, gégerák, nyelőcsőrák és hólyagrák) és a COPD kockázata. Szerepet játszik a dohányzás a csontritkulás, a szürkehályog, a macula lutea degeneráció kialakulásában is. A dohányzás jelentős szövődménye a fertilitás csökkenése és az impotencia. A várandós anyák dohányzása nemcsak az anya, hanem a magzat egészségét, életkilátásait is rontja és káros hatása még egy generációval később is észlelhető [12].

A tüdőrák halálozását tekintve Magyarország világelső, és ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzásnak tulajdonítható. A dohányzással összefüggésbe hozható halálozások 33%-át, a hörgők és a tüdő daganatai, 10%-át egyéb rosszindulatú daganatok, 26%-át ischaemiás és más szívbetegség, 10%-át magasvérnyomás- és agyérbetegségek, 18%-át COPD és 5%-át az ajak, a szájüreg, a garat, a nyelőcső és gége rendellenességei okozták 2012-ben [11].

A dohányzás nemcsak számos betegség gyakoriságát növeli meg, hanem a kezelésük hatásfokát is csökkenti, progresszióját elősegíti, így lefolyásukat is súlyosbítja. Egyaránt igaz ez a cardiovascularis, a krónikus légúti és a daganatos betegségekre is. Annak a valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusból meghaljon, két-háromszorosa a nemdohányzók kockázatához képest. A napi 10, vagy

több szál cigarettát szívó dohányzók átlagosan 5–10 évvel rövidebb ideig élnek és a tüdőrák kialakulásának kockázata hússzor magasabb, mint a nemdohányzók esetében. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával [12].

1.3. A dohányzásleszokás-támogatás általános ajánlásai. Kiemelt rizikócsoportot jelentenek a dohányos cardiovascularis (hypertoniás, ischemiás szívbeteg, carotis és alsó végtagi érszűkületes), 2-es típusú diabeteses, krónikus légúti betegségben (COPD, asthma) és daganatos betegségben szenvedő páciensek, valamint a várandósok és a fiatalok. Ezekben a csoportokban az ellátás minden szintjén következetesen alkalmazni kell a leszokástámogatás valamelyik, aktuális lépcsőjét.

A leszokástámogatás módszerének megválasztásában kiemelt csoportot jelentenek a pszichiátriai betegek, akik esetében szükség van a pszichiáter és a leszokást támogató szakember együttműködésére, ezért ezen csoport leszokásának támogatását külön fejezetben tárgyalja az irányelv.

A dohányosok kétharmada foglalkozott már a leszokás szándékával, mintegy fele próbálkozott vele, de saját erőből csak mintegy 3–5%-nak sikerül a tartós absztinencia.

A dohányzás kettős függés, a leszokás nem könnyű, de segítséggel könnyebb.

1.4. A dohányzás során a toxikus, mutagén, krónikus gyulladást kiváltó hatások összegződnek részben a nikotinnak, részben az égéstermékeknek tulajdoníthatóan. Kiemelendő a dohányzás során létrejövő szisztémás gyulladás lehetősége, amely az érrendszeren (endothelium) és a tüdőszöveten keresztül számos belszervi működést progresszíven károsít. Bizonyos összetételű fogamzásgátlók használata egyes egyéneknél fokozhatja a trombóziskészséget, amely dohányzás esetén összeadódó veszélyt jelent. A dohányzás és a várandósság kapcsán utalunk a nikotin hatásai fejezetre. A nikotinfüggés fontos ismérve, hogy a fennálló, ismert, az életkilátásokat befolyásoló betegség vagy az egészségi állapot fokozatos romlása ellenére is folyamatos és fenntartott a dohányzás. A dohányzó krónikus betegeknel ezzel kell számolni. Ismert szervi betegség mellett is tovább dohányzó betegeknel a segítség nélküli leszokás esélye csekély [12].

A leszokást követően változó mértékben és más-más idő elteltével, de **egyértelműen csökken az egyes egészségkárosodások kockázata.** A dohányzás abbahagyása után már 24 óra elteltével megkezdődik a hörgők regenerációja, 72 óra elteltével érezhetően könnyebbé válik a légzés, fél év elteltével mérséklődik a köhögés és a nehézlégzés. A szívinfarktus kockázata már egy év elteltével feleződik, és öt év elteltével közelíti a nemdohányzók kockázatát. A tüdőrák esetében a feleződés ideje öt év és tíz-tizenöt év alatt közelíti meg a soha nem dohányzók kockázatát.

1.5. A dohányzás visszaszorítása **összetett népegészségügyi és szakpolitikai feladat.** A dohányfogyasztás sikeres csökkentéséhez elengedhetetlen, hogy a dohányzók a lehető legtöbb ismeretet megkapják a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről, amellyel, hogy további, hatékony intézkedések e cél elérését segítenék (dohánytermékek adótarthatalmának emelése és a fogyasztást szigorító rendeletek [13–17]). Célszerű a leszokni vágyók részére az egészségügy keretein belül támogató programok elérhetőségét biztosítani. A leszokás támogatása a leginkább költséghatékony eszköz a primer és szekunder prevencióban egyaránt.

2012-ben kezdte meg működését az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ (www.leszokaspont.hu) amelynek célja, hogy módszertani segítséget nyújtson az evidencia alapú leszokás támogatáshoz, összefogja és irányítsa a dohányzás visszaszorítását célzó szakmai tevékenységeket, kezdeményezze a vonatkozó szakmai irányelv szerkesztését, valamint akkreditált képzéseket nyújtson („leszokástámogató szakember”). Egyéni, csoportos és telefonos tanácsadása révén gondoskodik arról, hogy a dohányzó magyar lakosság minél szélesebb köréhez eljusson az információ és az egyénre szabott segítség.

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során, bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendők pácienssel együtt történő megválasztására. A leszokástámogatás módját a leszokni kívánó dohányos közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, szakembernek tanácsos meghatározni. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek - különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre -, a páciens kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő programszerű leszokástámogatási módszer megválasztását, ajánlását. A tüdőgondozók bázisán 2013-ban létrehozott akkreditált leszokástámogatási tanácsadást végző centrumok országos hálózata biztosítja a programszerű leszokástámogatás széles körű elérhetőségét a leszokni kívánó dohányos számára. Több légzési és kardiológiai rehabilitációs tevékenység keretében beillesztetté vált a leszokás támogatása.

A leszokás támogatása orvosi, tágabb értelemben véve egészségügyi kompetenciába tartozik, mivel: a dohányzás-nemdohányzás kérdését az emberek az egészség-betegség problémakörébe sorolják; a dohányzás okozta panaszok, betegségek miatt a dohányosok többsége orvosi ellátást igényel; a dohányzás következtében kialakult idült egészségkárosodások az egészségügyi ellátóhálózatot terhelik; a dohányosok többsége nikotinfüggőségben, vagyis egyfajta szenvedélybetegségben szenved.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás kritériumainak megfelelő és a tartósan leszokottak arányát jelentősen (25–30%) növelni képes terápiás programok [3] alapján megállapíthatók az alábbiak:

- A közvéleményt tájékoztatni kell a dohányzás következményeiről és arról, hogy a cigaretta elhagyásához hatásos segítséget kaphatnak.
- Az orvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók, védőnők graduális és posztgraduális képzése keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról való leszokást segítő módszereket.
- A rutin betegellátás keretében minden orvosnak foglalkoznia kell a páciensek dohányzásával. A dohányzásleszokás-támogatás – ellátóhelyhez és pácienshez adaptált – minimálintervencióként definiált módszerével támogatnia kell a leszokást.
- Létre kell hozni és fenn kell tartani olyan, a dohányzásról leszokást segítő szakellátást, amely mindenki által hozzáférhető.
- Biztosítani kell a leszokástámogatási tevékenység önálló finanszírozottságát, a rizikócsoportok számára az ehhez szükséges farmakoterápiás készítmények részleges támogatását a hatékonyság növelése érdekében.

A felsorolt törekvések kiteljesedését célozza jelen irányelv, amely útmutatóul szolgál az egészségügyi ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakember számára, annak érdekében, hogy az ellátási helyzetnek megfelelő mértékben részt vegyen adott páciens dohányzásleszokás támogatásában.

2. Felhasználói célcsoport

A dohányzásleszokás támogatásának szakmai irányelve valamennyi egészségügyi ellátó számára ajánlást fogalmaz meg az alapszintű leszokástámogatás, azaz a dohányzás tényének szűrése, státus felmérése és a leszokást támogató minimálintervencióra, valamint a leszokást támogató szakellátásba történő irányítás szempontjaira vonatkozóan.

Az irányelv valamennyi támogatási lépcsőjét, erre vonatkozó ajánlását minősítéssel rendelkező, speciális szakellátásban dolgozók (tüdőgondozók és speciálisan képzett ellátók által működtetett leszokást támogató központok) alkalmazzák a minél eredményesebb dohányzásleszokás-támogatási programok működtetéséhez.

Az egészségügyi ellátók között kiemelkedő szerepet kapnak:

- a felnőtteket és serdülőket ellátó háziorvosok, akik a minimálintervenció területén annak teljes vertikumát gondozási feladatkör keretében végzik;
- a védőnők, akik az iskola-egészségügy és a terhesgondozás feladatkörében hangsúlyosan veszélyeztetett populáció dohányzásleszokását segítik;
- a tüdőgyógyászok, akik a tüdőgondozókban működő, területi leszokást támogató központokban dolgoznak;
- a népegészségügyi szakemberek, akik a különböző szintereken formálódó életmód-tanácsadás keretében támogatják a leszokni vágyókat;
- a gyógyszerészek.

Valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi ellátó számára tájékoztatást ad az irányelv arra vonatkozóan, hogy adott kór állapot, betegség vagy klinikai szituáció esetében az ellátott dohányzói státusza milyen mértékben és formában módosítja az állapot alakulását, gyógyulási készségét és a terápiás beavatkozások eredményességét. Ugyanakkor az irányelv nem ad arra vonatkozóan ajánlást, hogy ilyen esetben milyen döntési alternatívát kell választani, az, az adott kór állapottal foglalkozó irányelvek feladata.

Az irányelv standardokat és indikátorokat fogalmaz meg az ellátás külső minőségértékelése és belső minőségmérése számára.

Az irányelv alkalmazása bármely népegészségügyi program esetében javasolt az életmód tanácsadás keretében zajló feladatok támogatására.

Az irányelv a felnőtt és fiatalkori dohányosok leszokás támogatásáról szól.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv felülvizsgálata.

Azonosító:	000637
Cím:	Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának egészségügyi szakmai irányelveA dohányzásról való leszokás támogatásáról [1]
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2014. 64. évfolyama, 19. szám
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	Behrakis PK, Bilir N, Clancy L, Dautzenberg B, Konstantinovich Demin A, Papadakis S, Trofor A, Vardavas C.
Tudomány os szervezet:	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) [2]
Cím:	ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence – The Comprehensive Guide to the Implementation of Treatments and Strategies to Treat Tobacco Dependence
Megjelenés adatai:	2016 http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf
Elérhetőség :	
Szerző(k):	Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, Dorfman SF, Froelicher ES, Goldstein MG, Heaton CG, Henderson PN, Heyman RB, Koh HK, Kottke TE, Lando HA, Mecklenburg RE, Mermelstein RJ, Mullen PD, Orleans CT, Robinson L, Stitzer ML, Tommasello AC, Villejo L, Wewers ME, Murray EW, Bennett G, Heishman S, Husten C, Morgan G, Williams C, Christiansen BA, Piper ME, Hasselblad V, Fraser D, Theobald W, Connell M, Leitzke C.
Tudomány os szervezet:	
Cím:	U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service [3]
Megjelenés adatai:	Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update
Elérhetőség :	2008 https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html
Szerző(k):	Behrakis PK, Papadakis S, Vardavas C.
Tudomány	

os szervezet:	Hellenic Center for Disease Control and Prevention; European Network for Smoking and Tobacco Prevention;
Cím:	CMT Prooptiki; Anlet Med S.R.L.; TobaccoFree Research Institute Ireland LBG [4]
Megjelenés adatai:	Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups(TOB.g)
Elérhetőség:	2017 http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf
Szerző(k):	Siu AL
Tudományos szervezet:	U. S. Preventive Services, Task Force [5]
Cím:	Tobacco smoking cessation in adults, including prgnant women: Behavioral and pharmacotherapy interventions
Megjelenés adatai:	2015 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions1
Elérhetőség:	

Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Jelen irányelv az alábbi népegészségügyi programok megvalósításában játszik szerepet.

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi program megvalósításában:

A dohányzás visszaszorításának stratégiája.

Cím:	„Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia [6]
Megjelenés adatai:	www.kormany.hu
Elérhetőség:	https://aEEK.hu

Kulcsszavak:

dohányzás, leszokás, nikotinfüggőség, életmód-tanácsadás

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A dohányzás súlyos egészségkárosító hatásainak ismeretében, az egészségügyi ellátásban megforduló dohányzó személyeknek ajánlani kell a leszokást. Ennek módját a leszokni kívánó dohányos közeli és távoli anamnézise alapján a pácienssel közösen, egészségügyi szakembernek tanácsos meghatározni. A dohányzásról való leszokást segítő módszerek és az ezt biztosító ellátórendszer kétszintű. Az első szint az ún. „minimál intervenció”, vagyis a dohányosok motiválása, a rövid,

ismételt tanácsadás a leszokás elhatározására, az igényelt segítség megismerése, valamint szükség esetén, a szakember kínálta ellátás felé való irányítás. A második szint a szakellátás szintje, vagyis a „programszerű leszokástámogatás”, amikor speciálisan képzett szakember segítségével, több találkozással, hosszabb időn keresztül, de egyeztetett célkitűzéssel, a magatartás-orvoslási terápiával kombináltan, szükség esetén farmakoterapiás módszerekkel kiegészítve történik a leszokás támogatása.

A nikotin egészségkárosító hatásai

A nikotinnak a függőség kialakulásában betöltött szerepe mellett ma már számos egészségkárosító hatása ismert:

- A nikotinbevitel folyamatosan stimulálja a szimpatikus idegrendszert, emeli a szívfrekvenciát, a vérnyomást, és fokozza a szívizom kontraktilitását az α -adrenerg receptorokon kifejtett hatásán keresztül, ezáltal hozzájárul a cardiovascularis betegségek kialakulásához. Közreműködik az endothelium funkciózavarának kialakulásában, károsítja az endothelsejteket, átalakítja azok struktúráját és az intima vastagodását idézi elő. Krónikus gyulladós állapot előidézésén keresztül beindítja a vasculitis folyamatát, ezáltal fokozza az atherosclerosis létrejöttét. A dohányzás pro-thrombogén hatású [26, 27].
- A nikotin, valamint származékai és metabolitjai felelősek a daganatok kialakulásáért és progressiójáért. A dohányzás során a nikotinból keletkező dohányspecifikus nitrózaminok, az NNK (4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanon), és az NNN (N'-nitrosornicotin) bizonyítottan humán karcinogének [28]. A nikotint elsősorban tumorpromoterként tartják számon: az apoptózis mérséklése révén hozzájárul a károsodott epithelialis sejtek túléléséhez. Az angiogenezisben szerepet játszó faktorok (NO, prosztaciklin, VEGF, és FGF) szérumkoncentrációjának emelésén keresztül fokozza a tumorszövet vérellátását. A nACh-receptor aktiválásán keresztül a nikotin támogatja a tumorsejtek elvándorlását, szövetinvázióját és a mesenchymába való betörését. Komoly aggodalomra ad okot, hogy az apoptózis mérséklése révén, a nikotin csökkenti a kemo- és radioterápia hatékonyságát [27].
- A nikotin emeli az inzulinantagonista hormonok (katekolaminok, kortizol, növekedési hormon) szintjét a véráramban, továbbá fokozza a szimpatikus idegrendszer működését. Ezeken és számos egyéb, egyelőre ismeretlen folyamaton keresztül növeli az inzulinrezisztenciát [27].
- Nikotin hatására emelkedik a plazma epinefrin- (adrenalin-) szintje, ami fokozott lipolízist eredményez a zsírszövetekben. A lipolízis hatására felszabaduló szabad zsírsavak a májban trigliceridekké alakulnak, ezért a plazmában jelentősen felszaporodik a VLDL- és az LDL-, egyúttal csökken a HDL-koleszterin szintje, amely változások hozzájárulnak az atherogenesishez. A nikotinbevitel tehát fogyást és dyslipidaemiát is okoz, mely utóbbi magában hordozza a szív- és érrendszeri komplikációk lehetőségét [27].
- A nikotin átjut a placentán és a magzatban valamivel magasabb koncentrációt ér el, mint az anyában. A nikotin csökkenti a placenta vérellátását, amely magzati hipoxiához és acidózishoz vezethet. A nikotin számos veleszületett és viselkedési rendellenesség kialakulásához is hozzájárulhat. In utero elszennvedett nikotინexpozíció hatására a magzat tüdejének tömege, térfogata és funkciója elmarad az egészségestől. A nikotin hatással van a magzat mozgására, amelynek fontos a

szerpe az embriogenezis során. Az intrauterin nikotin káros hatást fejt ki a fül külső szőrsejtjeinek fejlődésére, ezáltal a hallásra és nyelvi készségekre.

- A nikotin károsíthatja a petevezeték működését, így növeli a méhen kívüli terhesség, a teherbeesési nehézségek előfordulásának valószínűségét [27].
- A nikotin a központi idegrendszer nACh-receptoraihoz való kötődésével képes mind anxiogén, mind anxiolitikus hatást kiváltani, a bevitt mennyiségtől függően. Az anyai dohányzással in utero elszenvedett, vagy a serdülőkori dohányzásból következő nikotinbevitel jelentősen megemeli a később jelentkező szorongásos kórképek és a pánikbetegség megnyilvánulását. A magyarázat abban rejlik, hogy a nikotin a legintenzívebb fejlődési időszakban károsítja az idegsejteket. Torzítja az idegsejtek szerkezetét, befolyásolja a programozott apoptózist, valamint a génexpresszió szabályozását [29–32].

A nikotinfüggőség

A dohányzás komoly függőséget (addikciót) alakít ki. Amíg a dohányosoknak csak 5–7%-a számít könnyű, azaz nem függő dohányosnak (pl. maximum 5 szál cigarettát szív el egy nap), addig a dohányosok túlnyomó többségére komoly függőség jellemző [33]. A dohányzás esetében magasabb arányú az egyszeri használatból a függő státuszba való átmenet, mint a heroin, a kokain és az alkohol esetében [34].

A nikotinfüggőség kialakulásának hátterében elsősorban a nikotin pozitív megerősítő hatása áll, amelynek létrehozója a nikotin stimuláló hatására a mesolimbicus jutalmazó agyi területeken (különösen a nucleus accumbensben) kiáramló dopamin [35]. Az addikció kialakulásában fontos szerepet tölt be az, hogy a dohányos a nikotinszint csökkenésével (a nikotin átlagos felezési ideje 2 óra) fellépő megvonási tüneteket az újabb nikotinbevitellel gyorsan meg tudja szüntetni.

A nikotinfüggést érdemes krónikus betegségként kezelni, mivel jellegzetesek a relapszust és a remissziót tartalmazó ciklusok. A nikotinfüggőség kezelése éppen ezért folyamatos gondozást igényel.

A nikotinfüggés nagyon hasonlatos más pszichoaktív szerekkel kapcsolatos függésekhez, ezek kritériumait a DSM-IV-R alapján [36] az 1. Táblázatban foglaltuk össze.

1. Táblázat – A nikotinfüggés jellemzői

A nikotinfüggés DSM IV-R kritériumai	A dohányzással kapcsolatos specifikumok
A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, ami legalább három tünetben manifesztálódik az alábbiakból, ugyanabban a 12 hónapos periódusban.	
1. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyike jellemez:	A nikotinbevitel okozta kellemetlen toxikus tünetekkel szemben gyorsan kialakul a tolerancia a rendszeres dohányzás során.

	A nikotinnal kapcsolatos intoxikáció – a szokásos használat esetében – enyhe és rövid időtartamú, rendszerint a dohányzással kapcsolatos kísérletezés időszakára korlátozódik.
a) A szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye az intoxikáció vagy kívánt effektus elérése érdekében.	A legtöbb dohányos eléri a maximális adagját pár hónap vagy év alatt.
b) A szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken a hatás.	A rendszeres dohányos napi adagja kellemetlen tüneteket okozna a kezdő használónak. A reggeli első cigaretták a „legjobb” megerősítők. A délelőtti cigaretták nagyobb megerősítő erővel bírnak, mint a nap második felében elszívottak.
2. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:	A nikotin bevitelének megszakításakor vagy a bevitt mennyiségének csökkentésekor fellépnek a megvonási tünetek.
a) A szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonási szindróma (lásd megvonás A és B kritériumait a 3. Táblázatban)	A dohányzás abbahagyása vagy csökkentése nagyon hamar, akár 2 órán belül kiválthat megvonási tüneteket.
b) Ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére.	A rágyújtást követően mintegy 10 másodperc alatt csökkennek a megvonási tünetek.
3. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig használják, mint eredetileg szándékozták.	
4. Állandó szerkíváncsalom vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására.	Hazánkban – az egymástól eltérő vizsgálatok eredményei szerint – a dohányzóknak 45–50%-a kíván leszokni, 80%-uk már meg is próbálta. Jellemző a dohányosok életében a leszokás többszöri sikertelen kísérlete. Mindössze a dohányosok 4%-a éri el az egyéves absztinenciát saját maga kezdeményezésére, segítség nélkül. A dohányosok kis hányada (mintegy 10%) vesz

	igénybe módszertanilag validált és szakember által nyújtott segítséget.
5. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, használatára (pl. láncdohányzás) vagy a hatásaitól való megszabadulásra.	
6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt.	
7. A szerhasználat folytatása olyan állandóan meglévő vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amiről az egyén tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja.	Az egyén egészségi állapotának rosszabbodása vagy súlyos következmények ellenére is sokszor fenntartja dohányzási szokását.

Elektronikus cigaretta (e-cigaretta) elektronikus nikotinbeviteli rendszer (electronic nicotine delivery system: ENDS)

Az elektronikus nikotinbeviteli rendszerek (Electronic Nicotine Delivery System – ENDS) kategóriájába tartozó eszközök közül az e-cigaretta terjedt el leginkább. Működése a készülék tartályában lévő folyadék fűtőszállal történő felmelegítésén és aeroszollá porlasztásán alapszik. Az e-cigaretta patronokban lévő folyadék (e-liquid) legfontosabb összetevői a nikotin, az oldószer (a folyadék alapja), a víz, valamint a különböző adalékanyagok és ízesítő aromák [19]. Az e-cigaretta használatának célja a dohányzás imitálása, ezért a felhasználók körében a nikotintartalmú folyadék a leginkább elterjedt [19].

Az e-cigarettát mind többen ismerik világszerte, az utóbbi években számos országban megkétszereződött azon serdülők és felnőttek száma, akik kipróbálták a terméket [19]. Az e-cigaretta elterjedését követő években, a készüléket kizárólag dohányzók használták, aggodalomra ad azonban okot, hogy az elmúlt pár évben mind nagyobb számban választják a leszokott dohányosok [19], illetve a nem dohányzó fiatalok. A hagyományos cigarettának megfelelő korlátozás hiányában sok országban elterjedt a kettős használat gyakorlata: zárt térben az e-cigaretta, szabadtéren a hagyományos cigaretta fogyasztása [2, 19].

Az utántöltő folyadékok többségében (99%) lévő nikotinnak, a függőség kialakulásában betöltött szerepe mellett, ma már számos más egészségkárosító hatása ismert. Az e-cigaretta által előállított pára kémiai és fizikai tulajdonságait nem csupán a folyadék összetevői befolyásolják, hanem a készülék típusa (hányadik generációs készülék, milyen feszültségen üzemel, a készülék előállításához felhasznált anyagok), a felhasználó személye (e-cigaretta használatra vonatkozó gyakorlat, szippantások között eltelt idő, életkor, nem, egészségi állapot), valamint a környezet (időjárás, légáramlás, zárt térben a helyiség mérete, e-cigaretta használók száma a közelben) is [37]. Számos összetevő változatlanul kerül a párába, míg mások a magas hőmérséklet hatására lebomlanak, átalakulnak, és mérgező – többek között rákkeltő, nyálkahártya irritáns, tüdőszövet-károsító, oxidatív stresszt fokozó és krónikus gyulladással járó kórkép kialakulását elősegítő vegyületek jönnek létre [37, 38]. A vizsgálatok módszertani hibái, összeférhetlenségi tényezők (a dohánygyárak szponzorálásával

készült tanulmányok adatainak vitatható hitelessége) és a hosszú távú egészségkárosító hatások vizsgálatának hiánya miatt nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával kapcsolatos egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez [2, 19].

A témában végzett vizsgálatok rámutatnak, hogy a felnőtt e-cigaretta használók többsége a dohányzásról való leszokás reményében próbálja ki a készüléket [19]. Továbbra sincs azonban elégséges bizonyíték arra, hogy az e-cigaretta alkalmas volna a dohányzás okozta fizikai, pszichés és motivációs függőség kezelésére, ezért leszokástámogatásra nem javallott [2]. Az e-cigaretta használatának a leszokás támogatásában játszott pozitív szerepét hangoztató első vizsgálatokban komoly módszertani és etikai hibák találhatók, viszont az újabb, módszertanilag helytálló vizsgálatok alapján kijelenthető, hogy az e-cigaretta a leszokást támogató hatékonysága nem haladja meg a többi nikotinpótló készítményét [2].

Az e-cigaretta, a nikotintartalom mértékétől függően csökkenti a megvonási tüneteket, jóllehet a korábbi dohányosok esetében hatékonyabban, mint a jelenleg dohányzóknál. Hatékonysága megfelel a nikotinos inhalátor használatához tapasztaltakhoz, ugyanakkor kényelmi szempontok miatt, az e-cigaretta inkább közkedvelt a leszokni kívánók körében [19, 40]. A leszokásra motivált személyeknél, a készülék típusától és nikotintartalomtól függően, az e-cigaretta használata valószínűleg csökkentheti az elszívott cigaretták számát, ezzel együtt a nikotin tartós és nem csökkenő dózisú bevitele fenntartja a nikotinfüggőséget [2].

Az e-cigaretta az Európai Unió dohánytermékek gyártására, kiszerezésére és értékesítésére vonatkozó irányelve alá tartozik és nem orvosi eszközként, gyógyszerként kerül engedélyezésre.

1. A dohányzásról leszokás támogatásának színterei

Ajánlás 1

Az egészségügyi ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakembertől elvárható, hogy ellátási helyzetének megfelelő mértékben részt vegyen adott beteg dohányzásról való leszokásának támogatásában és tanácsolja a leszokást (A, erősen ajánlott) [2, 3].

Valamennyi alapellátásban és krónikus szakellátásban dolgozó szakember feladata, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, azt dokumentálja, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását (A), illetve tárja fel és erősítse meg a leszokási szándékot.

Ajánlott, hogy az a szakember végezzen ilyen tevékenységet, aki nem dohányzik, illetve leszokott.

A felsőfokú szakképesítés minden szakterületének szakképzésében javasolt a dohányzásról leszokástámogatás témakörének beillesztése.

Ajánlás 2

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény által kiadott irányelv szerint a dohányzásról való leszokást segítő rendelés működésének alapkövetelménye, hogy a tevékenységet végző szakember a feladatnak megfelelő kiképzésben részesüljön, ezért a tevékenységért díjazást kapjon, és ez a tevékenység az intézmény egyéb tevékenységeitől elkülönítve, kijelölt időben történjék (C, erősen ajánlott) [18].

A programszerű gyógyszermentes leszokástámogatást egyformán hatékonyan végezhetik az erre - akkreditált tanfolyam során – képzett orvosok, pszichológusok, szakdolgozók. Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ által szervezett akkreditált tanfolyam hivatott a programszerű leszokást támogató szakemberképzésre. A tanfolyam elvégzését követően, a leszokást támogató tanácsadást végezheti erre képzett orvos, pszichológus, diplomás szakdolgozó. Gyógyszer indikálása, felírása az orvos kompetenciájába tartozik.

2. A dohányzásról leszokás támogatásának stratégiája

Ajánlás 3

A dohányzásról leszokás támogatása során, bármely szintéren javasolt az „5A” módszer lépéseinek követése (A, erősen ajánlott) [2, 3].

A nemzetközi gyakorlatban igen elterjedt módszer bármely életmódi tanácsadás, így különösen a dohányzásról leszokás támogatása során a viselkedésváltozási modell, az ún. „5A” módszer lépéseinek követése (lásd XI. algoritmus, 1. Ábra). Első három lépése: kérdezz rá („ask”), javasold a leszokást („advise”), tárd fel és erősítsd a leszokás iránti motivációt („assess”) a minimálintervenció elemei (lásd Ajánlás 4), amelyek alkalmazása időkímélő, maximalizálja az intervenció hatásosságát, és bevezetheti a második szintű programszerű leszokástámogatást.

3. A dohányzásról leszokás támogatásának módszerei

A leszokástámogatás módját a leszokni kívánó dohányos közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, szakembernek tanácsos meghatározni. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek - különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre -, a páciens kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő leszokási módszer megválasztását, ajánlását.

A leszokás támogatásának módszerei a minimálintervenció, illetve a programszerű leszokástámogatáson belül a gyógyszermentes és a farmakoterápiás módszerek.

Ajánlás 4

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendőknek az ellátott pácienssel együtt történő megválasztására (A, erősen ajánlott) [2, 3].

A minimálintervenció (minimálisan 3–5 perc) a következő elemekből épül fel:

- a dohányzás tényére történő rákérdezés/a dohányzási státusz felmérése és az adatok dokumentálása a releváns ellátási dokumentációban;
- a dohányzás abbahagyásának javaslata;
- a leszokás szándékára való rákérdezés, motiváció felkeltése vagy megerősítése;

3.1. A minimálintervenció meghatározása

Valamennyi, alapellátásban és szakellátásban dolgozó szakembertől elvárható, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását (A), erősítse meg a leszokási szándékot, a motivációjukat. Ez a három tevékenység határozza meg alapvetően a „minimálintervenciót”. Ez jelenti a leszokás támogatásának első szintjét. Kevésbé időigényes, mint a programszerű leszokás támogatás, az esetek egy részénél azonban megfelelő lehet, illetve bevezetheti a későbbi, második szintű programszerű leszokástámogatást. (lásd XI. algoritmus, 1. Ábra)

Az alapellátásban dolgozó orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek találkoznak leggyakrabban a betegekkel, egészséges páciensekkel. Nekik van leginkább lehetőségük arra, hogy felderítsék dohányzási szokásaikat, kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását. Bizonyíték van rá, hogy a minimálintervenció alkalmával rákérdezve a dohányzási szokásokra, ajánlva a leszokást, az erősíti a leszokás motivációját és ezen keresztül a leszokás sikerességét (A) [3]. Az orvosi tanács segíti a dohányzásról történő leszokást, megnövelve annak valószínűségét [RK=1,66 (1,42–1,94)] [3].

3.2. A minimálintervenció struktúrája

A minden dohányosnak szóló minimálintervenció meghatározott elemekből áll, amelyek alkalmazása időkímélő és maximalizálja az intervenció hatásosságát. A minimálintervenció magában foglalja az eseti tanácsadást, a dohányzásról történő beszélgetést, a leszokással kapcsolatos motiváció erősítését. A páciens-orvos, gondozott-védőnő találkozás alkalmával az intervenció időtartama (minimálisan 3–5 perc) egyenesen arányos annak hatásosságával (A) [2, 3]. A minimálintervenciónak egyénre szabottnak kell lennie, így az adott helyzetben az adott dohányos részére nyújtott tanácsadást számos tényező befolyásolhatja: az egyén leszokás melletti elkötelezettsége, milyen mértékben fogadja el a tanácsadást, korábbi leszokási kísérletek során milyen tapasztalatot szerzett.

Minden dohányosnak javasolni kell a leszokást (speciális élethelyzetekben lehetnek kivételek), dohányzási szokásaikat rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációban. Azokat a dohányosokat, akik még nem készek a dohányzás abbahagyására, biztatni kell a leszokás megfontolására. A dohányzással összefüggésbe hozható betegségben szenvedő, jelenleg is dohányzó betegek esetében a tanácsadás térjen ki a betegség és a dohányzás kapcsolatára [41]

Az alapellátásban és a krónikusbeteg-szakellátásban történő gondozás során alkalmazott minimálintervenció célja az, hogy felderítsék a rendelésen/tanácsadáson megjelenő valamennyi páciens dohányzási helyzetét, azonosítsák a dohányzókat és közülük azokat, akik hajlandók a közeljövőben (pl. egy hónapon belül) abbahagyni a dohányzást. Az első lépésben ezekre a páciensekre érdemes figyelni. A nemdohányzók között célszerű azonosítani azokat, akik korábban dohányoztak, de már leszoktak (a relapszus prevenciója). Az aktuálisan dohányzó, de jelenleg leszokni nem szándékozó pácienseknek is javasolni kell a dohányzás abbahagyását, jelezve számukra, hogy az orvosnak szándékában van később visszatérni a kérdésre. Ennek a „visszatérésnek” – azaz a páciens dohányzási helyzetével történő foglalkozásnak – a lehető leggyakrabban, de két évente legalább egy alkalommal meg kell történnie.

A minimálintervencióval kapcsolatos tevékenységet a beteg dokumentációjában (a háziorvos dokumentációs rendszere; a védőnők terhesgondozási adatlapja; a járóbeteg-szakellátó dokumentációs rendszere; a fekvőbeteg-szakellátó dokumentációs rendszere) jól felismerhető

módon és dátummal együtt érdemes regisztrálniuk a szolgáltatást nyújtó szakembereknek. Ennek elemei az alábbiak:

- A jelenlegi dohányzási szokások alapján az alábbi kategóriák valamelyikébe sorolandó a páciens: jelenleg dohányzó, aki a közeljövőben (pl. egy hónapon belül) le kíván szokni a dohányzásról; jelenleg dohányzó, aki nem kíván leszokni a dohányzásról; jelenleg nem dohányzó, aki korábban dohányzott; soha nem dohányzott.
- Dohányzó esetében a nikotindependencia súlyosságát a Fagerström-kérdőívvel meghatározott index értékével kell leírni, vagy regisztrálni kell az elszívott cigaretták számát és az ébredést követő első rágyújtásig eltelt idő hosszát.
- Azokat a dohányzókat, akik hajlandók a közeljövőben abbahagyni a dohányzást, a minimálintervenció megtörténtének dokumentálása után tájékoztatni kell arról, hogy milyen támogatási lehetőségek állnak rendelkezésre, és azokat hogy éri el.

3.3. A minimálintervenció lépései

1. A dohányzási helyzet és a nikotinfüggőség mértékének meghatározása.
2. Ha aktuálisan dohányzik a beteg, javaslat a dohányzás abbahagyására.
3. A leszokási motiváltság felmérése során javasolt a következő kérdések feltevése:

Mennyire akarja, mennyire eltökélt, hogy abbahagyja a cigarettázást?

Mikor szeretné letenni a cigarettát?

Mit szándékozik tenni, hogyan próbál leszokni?

Miben kér segítséget?

4. Tájékoztatni kell a betegeket az elérhető intenzívebb segítségi formákról (leszokást támogató szakrendelés, csoportos tanácsadás, proaktív telefonos tanácsadás) (lásd XI. Melléklet 1.1.1. pontját).

A társbetegségek feltérképezése, különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre, és a páciens követése, valamennyi leszokást támogató tevékenység szerves része, így minimálintervenció esetében is indokolt. Ennek során sor kerülhet a siker méltatására tartós absztinencia esetén, kudarc esetén bátorításra, újabb leszokási kísérlet kezdeményezésére, az esetleges felmerülő kérdések megbeszélésére.

3.4 A különböző szakemberek szerepe

3.4.1. Az orvos szerepe

Minden orvosnak, aki részt vesz a klinikai betegellátásban (alapellátás, járó- és fekvőbeteg-szakellátás), feladata, hogy foglalkozzon minden beteg dohányzási helyzetével, és segítséget nyújtson számára a dohányzás abbahagyásához. A járóbeteg-szakellátás orvosa és a kórházi orvos rendszerint csak egy rövid időszakban van kapcsolatban a beteggel. Az általuk végzett intervenció sikeressége szempontjából előnyös egy esetleges súlyos akut történés (pl. akut coronariabetegség), mert a legtöbb beteg ilyenkor fogékonyabb az életmód-változtatásra, és ezt a helyzetet ki kell használni a

dohányzás abbahagyásának elérésére. A szakellátás orvosainak azonban kevésbé van lehetőségük a beteg tartós követésére. Ez alól kivétel krónikus betegség esetén (pl. COPD, diabetes, PAD) a beteg tényleges gondozását végző szakorvos.

A dohányzásról leszokást segítő intervenció szempontjából kitüntetett helyzetben vannak az alapellátás szereplői (házi orvos, házi gyermekorvos, fogorvos, foglalkozás-egészségügyi szolgálat, védőnő, iskola-egészségügyi szolgálat). Ők vannak folyamatos kapcsolatban a pácienssel, ismerik életkörülményeit, kórelőzményét, családi anamnéziséjét. Egy 25 országra kiterjedő EU-tanulmány (PESCE) [42] megállapítása szerint a házi orvos által a dohányzó beteg számára nyújtott segítség a cigaretta elhagyásához a legjobb költséghatékony prevenció tevékenység, jelentős egészségbeli és gazdasági előnyt eredményez társadalmi szinten [2].

Egyes akut és krónikus betegségek diagnózisa (pl. sürgős beavatkozást igénylő akut szív- vagy értörténés, daganatos betegségek, cardiovascularis betegségek diagnosztizálása), fontos élethelyzet-változások (pl. családtervezés, várandósság), valamint tervezett műtétekre való előkészítés egyaránt megteremti a betegekben a fogékonyságot a dohányzásról való leszokásra és az erre vonatkozó üzenetekre. Ilyenkor a szakorvos világos tanácsa és segítsége (a beteg leszokási tanácsadásba irányítása) fontos katalizátora lehet a betegek viselkedésváltozásának. Bár kevés vizsgálat készült, az ilyen, ún. „teachable moment” kommunikáció hatékonyságának vizsgálata egyértelműen kedvező eredményeket hozott [3, 43, 44] (A). Tanácsolt a kórházi és ambuláns ellátóhelyeken a leszokástámogatás lehetőségeinek ismertetése, a kapcsolat és elérhetőség kifüggesztése.

3.4.2. A védőnő szerepe

Bizonyos élethelyzetekben (várandósok, kisgyermekes anyák esetében) a védőnő kerül legközelebb a családokhoz, és a gyermek érdekében hivatkozás nagyon hatásos motivációs tényező lehet a dohányzás abbahagyásában, elsősorban az anya, de a többi családtag esetében is. A védőnő alkalmazza a leszokást segítő rövid intervenciót és javasolja a várandós/kisgyermekes szülőnek/serdülőnek az intenzív leszokást támogató és/vagy telefonos tanácsadások igénybe vételét.

Az iskolavédőnőnek kiemelt feladata az egészségfejlesztési tevékenység keretében a rászakás megelőzése és a leszokástámogatás lehetőségeinek ajánlása.

3.4.3. A felsőfokú végzettségű szakdolgozó szerepe a rövid intervenció végrehajtásában

A mindennapos betegellátás körülményei között az orvosnak kevés ideje és lehetősége van arra, hogy a beteg dohányzásával, annak részleteivel hosszasan foglalkozzon. Bár bizonyítékok vannak arra, hogy az intervenció sikeressége egyenesen arányos annak időtartamával, de strukturált program alkalmazásával és munkamegosztással már rövid idő (3–5 perc) alatt is eredményes intervenció végezhető. Eredményessége egyenesen arányos annak időtartamával. Az orvos és a nővér közötti munkamegosztással jelentős mértékben növelhető a tevékenység hatékonysága [45]. A nővér feladata lehet:

- a dohányosok kiszűrése;
- a dohányzási helyzet meghatározása;
- a páciensek csoportosítása;

- a páciens esetleges kérdéseinek megválaszolása;
- leszokást segítő készítmények alkalmazásának részletes ismertetése;
- a dokumentáció kezelése.

Rendkívül fontos, hogy az intervenciót végző maga ne dohányozzon. A dohányzó egészségügyi szakember leszokást támogató tevékenysége nem csupán rossz hatásfokú, de hiteltelen. Felmérések szerint a dohányzó orvos vagy nővér nem fektet elég hangsúlyt a dohányzás okozta egészségkárosodás hangsúlyozására és a beteg leszokását segítő intervencióra.

3.4.4. A pszichológus szerepe

A viselkedésváltozás segítésére képzett (egészség)pszichológusok hatékonyan vehetik át a rövid és intenzív tanácsadás feladatait az alapellátásban vagy éppen a szakellátásban, beleértve a krónikus betegek ambuláns és fekvőbeteg-ellátásánál végzett tevékenységet. Így – amennyiben erre van mód – az orvossal közreműködve a pszichológus segítheti, elvégezheti vagy kiegészítheti a rövid intervenciót.

Ajánlás 5

Dohányzó esetében a nikotinfüggőség súlyosságát a Fagerström-kérdőívvel meghatározott index értékével kell leírni, vagy regisztrálni kell az ébredést követő első rágyújtásig eltelt idő hosszát és a naponta elszívott cigaretták számát (B, erősen ajánlott) [2].

A kezeléshez szükséges, a dohányzói viselkedéssel kapcsolatos klinikai kép legfontosabb összetevői:

- a személy dohányzói státusza (nem dohányzik, leszokott dohányos, alkalmi dohányos, rendszeres/napi szintű dohányos);
- az alkalmazott dohánytermékek: cigaretta, szivar/szivarka, pipa, vízipipa, e-cigaretta, füstmentes dohánytermékek;
- a fogyasztás intenzitása, pl. a naponta elszívott cigaretták száma;
- a nikotinfüggés mértéke;
- a korábbi leszokási próbálkozások; a leszokásra való motiváltság mértéke, a leszokás személyes fontossága és a leszokással kapcsolatos önbizalom/énhatékonyság.

3.5. A nikotinfüggés mérése

A nikotinfüggés felmérése alapvető része a leszokástámogatás megkezdésének. A nikotinfüggés kialakulásában és fennmaradásában fizikokémiai és biológiai tényezők, valamint pszichológiai tényezők együttesen játszanak szerepet. A leszokástámogatás folyamata során a kérdőíves felmérés és a szokások, illetve a motivációs hajlandóság feltárásakor mindkét komponensre fény derül. Erős függés esetén csökken a leszokás esélye, ezért intenzív támogatás (pszichés és/vagy farmakoterápiás) szükséges. A függés viszonylag korán kialakul. A függés megszűnése, a leszokás folyamata és a sikeres leszokás heteket, hónapokat vesz igénybe, és ezt az időszakot átmeneti relapszusok tarkíthatják.

Ezért a leszokás támogatása – más-más feladatokkal - hónapokig tart. A sikeres leszokás rövid távú értékelése 3 hónapnál, majd 6, illetve 12 hónapnál történik. Leszokottaknak azokat tekintjük, akik az abbahagyástól számított 12 hónap elteltével sem dohányoznak.

A nikotinfüggés mérésére és részletes jellemzésére több skála magyarul is hozzáférhető. Így a nikotinfüggőség kialakulására utalhat a Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt is [46] (lásd a XI. Melléklet 1.2.1. pontját). Ez a mérőeszköz számszerűsíti - elsősorban a fizikai - függés mértékét. Bár a kérdőív hossza kifejezetten alkalmas a nikotinfüggés gyors felmérésére, két tételnek van kiemelt jelentősége, nevezetesen az 1. (az ébredést követő első rágyújtás időpontja) valamint a 4. tételnek (az elszívott cigaretták száma). Ennek a két tételnek az alkalmazásával is felmérhető a fizikai függés. A magasabb pontérték erősebb fizikai függést jelez. (Két pont alatt alacsony, 3–5 pont között közepes, 6 pont felett erős függésről beszélünk.)

A nikotinfüggés pszichológiai aspektusainak felmérése a DSM-IV-R-ben vagy a BNO-ban felsorolt jellemzők alapján történhet. Ugyanakkor rendelkezünk ezeknek a jellemzőknek gyors felmérésére alkalmas nikotinfüggési-szűrőteszttel (lásd a XI. Melléklet 1.2.2. pontját). A teszt értékelése a kérdésekre adott „igen” válaszok számával történik. A nagyobb érték erősebb pszichológiai függést jelez.

A nikotinfüggés további részletesebb felmérésére rendelkezünk más kérdőívvel is, így részletesebb felmérésre ad alkalmat a Wisconsin nikotinfüggés motivációs kérdőív magyar változata is (lásd a XI. Melléklet 1.2.3. pontját).

Ajánlás 6

A leszokásra motiváltak esetében zajló programszerű gyógyszermentes leszokástámogatás kivitelezésére az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, annak tartalma és intenzitása egyénre szabott módon kerüljön meghatározásra (A, erősen ajánlott) [2, 3].

A leszokásra motiváltak esetében a gyógyszermentes leszokás támogatás a magatartás-orvoslásra helyezi a hangsúlyt. Az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés hatékonysága szorosan összefügg a kezelés tartalmával és intenzitásával. A tanácsadás során hatékonynak tartott komponensek: a praktikus problémamegoldási, illetve megküzdési készségek fejlesztése és – csoport esetén - a társas támogatás nyújtása a kezelés során.

A csoportos programszerű leszokástámogatás a gyors tanulást elősegítő interakcióra alapoz, és önmagában vagy farmakoterápiával kombináltan egyaránt hatékonyan alkalmazható. A tanácsadási ülések javasolt száma 4–8 ülés. A csoportfoglalkozások általában heti ülésekre bontva 6–12 hétig tartanak, a csoportfoglalkozásokon optimálisan általában 8–15 fő vesz részt. A csoportülést a csoport vezetésére kiképzett csoportvezető: orvos, diplomás szakdolgozó vagy pszichológus tartja egyedül vagy párban (A).

A leszokás támogatásának proaktív telefonos tanácsadással történő módja önmagában vagy farmakoterápiával kombináltan egyaránt hatékonyan alkalmazható. Ennek keretében a tanácsadó a pácienssel egyeztetett időpontban több alkalommal 10–15 perces tanácsadási megbeszélést folytat,

amelynek fókuszában a leszokás áll. A telefonos tanácsadó a leszokást támogató tanácsadásra kiképzett orvos, diplomás szakdolgozó vagy pszichológus (A).

A leszokásra motiváltak esetében a gyógyszermentes leszokástámogatás a magatartás-orvoslásra helyezi a hangsúlyt. Az egyéni, a csoportos és a telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés hatékonysága szorosan összefügg a kezelés tartalmával és intenzitásával. A tanácsadás során hatékonynak tartott komponensek: a praktikus problémamegoldási, illetve megküzdési készségek fejlesztése és – csoport esetén - a társas támogatás nyújtása a kezelés során.

A páciens motivációja: a leszokás támogatásának gyógyszermentes módszerei alkalmazása során alapvető a páciens motivációjának ismerete, mivel eltérő stratégiák alkalmazandók a leszokásra motivált és nem motivált dohányosoknál. A programszerű leszokás a motivált páciensek felé irányul. Ugyanakkor az orvosi tanács, a minimálintervenció, a motivációs beszélgetés minden dohányosnál alkalmazandó.

3.6. A nem gyógyszeres támogatási formák a leszokásra motiváltak esetében

Az egészségügyben is alkalmazható nem gyógyszeres támogatás számos formája ismeretes, ezek csoportosíthatók a hatékonyságuk tekintetében rendelkezésünkre álló bizonyítékok mentén (2. Táblázat).

2. Táblázat – A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága

A bizonyíték mértéke	Módszer	Számszerűsített mutató (amennyiben hozzáférhető)
1. Bizonyítottan hatásos módszerek – A szintű evidencia	Orvosi tanács és minimálintervenció	RK=1,66 [1,42–1,94] [2, 3]
	Önsegítő anyagok	RK=1,21 [1,0–1,39] „testre szabott” önsegítő anyagok esetében RK=1,31 [1,20-1,40] [47]
	Motivációs interjú	Összesítve: RK=1,27 [1,14–1,42]. Orvos esetében: RK=3,49 [1,53–7,94]. Tanácsadó esetében: RK=1,27 [1,12-1,43] [2]
	Intenzív egyéni tanácsadás	A minimálintervencióhoz viszonyítva: RK=1,39 [1,24–1,57] [2]
	Intenzív csoportos tanácsadás	Az önsegítő anyagok hatásához viszonyítva: RK=1,98 [1,60–2,46] [48]

	Proaktív telefonos tanácsadás	Proaktív versus reaktív: RK=1,37 [1,26–1,50] Proaktív tanácsadás nem tanácsadáshoz viszonyítva: RK=1,27 [1,20–1,36] [3]
2. Bizonyítottan hatásos módszerek – B szintű evidencia	Mobiltelefonon alapuló intervenciók (SMS-küldés, videoüzenetek)	5 tanulmány összefoglalása: RK=1,71 [1,47–1,99] [49].
3. Nincs elégséges bizonyíték a hatásosságukról, további vizsgálatok szükségesek. Mindaddig azonban, amíg nem állnak rendelkezésre bizonyítékok, úgy kell állást foglalni, hogy hatástalanok.	Hipnoterápia	Nem vonható le következtetés, mert a tanulmányokban közölt adatok heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót [2].
	Kiegészítő testedzésprogramok	A tanulmányok nagyon eltérő felépítése miatt a szerzők nem végeztek hagyományos metaelemzést. 15 tanulmányból egy mutatott kedvező hatást a 12 hónapos absztinenciát illetően [2,50].
	Elektronikus cigaretta	Az e-cigaretta leszokástámogatásban játszott szerepének eredményessége egyelőre nem bizonyított, ezért egészségügyi szakember leszokás támogatásra ne javasolja (B) [2]. Az e-cigaretta használata fenntartja a nikotinfüggőséget.[19]. Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával kapcsolatos egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez (B) [2].
4. Bizonyítottan nem hatásos	Akupunktúra és a hozzá kapcsolódó újabb eljárások	Rövid távú hatás: RK=1,18 [1,03–1,34] Hosszú távú hatás az álintervencióhoz viszonyítva: RK= 1,05 [0,82–1,35] [2].
	A partner támogatásának növelése	6–9 hónapos absztinencia RK=0,99 [0,84–1,15], illetve 12 vagy több hónapos absztinencia RK=1,04 [0,87–1,24] [2].
	Biofeedback (a dohányzás)	Az alapellátásban sem a kilélegzett szén-

	negatív következményeinek műszeres visszajelzése, pl. CO-szint-mérés, spirometria)	monoxid koncentrációjának visszajelzése nem növelte a leszokás arányát: RK=1,06 [0,85–1,32], sem a spirometriás adatok bemutatása: RK=1,18 [0,77–1,81] [3]. A további tanulmányokban közölt adatok heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót.
--	--	---

A bizonyítottan hatásos, gyógyszermentes, intenzív módszerek egyaránt hatásosak az addikció enyhébb és súlyosabb formáiban szenvedőknél, éppen ezért alkalmazásukat nem szabad kizárólag a súlyos esetekre korlátozni. A nem gyógyszeres módszerek kombinációjával a leszokás sikeressége növelhető, bár a kutatások erre vonatkozóan csak elvétve találhatók. Éppen ezért ajánlott az intenzív kezeléseket kombinációban alkalmazni. Az egyes kombinációk relatív hatásosságának vizsgálataira nincs külön-külön adat.

3.7. A nem gyógyszeres támogatás jellemzői az intenzív vagy más néven programozott leszokástámogatás keretein belül: magatartás-terápia a leszokásra motiváltak esetében

Egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás egyaránt bizonyíthatóan növeli a leszokás esélyét, ugyanakkor a kezelés hatékonysága szorosan összefügg a kezelés tartalmával és intenzitásával.

A tanácsadás és a programszerűen folyó leszokás találkozások szokásos ütemezése heti gyakoriságú.

A kezelés intenzitásának indikátorai a találkozások száma, időtartama és tartalma:

- A találkozások száma: a kezelés során történő találkozások száma minimálisan 4 alkalom, optimálisan 8 alkalom, amit hosszú távú követés egészíthet ki. A 8 alkalomnál több találkozó nem növeli meg szignifikánsan a leszokás esélyét a 4–8 alkalomhoz képest.
- A találkozások időtartamának növelésével a leszokás esélye is növekszik. Az egyéni tanácsadás keretein belül az intenzív kezeléseket minimálisan 10 perc tanácsadási időt tételnek fel.
- A tanácsadás során hatékonyan tartott komponensek: a praktikus problémamegoldási, illetve megküzdési készségek fejlesztése és a társas támogatás nyújtása a kezelés során. Ugyanakkor a viselkedésterápia/magatartás-orvoslás más elemei (relaxáció, ingerkontroll) részét képezhetik a problémamegoldás fejlesztésének. A problémamegoldás fejlesztése során ki kell térni a következőkre:
 - a kihívást jelentő helyzetek felismerése;
 - a dohányzás készletével való megküzdés készségeinek fejlesztése;
 - a stressz kezelésének fejlesztése;
 - a visszaesés megelőzése és kezelése;
 - életmódváltásra való felkészítés.

Amennyiben a viselkedésterápia időszaka alatt a páciens mégsem tudja a kitűzött időben letenni a cigarettát, ne zárjuk ki a terápiából, további támogatást kell nyújtani, és bátorítani a további erőfeszítésekre.

3.8. Gyógyszermentes programszerű leszokástámogatás magatartás-orvoslási terápiával

A leghatékonyabb az, ha a hatékony készítményeket programszerű leszokástámogatás keretében, magatartás-orvoslási terápiával kombináltan alkalmazzuk (szakellátás szintje, leszokást támogató rendelésen vagy ambulancián, képzett szakemberekkel). A leszokást támogató program általában három hónapig tart. Ennek keretében több alkalommal találkozik a páciens a leszokást vezető szakemberrel. Leszokási vizitekre és követési vizitekre kerül sor. A kilélegzett levegő szén-monoxid-szintjének mérése kontrollálja a nikotinabsztinenciát.

3.8.1. Dohányzási anamnézis felvétele

Az első találkozáskor kerül sor a dohányzási anamnézis felvételére (évek, mennyiség, szokások), a nikotinfüggőség meghatározására, a társbetegségek feltérképezésére. Különös gondossággal kell eljárni az esetleges pszichiátriai betegségek megállapításának terén. A pszichiátriai megbetegedések fennállásának még a gyanúja esetén is (dohányosoknál nagyobb arányú a szorongásos és depressziós kórképek jelenléte) pszichiáter szakvéleményét kell kérni a cigaretta letevése, a nikotin megvonása előtt. Elvégzendők a fizikális vizsgálatok, testsúlymérés, amihez majd viszonyítani lehet a jövőben a tényleges testsúlygyarapodást, valamint vérnyomást kell mérni. Ezen a megbeszélésen a pácienssel közösen kell meghatározni a számára vélhetően leghatékonyabb leszokási módszert és az ún. „stop napot”, vagyis azt a napot, amikor leteszi a cigarettát.

3.8.2. Leszokási vizitek

A rendelések egységes módszereket (tartalmilag nikotindependencia teszt, motivációfelmérés és -megtartás, kritikus helyzetek feltárása, a problémamegoldási és -megküzdési stratégia fejlesztése, ingerkontroll, életmódváltásra felkészítés, stopnap kitűzése, gyakorlati tanácsadás, nikotinfüggőség és megvonási tünetek kezelése, visszaesés megelőzése) nyújtanak egyéni vagy csoportos foglalkozás keretében, és egységes dokumentációt alkalmaznak. Szükség esetén sor kerülhet farmakoterápiás kiegészítésre, egyéni igény szerint.

A program időtartama általában 8–12 hét, de erős függőség esetében ez hat hónapra meghosszabbítható. Ez idő alatt rendszeresen sor kerül követési vizitekre (szakember és páciens találkozások 1–3 hetente). Ezek időtartama egyéni foglalkozás esetén minimálisan öt-tíz perc, optimálisan 20–25 perc, csoportfoglalkozás esetén 90–120 perc. A teendő a dohányzás/nem dohányzás tényének megállapítása, testsúlymérés, a kilélegzett levegő szén-monoxid-szintjének mérése, a módszertani pontoknak megfelelő előrehaladás, az időközben felmerült nehézségek megbeszélése, biztatás és támogatás, a meghatározott készítmény felírása. Csoportterápiánál komoly hatótényező maga a csoport és az interaktivitás. A program szakképzett leszokástámogató személyekkel, jelentős szervezéssel, adott és ismertett programmal, szoros követéssel történik, és orvos-szakedzői együttműködést igényel. Ha nem jelenik meg a páciens, akkor az orvos vagy az asszisztense telefonon kapcsolatba lép vele.

3.8.3. Követés

A program megkezdésétől számított 6 és 12 hónap elteltével interjúra hívják a páciens. (A követési viziteken a dohányzás/nem dohányzás tisztázása mellett a kilélegzett levegő szén-monoxid-szintjének mérésére, testsúlymérésre kerül sor.) A program sikerességének értékelésére 12 hónap elteltével kerül sor. Leszokott dohányosnak azt tekintjük, aki 12 hónap elteltével sem gyújt rá. Ha a páciens időközben visszaesett, ismét felajánljuk neki a segítségünket, a programba történő bekapcsolódást [51].

3.9. Programszerű leszokástámogatás csoportos magatartás-orvoslási terápiával

A leszokás támogatásának intenzív csoportos módja önmagában vagy farmakoterápiával kombináltan egyaránt hatékonyan alkalmazható. A tanácsadási ülések javasolt száma 4–8 ülés, ütemezése heti gyakoriságú. A leszokás támogatásának csoportos programja általában 6–12 hétig tart, megválasztott programtól függően. Ennek keretében több alkalommal vesz részt a páciens a leszokást támogató csoportfoglalkozásokon. A csoportfoglalkozásokon optimálisan általában 8–15 fő vesz részt, lemorzsolódás miatt induláskor a nagyobb létszám javasolt. A csoportfoglalkozások lehetnek zártak (ha a csoport megalakult már nem lehet hozzá csatlakozni, ez a gyakoribb) és nyitottak (a csoporttalálkozások rendszeresen zajlanak, amihez később is lehet kapcsolódni). A csoportülést a csoport vezetésére kiképzett csoportvezető orvos, diplomás szakdolgozó vagy pszichológus tartja egyedül vagy párban.

A csoportos terápia-előszervezést, alkalmanként regisztrációt, megfelelő helyiséget igényel (a résztvevők a kommunikáció lehetővé tétele miatt körben ülnek). A csoportfoglalkozások egységes módszereket (tartalmilag nikotindependencia-teszt, motivációfelmérés és megtartás, kritikus helyzetek feltárása, a problémamegoldási és megküzdési stratégia fejlesztése, ingerkontroll, életmódváltásra felkészítés, stopnap kitézése, gyakorlati tanácsadás, nikotinfüggőség és megvonási tünetek kezelése, visszaesés megelőzése) és egységes dokumentációt alkalmaznak. A csoportfoglalkozások az interakcióra alapoznak, tehát nem előadások és nem páros beszélgetések.

A program szakképzett leszokástámogató személyekkel, jelentős szervezéssel, adott és ismertett programmal és szoros követéssel történik és szükség esetén orvos-szakdolgozói együttműködést igényel. Ha nem jelenik meg a páciens, akkor a csoportvezető telefonon kapcsolatba lép a pácienssel.

3.9.1. Dohányzási anamnézis felvétele

Az első csoporttalálkozás előtt kerül sor a dohányzási anamnézis felvételére (évek, mennyiség, szokások), a nikotinfüggőség meghatározására, a társbetegségek feltérképezésére. Különös gondossággal kell eljárni az esetleges pszichiátriai betegségek megállapításának a terén. A pszichiátriai megbetegedések fennállásának még a gyanúja esetén is (dohányosoknál nagyobb arányú a szorongásos és depressziós kórképek jelenléte) pszichiáter szakvéleményét kell kérni a cigaretta letévése, a nikotin megvonása előtt. Elvégzendők a fizikális vizsgálatok, testsúlymérés, amihez majd viszonyítani lehet a jövőben a tényleges testsúlygyarapodást, valamint vérnyomást kell mérni. Ilyenkor kell felmérni azt is, hogy a páciens alkalmas-e a csoportfoglalkozásokon való részvételre.

3.9.2. Követés

A program megkezdésétől számított 6 és 12 hónap elteltével interjúra hívják a páciens. A követési viziteken a dohányzás/nem dohányzás tisztázása mellett a kilélegzett levegő szénmonoxid mérésére, testsúlymérésre kerül sor. A program sikerességének kiértékelésére 12 hónap elteltével kerül sor.

Leszokott dohányosnak azt tekintjük, aki 12 hónap elteltével sem gyújt rá. Ha a páciens időközben visszaesett, ismét felajánljuk neki a segítségünket, a programba történő bekapcsolódást [52].

3.10. Programszerű leszokástámogatás proaktív telefonos tanácsadással

A leszokás támogatásának proaktív telefonos tanácsadással történő módja önmagában vagy farmakoterápiával kombináltan egyaránt hatékonyan alkalmazható. Ennek keretében a tanácsadó a pácienssel egyeztetett időpontban több alkalommal 10–15 perces tanácsadást folytat, amelynek fókuszában a leszokás áll. A telefonos tanácsadó (továbbiakban tanácsadó) a leszokást támogató tanácsadásra kiképzett orvos, diplomás szakdolgozó vagy pszichológus.

3.10.1. Dohányzási anamnézis felvétele

Az első beszélgetéskor kerül sor a dohányzási anamnézis felvételére (évek, mennyiség, szokások), a nikotinfüggőség meghatározására, a társbetegségek feltérképezésére. Különös gondossággal kell eljárni az esetleges pszichiátriai betegségek megállapításának a terén. A pszichiátriai megbetegedések fennállásának még a gyanúja esetén is (dohányosoknál nagyobb arányú a szorongásos és depressziós kórképek jelenléte) a tanácsadónak javasolnia kell, hogy a páciens konzultáljon a pszichiáterével vagy családorvosával a leszokással kapcsolatban.

3.10.2. A telefonos tanácsadás

A telefonos tanácsadók az egyéni tanácsadásnál alkalmazott módszereket (tartalmilag nikotindependencia-teszt, motivációfelmérés és megtartás, kritikus helyzetek feltárása, a problémamegoldási és megküzdési stratégia fejlesztése, ingerkontroll, életmódváltásra felkészítés, stopnap kitűzése, gyakorlati tanácsadás, nikotinfüggőség és megvonási tünetek kezelése, visszaesés megelőzése) és egységes dokumentációt alkalmaznak.

Ha a páciens telefonon nem érhető el, akkor a tanácsadó még három alkalommal tesz kísérletet a kapcsolatba lépésre.

3.10.3. Követés

A program megkezdésétől számított 6 és 12 hónap elteltével a tanácsadó felhívja a páciensst. Ilyenkor a dohányzás/nem dohányzás tisztázása mellett a tapasztalt előnyökről és nehézségekről érdeklődik, és segítséget nyújt a nehézségek leküzdésében. A program sikerességének értékelésére 12 hónap elteltével kerül sor. Leszokott dohányosnak azt tekintjük, aki 12 hónap elteltével sem gyújt rá. Ha a páciens időközben visszaesett, ismét felajánljuk neki a segítségünket, a programba történő bekapcsolódást [52].

Ajánlás 7

A leszokásra nem kellően motivált pácienseknél előbb a leszokás motivációjának erősítésére van szükség a páciensre orientált motivációs interjú módszereivel (B, erősen ajánlott) [2, 3].

A leszokásra motivált és a nem, vagy nem kellően motivált dohányosok eltérő kezelési megközelítést igényelnek. A minden dohányosnak szóló minimálintervenció mellett a tanácsadás során a leszokásra nem motivált pácienseknél a páciensre orientált motivációs interjú vagy beszélgetés módszereivel a leszokás motivációjának erősítésére van szükség. A leszokást elutasító és a leszokást fontolgató, de

nem kellően motivált dohányos között érdemes különbséget tenni. A motivációra vonatkozó tájékozódás után a motivációs interjú viselkedésre vonatkozó alapelemei, melyek ajánlottak a tanácsadónak [2, 3]:

A motivációs interjú alapelemei:

- az empátia kifejezése;
- az ellentmondásosság (diszkrépancia) felismertetése;
- a vita és utasítás kerülése (a páciens döntése);
- az ellenállás és okának feldolgozása;
- az önbizalom támogatása és erősítése.

A motivációs interjú ugyanakkor csak előkészíti, motiválja a páciens a leszokásra, általában nem helyettesíti a leszokás intenzív támogatását. A leszokásra nem motivált dohányosok esetében tehát első lépés a motiváció kialakítása, majd a motivált dohányosok esetében használt kezelési/támogatási eljárások alkalmazása. A motiváció kialakítására és erősítésére tett erőfeszítések a töprengés szakaszban és előkészületi fázisban lévő dohányosnál a leghatékonyabbak. Elérhető-e a konkrét, belátható időn belüli és felkészült leszokási próbálkozás. Krónikus légzőszervi és szív-érrendszeri, diabeteses és továbbra is dohányos betegek esetében rendszeresen kell a leszokási motivációról tájékozódni és erőfeszítéseket tenni a motiváció növelésére, a leszokási próbálkozásra.

Nem, vagy nem kellően motivált dohányosoknál a motivációs beszélgetés ismétlése hat hónapon belül 30%-kal növelheti a leszokási rátát.

Amennyiben a tanácsadó nem képzett a motivációs interjú alkalmazásában, a leszokásra nem motivált dohányosokkal való foglalkozás során segíteni kell azonosítani és felismerni a következőket („5R” módszer):

A leszokásra nem motivált dohányosokkal való foglalkozás során segíteni kell azonosítani és felismerni a következőket („5R” módszer):

- a leszokás személyes fontossága a páciens számára;
- a dohányzás potenciális akut és hosszú távú veszélyei, valamint a dohányzás veszélyei a környezetében élőkre;
- a dohányzásról való leszokás potenciális nyereségei a páciens számára;
- a leszokást akadályozó tényezők azonosítása és megoldási lehetősége.

Hasonló motivációs erősítő elemeket igényelhet a motiváció fenntartása a programozott leszokástámogatás során is.

Ajánlás 8

A programszerű farmakoterápiás leszokástámogatás, a megfelelően motivált, közepes vagy erős nikotinfüggőséggel küzdő betegeknél választandó (C, erősen ajánlott) [2, 3].

A farmakoterápiás módszerek segítik a leszokást, azaz csökkentik a megvonási tüneteket és a sóvárgást, ezáltal segítve a tartós absztinencia kialakulását. Két típusuk ismert: a nikotinpótló terápia és a nikotinmentes készítmények használata.

Nikotinpótló terápia alkalmazása eredményeként elkerülhetők vagy mérsékelhetők a nikotinmegvonási tünetek, de egyben szétválasztódik egymástól a dohányzás, mint cigarettahasználat (szokás) és a nikotin hatása. Ajánlott, hogy a nikotintartalmú készítmények javallatát is erre képzett szakember (orvos, diplomás szakdolgozó) állítsa fel és használatát kontrollálja, eredményességét kövesse (A).

A vareniklin kifejezetten a dohányzásleszokás támogatására kifejlesztett nikotinmentes, vénköteles orális gyógyszer, felírása alapellátásban és szakellátásban egyaránt történhet. Kettős hatása révén csökkenti a megvonási tüneteket, a nikotinéhséget és a sóvárgást. Jelenleg ez a leghatékonyabbnak tekinthető leszokástámogató készítmény (A).

3.11. Programszerű leszokástámogatás: farmakoterápiás módszerek

A dohányzás abbahagyását a nikotinfüggőség, illetve a dohányzás abbahagyását követően bekövetkező nikotinmegvonási tünetek nehezítik meg. Azoknál a dohányosoknál, akiknél közepes vagy erős nikotinfüggőség állapítható meg, nagy valószínűséggel ki is alakulnak ezek a tünetek. Emiatt ezekben az esetekben nem elég pusztán „akaraterjűkre” vagy a gyógyszermentes módszerekre támaszkodni a leszokás során. Ilyenkor indokoltak a különböző farmakoterápiás módszerek. Az alkalmazott farmakoterápiák a megfelelően motivált betegnél segítik a leszokást, azaz csökkentik a megvonási tüneteket és a sóvárgást, ezáltal segítve a tartós absztinencia kialakulását. Nem sikeres leszokás esetén a gyógyszeres módszerek ismételhetők vagy alkalmazásuk meghosszabbítható. Néhány esetben és néhány készítmény kombináltan is alkalmazható.

Fontos elmondani a páciensnek, hogy a dohányosok körében, azaz a dohányzás során is gyakoribbak a pszichés zavarok, de a bármilyen módszerrel, így a nem gyógyszeres és/vagy gyógyszeres támogatással történő leszokás során is típusos pszichés (megvonási) tünetek léphetnek fel, amelyeknek többsége átmeneti.

A farmakoterápiás módszereknek két típusa ismert: a nikotinpótló terápia és a nikotinmentes készítmények használata. A szakembernek és a páciensnek közösen, több körülmény és az egészségi állapot figyelembevételével kell megválasztania a megfelelő módszert. A páciens követésére farmakoterápia javaslata és alkalmazása esetén is szükség van, és amennyiben lehetséges, kombinált intenzív terápia alkalmazandó. A farmakoterápia hatását legkorábban 8–12 hét alatt lehet lemérni, azaz az alkalmazott készítmény legalább ennyi ideig szedendő, alkalmazandó. Már rövidebb idő alatt is leteheti a páciens a cigarettát, de a függőség természetéből adódóan a sóvárgás visszatérhet, és nagy a visszaesés veszélye, emiatt biztonságosabb, illetve eredményesebb a legalább 8–12 hétig tartó vagy akár tartósabb gyógyszeralkalmazás. A leszokás támogató gyógyszerekkel végzett klinikai vizsgálatok a rövid távú hatást a 8–12. hét közötti absztinenciarátával mérik, majd 6 hónapnál értékelik az absztinensek számát, és végül egy évnél értékelik véglegesen a nem dohányzók számát. Az összehasonlító vizsgálatok is ezt az ütemezést követik.

Az alábbiakban az evidenciával rendelkező és hozzáférhető leszokástámogató gyógyszerek kerülnek ismertetésre.

3.11.1. Nikotinpótló terápia

Nikotinfüggőség esetén, annak csökkentésére alkalmazandó készítmények. A dohányzás elhagyását követően, illetve azzal egy időben, általában 8–12 héten keresztül, fokozatosan csökkenő dózisban juttathatunk többféle módon nikotint a szervezetbe. Ennek eredményeképpen elkerülhetők vagy mérsékelhetők a nikotinmegvonási tünetek (A), de egyben szétválasztódik egymástól a dohányzás, mint cigarettahasználat (szokás) és a nikotin hatása. A nikotinpótlás során csökkentett, kevésbé gyors és így egyenletesebb a nikotinhatás, mint cigarettával. A nikotinpótló terápia (NPT) alkalmazásakor – nikotin-túladagolás miatt – panasz léphet fel, ha a beteg tovább dohányzik. Az NPT készítmények ún. OTC gyógyszerek, azaz recept nélkül kaphatók a gyógyszerárban. Mindenképpen fontos a gyógyszerész tanácsadása és az alkalmazási előiratok követése. Még hasznosabb, ha a nikotintartalmú készítmények javallatát is leszokásban jártas szakember (orvos, szakasszisztens) állítja fel, és használatát kontrollálja, eredményességét követi. Az orvosi tanács nélkül alkalmazott nikotinpótló kezelés eredménytelen vagy veszélyes is lehet. Várandós anyák nikotinpótló készítménnyel történő leszokás segítése nem javasolt, kivéve, ha a várható haszon nagyobb a gondosan megválasztott készítménnyel.

A nikotinpótló készítményekről és hatásosságukról klinikai vizsgálati bizonyítékok állnak rendelkezésre és összesített értékelések, illetve metaanalízisek is készültek.

Nikotinpótlásra használt, hatásos készítmények a transzdermális tapasz (A), a rágógumi (A), a szopogatótabletta, az orrspray, az inhaláló (A) és a nyelv alá helyezhető tabletták. Magyarországon jelenleg a tapasz, a rágógumi és a szopogatótabletták van forgalomban, mint vény nélkül megvásárolható (OTC) készítmények. Vannak 16 és 24 órás tapaszok, de ezek effektusa között nincs szignifikáns különbség.

A rendelkezésre álló beviteli módszerek (tapasz, rágógumi, szopogatótabletták) kiválasztása a páciens egészségi állapotától, életmódjától és dohányzási szokásaitól függ. Minél erősebben addiktív, azaz minél több cigarettát szív el a páciens naponta, annál nagyobb dózis választandó induláskor (pl. napi 20 szálnál több cigarettát és erős addikció esetén a legnagyobb dózisú tapasz 4 hétig, majd egy csökkentett dózis további 4 hétig és végül a legkisebb dózis további 4 hétig). Az alkalmazott gyógyszerformák és dóziszajvatok a 4. Táblázatban láthatók. A tapasz és a rágógumi szükség esetén egymással kombinálható, ahol a rágógumi a váratlan sóvárgást enyhíti.

A nikotinpótló terápiák hatásossága placebokontrollal vagy nem nikotintartalmú kontrollal szemben; 117 klinikai vizsgálat, 50 000 páciens adatai alapján; esélyhányados (EH) (I. absztinencia) [3]:

Nikotinpótló terápiák együttesen EH: 1,60 [1,53–1,68]

Nikotinos rágógumi EH: 1,49 [1,40–1,60]

Nikotinos tapasz EH: 1,64 [1,52–1,78]

Nikotinos orrspray EH: 2,02 [1,49–2,73]

Nikotinos inhaláló EH: 1,90 [1,36–2,67]

Nikotinos tabletták/lozeng EH: 1,95 [1,61–2,36]

Nyelv alá helyezhető tableta EH: 1,73 [1,07–2,80]

A nikotinos tapasz kombinálható gyors hatású NPT-vel, ezzel a hatékonyság növelhető 1,34 valószínűségi rátára a csak tapasszal szemben. A nikotinpótló terápia kombinálható bupropionnal (A) [3], és így a hatékonyság növelhető: nikotinpótló tapasz + bupropion EH: 1,24 [1,06–1,45] a csak bupropion kontrollal szemben.

3.11.2. Nikotinmentes készítmények

Bupropion

A bupropiont eredetileg antidepresszáns szerként alkalmazták, később figyelték meg azokat a hatásait, amelyek alapján effektívnek bizonyult a dohányzásleszokás támogatása terén (A). A bupropion kettős hatásmechanizmusával emeli a dopamin és a noradrenalin szintjét, valamint lassítja ezek visszavételét a szinaptikus résekből. Így enyhíti a rágyújtásra késztetést és a sóvárgást, csökkenti a megvonási tüneteket. A bupropion határfoka a placebokontrollhoz képest: EH: 1,94 [1,72-2,19] [2].

A bupropion – más EU-országoktól eltérően - jelenleg Magyarországon nincs törzskönyveztve dohányzás leszokás támogatására.

A bupropion vényköteles (orális) gyógyszerként hasznos lehet a depressziós dohányosok kezelésében, ezért alkalmazásához a pszichiáter szakvéleménye ajánlott (150 mg retard tableta 1x1, majd 2x1). A bupropionterápia a tervezett leszokási nap előtt 1–2 héttel elkezdendő.

Mellékhatása lehet álmatlanság, izgatottság, étvágytalanság, fejfájás, remegés, szédülés stb.

Vareniklin

A vareniklin kifejezetten a dohányzás leszokás támogatására kifejlesztett, vényköteles, orális gyógyszer. BNO-kódja: F1720 (nikotinfüggőség), felírása alapellátásban és szakellátásban egyaránt történhet.

A vareniklin kettős, parciális agonista és antagonistá hatással kapcsolódik a köztiagyban lévő nikotinos acetilkolin- (nACh-) receptorokhoz (nucleus accumbens). Kettős hatása révén csökkenti a megvonási tüneteket, a nikotinéhséget és a sóvárgást. Jelenleg ez tekinthető a leghatékonyabb leszokást támogató készítménynek (A) [2]. A receptoron kifejtett parciális agonista hatása részleges dopaminfelszaporodást eredményez, ami csökkenti a megvonási tüneteket és a sóvárgást, kompetitív antagonistá hatásával pedig gátolja a nikotin kapcsolódását a nACh-receptorokhoz. Ezáltal a dohányos hiába szívja el a cigarettát, a nikotin nem képes kötődni a receptorhoz. Ez azt eredményezi, hogy elmarad a „jutalmazási” érzés és az ebből adódó pozitív megerősítés.

A cigaretta letételét a vareniklinterápia megkezdése utáni első hét végére érdemes kitűzni, de - klinikai vizsgálati adatok alapján - szedése mellett a későbbi (1–5. hét közötti stopnap) cigarettaletétel is eredményes lehet (azaz előfordulhat, hogy a páciens a gyógyszer szedése mellett csökkentett dózisban még rövid ideig tovább dohányzik). 12 hetes terápia javasolt, de ez meghosszabbítható egy további 12 hetes kezeléssel, ami tovább javítja a tartós leszokási rátát a már az első kezelési periódusban is absztinensek körében [2].

Effektív és biztonságos módszer [2]. Kontrollált klinikai vizsgálatokkal igazolva - nem beteg dohányosoknál - hatékonysága (absztinensek aránya) a kezelési periódusnak számító 3 hónapos és az egyéves értékelésnél is szignifikánsan meghaladja a placebo (tanácsadás) és jelentősen meghaladja a bupropion- és a nikotinpótló készítmények hatását [2].

A vareniklin (2x1 mg) hatékonysága a kezelés 12. heténél (absztinenciaráta) 44%, bupropion SR 2x150 mg hatékonysága 29,5%, placebo (tanácsadás) hatékonysága 17,7%.

Vareniklin vs. placebo 8–12. hét közötti kezelési szakaszt értékelve, EH: 3,69; 52. hétnél EH: 2,82. (két klinikai vizsgálat összevont adata) [2].

Vareniklin vs. bupropion 8–12. hétnél EH: 1,87; 52. hétnél EH: 1,56 [2].

Vareniklin vs. transzdermális nikotin tapasz 12. hétnél EH: 1,70 (56% vs. 43%) [2].

Krónikus betegségben szenvedő közepesen-erősen függő dohányos betegeknek is igazolt a vareniklin szignifikáns hatásossága és biztonságossága csakúgy, mint pszichiátriai betegekben [2]. Ez utóbbi csoportban sem volt rosszabb kezelési kimenetel vagy rosszabb mellékhatás gyakoriság.

A gyógyszerhatóságok előírása szerint vareniklin alkalmazása előtt fel kell tárni az esetleges pszichiátriai betegséget, illetve a kezelés során fellépő pszichiátriai jellegű tünetek esetén a kezelést félbe kell szakítani. A leggyakoribb nemkívánatos hatások azonban minden klinikai vizsgálatban és a metaanalízisek adatbázisaiban: émelygés, hányinger, különös álmok, fejfájás (3. Táblázat). A legtöbb panasz közepes-enyhe súlyosságú és átmeneti. Más gyógyszerekkel együtt adható.

3. Táblázat – Nemkívánatos események a leszokás során

	Vareniklin	Bupropion	Placebo
Émelygés	28%	9%	9%
Álmatlanság	14%	21%	13%
Fejfájás	14%	11%	12%

Tíz randomizált, placebokontrollált vizsgálat biztonságossági adatait elemezve vareniklinkezelés mellett 10,7%-ban észleltek pszichológiai adverz eseményt (nem alvászavart), míg placebo mellett 9,7%-ban fordultak elő ilyen zavarok (RK: 1,02) [2].

A gyógyszer felírása során tájékoztatni kell a beteget a kezelés ajánlott időtartamáról, a dohányzásról, a leszokás napjának kitűzéséről és az adagolásról. Depresszív hangulatzavar fennállása esetén előzetes szakorvosi vizsgálat szükséges, és csak stabil állapotban kezdhető a terápia. A kezdődózis 0,5, illetve 2x0,5 mg, a fenntartó dózis 2x1 mg. A cigaretta letételét az alkalmazási előírat a terápia megkezdése utáni 8. napra javasolja. A javasolt kezelési időtartam 3 hónap, rendszeres kontrollal vagy viselkedésterápiás kezeléssel kiegészítve. Szükség esetén a napi dózis felezhető, illetve a terápia hossza növelhető [53].

A 4. Táblázatban az egyes farmakoterápiás készítmények jellemzői láthatók.

4. Táblázat – A farmakoterápiás készítmények jellemzői

Farmakoterápiás készítmény	Kontraindikáció	Mellékhatás	Dózis	A kezelés időtartama	Elérhetőség	Monoterápia hatékonysága (becsült absztinenciaaránya az elhagyást követően)		Kombinációs lehetőség
						6 hónap	12 hónap	
Nikotinos tapasz	14 év alatt	lokális bőrirritáció, alvászavar	21 mg/24 óra 14 mg/24 óra 7 mg/24 óra 15 mg/16 óra 10 mg/16 óra 5 mg/16 óra	4 hét 2–4 hét 2–4 hét (dózisok szerint) teljes kezelés: 8–12 hét	OTC (recept nélkül)	23,4-26,5%	20,3%	nikotinos rágógumi bupropion
Nikotinos rágógumi	14 év alatt	emésztési panaszok, szájnyálkahártya-irritáció	1–24 cigaretta/nap esetén: 2 mg (max. 24 db/die) ?25 cigaretta/nap esetén: 4 mg (max. 24 db/die)	8–12 hét	OTC (recept nélkül)	19,0-26,1%	8,2-11,2%	nikotinos tapasz
Bupropion (Magyarországon jelenleg nem törzskönyvezték)	epilepszia, táplálkozási rendellenesség	alvászavar, szájszárazság, görcs	3 napig 150 mg reggel, majd 2x150 mg (a kezelést	8–12 hét, amely 6 hónapig kiterjeszhető	vényköteles	24,2%	16,1%	nikotinos tapasz

tt dohányzás- leszokás indikációban)			1–2 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni)					
Vareniklin	veseelégtelen ség, dialízis óvatosság: depresszió, szorongás	émelygés, hányinger, alvási rendellenes ség (különös álmok)	0,5 mg 3 napig, 2x0,5 mg 4 napig, majd 2x1 mg (a kezelést 1 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni)	12 hét, mely 6 hónapig kiterjeszth ető	vénykötel es	33,2%	26,1%	–

Ajánlás 9

A nem gyógyszeres és a gyógyszeres támogatás kombinációja nagyobb hatékonysággal képes leszokást eredményezni (A, erősen ajánlott) [2, 3].

Az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás hatékonyságát növeli a nem gyógyszeres módszer kombinációja gyógyszeres kezeléssel való kombinációjuk (A) EH=1,7 [1,3–2,1] a csak tanácsadási helyzethez viszonyítva) és viszont, a gyógyszeres kezelés hatékonyságát növeli a tanácsadás(A) EH=1,4 [1,2–1,6][54] a csak gyógyszeres kezeléshez viszonyítva). Éppen ezért a tanácsadásban részt vevőknek minden esetben – ha azt kizáró orvosi indokok nincsenek – fel kell ajánlani a gyógyszeres támogatást is. Amennyiben a tanácsadást nem orvos végzi, akkor – a páciens bejegyzésével – a tanácsadónak konzultálnia kell a páciens kezelőorvosával. Ezzel párhuzamosan, egy már bevezetett gyógyszeres kezelés során, fel kell ajánlani az intenzív egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás lehetőségét ott, ahol erre megfelelően képzett szakember, valamint szakrendelés rendelkezésre áll. A gyógyszeres kezelés és az intenzív tanácsadás hatékonysága egyenes arányban nő a tanácsadási alkalmak számával, éppen ezért – amikor csak lehet – a gyógyszeres kezelést több intenzív tanácsadási alkalommal is ki kell egészíteni.

Krónikus légzőszervi, vagy szív- és érrendszeri, közepes-erős függést mutató betegeknél szignifikánsan jobb leszokási eredmény érhető el farmakoterápiával, illetve a farmakoterápia és a pszichés támogatás kombinációjával. Ismert szervi betegek leszokás támogatása során erős nikotinfüggéssel kell számolni, amely befolyásolja a választandó terápiát [12].

A tanácsadási ülések javasolt száma 4–8 ülés, ütemezése heti gyakoriságú.

3.12. Kik végezzenek leszokást támogató tanácsadást (szakellátási szinten)?

A dohányzásról való leszokás nem gyógyszeres támogatását egyaránt hatékonyan végezhetik az erre képzett orvosok, pszichológusok, diplomás szakdolgozók, várandósok esetében védőnők [54]. A hatékonyságot növeli, ha több szakma képviselője vesz részt a leszokás támogatásában, egymást kiegészítő kezeléseket nyújtva.

Az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadást végző szakembereknek (orvosok, asszisztensek, pszichológusok, más magatartásorvoslási szakembereknek) rendszeres képzésében ajánlott kitérni a következőkre:

- dohányzásról leszokást támogató bizonyítékon alapuló módszerek,
- az egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás alapelvei,
- a nikotinfüggés, a leszokásra való motiváltság és a leszokás szempontjából lényeges kofaktorok (pl. depresszió) szűrésére használható eszközök, módszerek,
- a dohányzásról való sikeres leszokásban szerepet játszó tényezők,
- a dohányzással és leszokással esetenként együtt járó állapotok (pl. depresszió, negatív érzelmek) pszichológiai és gyógyszeres kezelésének módszerei.

Ajánlás 10

Az elektronikus cigaretta leszokástámogatásban játszott szerepének eredményessége egyelőre nem bizonyított, ezért leszokástámogatásra egészségügyi szakember ne javasolja (B, erősen ajánlott) [2].

Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e-cigaretta használatával kapcsolatos egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez (B, erősen ajánlott) [2].

Az elektronikus nikotinbeviteli rendszerek (Electronic Nicotine Delivery System – ENDS) kategóriájába tartozó eszközök közül az e-cigaretta terjedt el leginkább. Az e-cigaretta használatának célja a dohányzás imitálása, ezért a felhasználók körében a nikotintartalmú folyadék a leginkább elterjedt [19]. Használata fenntartja a nikotinfüggőséget, csökkentheti a leszokás iránti motivációt és nemdohányzó fiataloknál növelheti a rászokás valószínűségét [19].

A „módosított hatású dohánytermék” kategória alternatív dohányzást kínál csökkentett rizikóra hivatkozva, első ilyen hatásági engedélyezésre benyújtott termék a PMI-IQOS. További kutatások szükségesek a termékek hosszú távú egészségkárosító hatásainak tisztázására [2].

Ajánlás 11

Bizonyítottan nem hatékony eljárások az akupunktúra és hozzá kapcsolódó újabb eljárások, valamint a biofeedback (B, erősen ellenzett) [2, 3] (lásd 2. Táblázat).

4. A leszokás speciális vonatkozásai

A dohányzás abbahagyása minden dohányos érdeke. Vannak azonban olyan csoportok, akik esetében koruknál (pl. serdülők vagy fiatal felnőttek) vagy állapotuknál fogva (pl. a várandós nők) a megfelelő támogató módszer kiválasztása a szokásosnál is fokozottabb körültekintést kíván. Rizikócsoportba

tartozónak tekintjük továbbá a dohányos szív-érrendszeri betegeket, krónikus légzőszervi betegeket és a cukorbetegeket. Külön szakaszban foglalkozunk a pszichiátriai betegek, illetve a fel nem ismert, ún. látens pszichiátriai betegek leszokásának a kérdésével.

Ajánlás 12

Ugyanaz a dohányzásleszokást támogató stratégia hatékony nők és férfiak esetében egyaránt, ezért – a várandós nők kivételével – nők körében ugyanaz az eljárás követendő, mint férfiak esetében (B, erősen ajánlott) [2, 3].

Fiatal korban több nő dohányzik, mint férfi, felnőtt korban pedig gyakran az elhízástól való félelem miatt a nők sokszor kevésbé hajlandók leszokni, mint a férfiak. Így a serdülőkorukban már cigarettázó lányokból dohányos nők válnak. A dohányzás megváltoztatja az ösztrogén metabolizmusát premenopauzában és menopauzában is. A csökkent ösztrogénszint következtében megnövekszik a szív- és érrendszeri megbetegedés kockázata. A középkorú dohányos asszonyoknál atherogen lipidprofil, így gyakoribb koszorúér-megbetegedést és annak klinikai megjelenési formáit lehet kimutatni. Az erős dohányos nők cardiovascularis veszélyeztetettsége többszöröse a nemdohányzóké (A) [55]. A menopauzális korú nők szívpanaszai különböznek a férfiakétól, és sokszor kevésbé jellegzetesek, emiatt mind a konzervatív, mind az invazív kezelési módokban kevésbé részesülnek a hasonló korú férfiakhoz viszonyítva. Mikor a betegség felfedezésre kerül, az állapot már gyakran előrehaladott, a szövődmények súlyosabbak.

Az egyébként egészséges nőkben az aorta meszesedése korrelál az elszívott cigaretták számával. A dohányzás abbahagyásával az aorta kalcifikációja csökken.

Az adatok szerint a nők gyakrabban kérnek és fogadnak el segítséget a leszokásküzdelméhez, mint a férfiak. Mivel a nők hajlamosabbak az elhízásra, a depresszióra, és a hormonális ciklus is inkább meghatározza a kedélyállapotukat, fontos figyelembe venni ezeket a tulajdonságokat is a leszokási metodika kiválasztásánál.

A nők számára természetesen ugyanolyan fontos a dohányzás abbahagyása, mint a férfiaknak, és életkilátásaik ugyanúgy javulni fognak (A).

Ajánlás 13

A dohányzásnak a várandós nőkre és a magzatra gyakorolt káros hatása miatt a várandós nőknek a leszokástámogatással kapcsolatos minimálintervenciót meghaladó mértékben kell pszichoszociális leszokástámogatást nyújtani (A, erősen ajánlott) [3].

Teljes absztinencia javasolt (A) [4].

Az első trimeszterben nagyon hangsúlyosan kell a leszokástámogatást folytatni (A) [4], mert a magzatra kifejtett káros hatások elsősorban a 2. és 3. trimeszterben realizálódnak.

A magatartás-terápiák jelentősen javítják a dohányzásról való leszokás eredményét várandósokban, ezáltal növelik az újszülött súlyát és csökkentik a koraszülést (A) [4].

A nikotinpótló szerek alkalmazásának hatékonysága terhesség alatt ellentmondásos, ezért használata, a leszokástámogatást végző szakember mérlegelése alapján csak olyan terheseknél javallott, akik

csak magatartásorvoslással nem tudnak leszokni (B) [4]. (Javasolt a nikotintapaszt eltávolítása lefekvés előtt.)

Megfelelő vizsgálatok hiányában, a bupropion és a vareniklin nem javallott leszokástámogatásra terhesség alatt (Bizonyíték szintje nem ismert) [4].

Erőteljesen vitázni kell azzal a nézettel, hogy a dohányos várandósnál a nikotin hiánya károsabb lehet a magzatra, mint a nikotinbevitel fennállása.

Bár a dohányzás abbahagyásának legnagyobb haszna akkor van, ha még a várandósság előtt, de legalábbis a legelején (1. trimeszter) kerül rá sor, a cigaretta letétele bármely időpontban fontos és hasznos mind az anya, mind a magzat szempontjából, így a várandósság előtt, alatta végig és utána is folyamatosan biztosítani kell a leszokási segítséget személyes tanácsadás és konzultáció formájában (A).

A várandósság alatti dohányzás károsítja a magzatot. A lepényi keringés károsodása következtében gyakrabban kell spontán vetéléssel, magzati halálózással számolni. A dohányzó várandósok újszülöttei kis súlyúak, gyakran 2500 gramm alattiak, és ehhez gyakrabban társulnak a legkülönbözőbb kórállapotok. A fejlődésbeli lemaradást nehezen hozzák be ezek az újszülöttek. A várandósságuk alatt dohányzó anyák gyermekein még tízéves korukban is mutatkozhat értelmi, érzelmi fejlettségbeli lemaradás és ezekből eredő viselkedésbeli probléma (A). A várandósság alatti dohányzás némely rosszindulatú daganat előfordulásának a kockázatát is megnöveli.

Sok nő visszaszokik a szülés után. Érdemes ennek megelőzésére ismételni a leszokástámogatást szülés után. Az újszülöttbe az anyatejjel nikotin jut, ha a szoptató anya dohányzik. A tájékoztató füzetek, az ismételt leszokási próbálkozás hasznosnak bizonyultak ebben a csoportban.

Ajánlás 14

Dohányzó gyermekek, serdülők esetében is a felnőtteknél használt tanácsadás és magatartás alapú kezelés ajánlott, a beavatkozás tartalmát, az esetleges leszokási módszert azonban az életkori sajátosságok figyelembevételével módosítani kell (B, erősen ajánlott) [2, 3].

Serdülő dohányzóknál a magatartás-orvoslás a leghatékonyabb leszokás támogatási módszer (A) [4].

Serdülők kezelésekor, nikotinfüggőség esetén nikotinpótló terápia alkalmazása javasolt (B) [4].

A leszokás hatékonyságának növelése érdekében, a nikotinpótló terápiát magatartásorvoslással kombináltan kell alkalmazni (A) [4].

Nincs elegendő bizonyíték a bupropion és a vareniklin alkalmazás javallatára serdülőknél leszokástámogatás céljából (C) [4].

Az orvosoknak és a védőnőknek meg kell kérdezniük gyermekkorú (14 év alatti) és serdülőkorú (14–16 éves) pácienseiket és a szülőket a dohányzással kapcsolatban, és határozottan állást kell foglalni a teljes dohányfüstmentesség mellett (C) [2, 3, 56]. Gyermekorvosoknak (B) és a védőnőknek tanácsolniuk kell a dohányzás abbahagyását, hogy a gyermekek dohányfüst-expozícióját csökkenteni/megszüntetni lehessen [2–4, 56].

A dohányosok kb. 90%-a 21 éves kora előtt kezd dohányozni. A dohányzó tinédzserek száma Magyarországon is gyorsan növekszik. A szülői, testvéri és kortársi minta, valamint a saját tapasztalatszerzés képezi a legfontosabb rizikótényezőket. A legfontosabb népegészségügyi törekvésnek a dohányzás primer prevenciójának kell lennie, az iskolai tantervbe történő beépítéssel. Eddigi néhány tapasztalat szerint az iskolákban működő multimodális megközelítésű programok mellett csökkenthető a dohányzó fiatalok aránya. Fiatalok esetében a dohánydependencia kezelése nehéz, általában a felnőtteknél hatékonyabbnak talált pszichoszociális intervenciót alkalmaztak, amelynek eredményessége nem bizonyított ebben a korcsoportban, és a tartalmát az életkornak megfelelően adaptálni szükséges. Mindössze két vizsgálatban alkalmaztak farmakoterápiát (nikotinpótló kezelés és bupropion), így ennek eredményessége nem ítéhető meg. Mindezek miatt a prevenciónak kulcsszerepe van (ideértve az ismételt pozitív megerősítést az absztinenciával kapcsolatban).

A dohányzás káros egészségügyi hatásait ismerő gyermekek fontos szerepet játszanak a dohányzó szülők leszokásának motiválásában. Tájékoztatni kell ezt a csoportot a dohányfüst-expozíció (passzív dohányzás) káros hatásairól is [57].

A gyermekek és serdülők dohányzásprevencióját az iskola-egészségügy kiemelt feladatként kezelje! Ajánlott, hogy az erre kiképzett iskola-egészségügyi szakember működjön közre dohányzásleszokást támogató csoportfoglalkozások létrehozásában, külön a diákok és külön a dohányos pedagógusok számára.

Ajánlás 15

A dohányzás abbahagyása hatékonyan hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségek elsődleges és másodlagos megelőzéséhez ezért minden szív- és érrendszeri betegségben szenvedő dohányzó számára kiemelt jelentőségű a leszokás (A) [4].

A szív- és érrendszeri betegséggel kórházba kerülő betegeknél a kórházi kezelés ideje alatt el kell kezdeni a leszokástámogatást (beleértve a farmakoterápiát) (A). A kórház elhagyását követő egy hónapban végzett szoros követés növeli a leszokás arányát (A) [4].

Stabil szív- és érrendszeri betegségben szenvedő betegeknél biztonsággal alkalmazhatónak és hatékonyabbnak bizonyultak a nikotinpótló terápiák, a bupropion és a vareniklin (A) [4].

Ajánlás 16

A dohányzó COPD betegek számára kiemelt jelentőségű, hogy leszokjanak a progresszív tüdőkárosodás lassítása és a tüdőfunkció romlásának csökkentése érdekében (A) [4].

Intenzív tanácsadás és farmakoterápia kombinációja a leghatékonyabb módszer a COPD beteg leszokás támogatására (B) [4].

Magas dóziszú, vagy kombinált nikotinpótló terápia alkalmazása javasolt a Fagerström index alapján mérsékelt, vagy erős nikotinfüggő COPD beteg esetében (A). A nikotinpótló terápia hosszú távú alkalmazása (10 hét helyett fél-egy év) növeli a leszokás arányát COPD betegeknél (A). A leszokásra kevésbé motivált COPD betegek dohányzásának csökkentéséhez hozzájárulhat a nikotinpótló terápia (B) [4].

A vareniklin a COPD beteg állapotától és a nikotinfüggőség mértékétől függetlenül hatékony támogatja a leszokást (B) [4].

A bupropion hatékony és biztonságos farmakoterápiás készítmény a COPD beteg leszokásának támogatásában (B) [4].

Ajánlás 17

Minden diabeteses betegnél fel kell mérni a dohányzás tényét és mértékét, és javasolni kell a leszokást (A) [4].

A leszokást követő 2–3 évben rosszabb lehet a glikémiás kontroll, ezért a beteg szoros követése indokolt és az alkalmazott diabetes gyógyszerek módosítására lehet szükség (B) [4].

A bupropion alkalmazása nem ajánlott diabeteses betegeknél a görcsrohamok előfordulásának magasabb kockázata miatt (C) [4].

Ajánlás 18

Fekvőbeteg-intézmény számára javasolt, hogy helyi ellátást szabályozó dokumentumot készítsen és működtessen a dohányzásmegvonás tüneteinek ellátására, valamint a kórházi körülmények között végzendő, multidiszciplináris dohányzásszokást támogató programok működtetésére, kiemelt figyelmet szentelve a műtétre kerülő betegeknek (C, ajánlott) [2, 3].

Ajánlott, hogy a kórház betegellátó személyzetének minden kategóriájában dolgozók tájékozódjanak a beteg dohányzásáról és nyújtsanak minimálintervenciót valamennyi dohányos számára (A) [2].

A betegeket tájékoztatni kell arról, hogy tilos a kórházakban dohányozni (azok udvarán is) (C) [2].

A dohányosok betegek számára segítséget kell adni a dohánytermék utáni sóvárgás és a hiánytünetek csökkentésére és a hazabocsátás után a támogató szolgáltatást folytatni kell, erre elbocsátáskor és a dokumentációban fel kell hívni a figyelmet (A) [2].

A dohányzás gátolja a traumás vagy műtéti eredetű sebgyógyulást, megnöveli a perioperatív halálozás és posztoperatív szövődmények előfordulásának valószínűségét, valamint elhúzódó gyógyulást okoz a plasztikai és fogászati sebészeti beavatkozásoknál (implantáció) [3, 20, 21]. Elektív sebészeti beavatkozás előtt 6–8 héttel már dohányzás absztinencia javasolt (A) [2]. Akut beavatkozás után – tartós dohányzás absztinencia mellett – már hat hét után megfelelőnek a várható szövődmények (A) [2]. A szívinfarktussal kórházba kerülőknél már a kórházi szakaszban el kell kezdeni a tartós nem-dohányzásra való felkészítést [22, 23]. Minden beteget tájékoztatni kell arról, hogy a szövődmények elkerülése érdekében ajánlott abbahagynia a dohányzást a gyógyulási folyamat idejére (kisebb műtételnél három hét, ortopédiai műtételnél három hónap) (A) [2].

A kórházi betegek esetében a kezelőszemélyzetnek fel kell készülnie az esetleg jelentkező megvonási tünetek ellátására, mivel a hatályos jogszabály értelmében nem dohányozhatnak a betegek, kivéve azokat, akik pszichiátriai intézetben pszichiátriai kezelés alatt állnak. Ez főleg sürgősséggel osztályra került betegeknél figyelendő. Kórházi körülmények között szervezett tájékoztató program - amelybe a szakdolgozók vagy a klinikai pszichológus is bekapcsolódik - adhat alapot a kezelőszemélyzettel

együtt a nikotindependencia kezelésének elindításához. Legalább négy alkalommal 10-10 perces ülések javasoltak, lehetőleg erre speciálisan kiképzett szakemberrel.

Kórházban ápolat beteg esetében kiemelt hangsúlyt kap a leszokásra való motiválás, hiszen a dohányzás meghatározhatja a beteg gyógyulásra való esélyét és általános egészségi állapotát. Elektív sebészeti beavatkozás előtt 6–8 héttel már dohányzás absztinencia javasolt (A) [2]. Akut beavatkozás után – tartós dohányzás absztinencia mellett – már hat hét után megfeleződnék a várható szövődmények [2]. A szív- és érrendszeri betegséggel kórházba kerülő betegeknél a kórházi kezelés ideje alatt el kell kezdeni a tartós nem-dohányzásra való felkészítést (A) [4]. Minden beteget tájékoztatni kell arról, hogy a szövődmények elkerülése érdekében ajánlott abbahagynia a dohányzást a gyógyulási folyamat idejére (kisebb műtéteknél három hét, ortopédiai műtéteknél három hónap) (A) [2].

A dohányzás gátolja a traumás vagy műtéti eredetű sebgyógyulást, megnöveli a perioperatív halálozás és posztoperatív szövődmények előfordulásának valószínűségét, valamint elhúzódó gyógyulást okoz a plasztikai és fogászati sebészeti beavatkozásoknál (implantáció) [2, 3, 58, 59]. Szívbeteg esetében nagyobb a valószínűsége egy második szívinfarktus kialakulásának, ha a beteg továbbra is dohányzik. Ismert az alsó végtagi és nyaki artériás megbetegedések erős dohányzásfüggése, ami mind a sebészeti megoldás, mind a konzervatív kezelés során figyelembe veendő. Gyógyult, de folyamatosan dohányzó daganatos betegeknél emelkedett az újabb daganat megjelenésének esélye. Kórházba kerülő betegek esetében a (különösen a dohányzás okozta vagy általa kiújult) megbetegedés és a dohányzás intézményi korlátozása jó lehetőséget teremt a dohányzás elhagyására való motiválásnak. Fekvőbeteg-intézmény betegek a hatályos jogszabály értelmében nem dohányozhatnak, kivéve azokat, akik pszichiátriai intézetben pszichiátriai kezelés alatt állnak. A kezelőszemélyzetnek fel kell készülnie az esetleg jelentkező megvonási tünetek ellátására, ez főleg sürgősséggel osztályra került betegeknél figyelendő. Kórházi körülmények között szervezett tájékoztató program - amelybe a szakdolgozók vagy a klinikai pszichológus is bekapcsolódik - adhat alapot a kezelőszemélyzetnek a nikotindependencia kezelésének elindításához. Legalább négy alkalommal 10-10 perces ülések javasoltak, lehetőleg erre speciálisan kiképzett szakemberrel. Individuális és csoportterápia is alkalmas forma, amelynek fő részét gyakorlati tanácsok, és ezek alkalmazása alkotja. Vizsgálatok alátámasztják, hogy vareniklinnel végzett perioperatív leszokástámogatás - a megvonási tünetek mérséklése révén - fokozza a beteg leszokásra való motiváltságát, illetve a sikeres leszokás arányát a 3, 6 és 12 hónapos követésnél (A) [60]. Csak azon programok esetében igazoltak magasabb absztinenciarátát, ahol a betegek legalább 1 hónapos utókövetésben részesültek (A) [2, 3].

Ajánlás 19

A pszichiátriai betegek dohányzásról történő leszokása csak stabil pszichés állapotban kezdhető meg, pszichiáter szakorvos bevonásával (C, erősen ajánlott) [20, 24].

Bizonyos mentális zavarok esetén (szkizofrénia, affektív és szorongásos zavarok) a dohányzás előfordulása nagyobb mértékű az átlagpopulációnál. A legfontosabb a szorongás és a depresszió felismerése a releváns szakmai irányelvek ajánlásai szerint. Gyanú esetén, illetve ismert pszichiátriai ellátásban részesülő, leszokni vágyók esetében a leszokás támogatása a pszichiáter kezelőorvos/konzulens bevonásával és speciális tervezéssel történjen. Egyeztetéssel farmakoterápia (vareniklin, bupropion, vagy nikotinpótló terápia) adható [2].

Régóta ismert tény, hogy bizonyos pszichiátriai zavarok esetén szignifikánsan magasabb – különböző vizsgálatok szerint átlagosan kétszeres – a dohányzók aránya az egészséges populációhoz képest [61]. A krónikus szkizofrén betegek legalább 60%-a [62], a bipoláris affektív betegek közül a mániások 71%-a, a major depressziósok 49%-a dohányzott egy nagy amerikai epidemiológiai vizsgálat adatai szerint [63]. Az egyéb kémiai szerfüggőségben szenvedők (drog- és alkoholbetegek), valamint a nem kémiai szerhez kötődő, ún. viselkedésaddikcióban szenvedő (pl. kóros játékszenvedély) betegek több mint 80%-a dohányzik. A különböző addikciók egymással gyakran kombinálódnak, és ez a függőségre vonatkozó közös genetikai hajlammal magyarázható.

A szkizofréniában szenvedő betegek jelentős hányada dohányzik, amelynek aránya a tartósan hospitalizált betegeknél tovább emelkedik (88%-ig). Ennek hátterében biológiai és pszichológiai/környezeti (pl. szorongáscsökkentés, unaloműzés) tényezők állhatnak.

A hangulatzavarok (affektív kórképek) esetében az eddigi vizsgálatok szerint oki összefüggést nem lehet kimutatni a dohányzás és a mániás és/vagy depressziós állapot között (azaz nem a dohányzás okozza az affektív zavart, és nem az affektív zavar hatására kezdenek el a betegek dohányozni), inkább közös – részben genetikai, részben környezeti – rizikófaktorok vezethetnek a magasabb koincidenciához [64].

A legújabb epidemiológiai vizsgálatok a dohányzás és az öngyilkossággal kapcsolatos fantáziák, tervek, kísérletek között is szignifikáns összefüggést találtak [65]. Ennek elemzése és magyarázata további vizsgálatokat tesz szükségessé (pl. az öngyilkosságot megkísérlők, elkövetők jelentős része pszichiátriai beteg (depressziós, alkoholfüggő, szkizofrén).

A dohányosok körében legfontosabb a szorongás és a depresszió felismerése, amelyek pszichiáter közreműködését igényelhetik. A depresszió felismerését célzó szűrővizsgálatot a releváns szakmai irányelvek ajánlásai alapján kell elvégezni, amely azonban csak a gyanú megerősítését szolgálhatja, a diagnózis felállítását nem (lásd XI. Melléklet 1. pontját).

Mentális problémákkal küzdőknél a leszokástámogatás megkezdése előtt javasolt a pszichiátriai vizsgálat. Ezekben az esetekben a beteg leszokás támogatása a pszichiáter kezelőorvos/konzulens bevonásával és speciális tervezéssel történjen!

A bármilyen módon, bármilyen segítséggel történő leszokás során elvonási tünetek (vegetatív/pszichés) léphetnek fel, ezért a mentális betegség tüneteit mutató dohányosoknál fokozott óvatosság szükséges, és a krónikus pszichiátriai betegségben szenvedőknél a leszokás folyamata során is szakorvosi segítségre lehet szükség.

Annak ellenére, hogy a nikotinfüggőség jelentős probléma a pszichiátriai betegek körében, a dohányzásról történő leszokásnál óvatosság, szoros pszichiátriai kontroll szükséges, mivel:

- Önmagában a nikotinelvonás is jelentős pszichés tünetekkel járhat (szorongás, inszomnia stb.).
- A dohányzás abbahagyása bármilyen módszerrel, az ismert vagy látens pszichiátriai betegeknél a betegség kiújulását, rosszabbodását idézheti elő.

- A leszokást támogató szakembernek körültekintőnek kell lennie a leszokni kívánó páciens anamnézisének felvételekor és a leszokási viziteken, a látens pszichiátriai kórképek kiszűrése érdekében.
- Egyeztetéssel farmakoterápia (vareniklin, bupropion, vagy nikotinpótló terápia) adható [2].

Az egészségesekhez képest a mentális betegeknél a leszokás folyamata hosszadalmasabb és nehezebben kivitelezhető [20].

Ajánlás 20

Nem cigaretta dohánytermékeket használók esetében ugyanazok a leszokást támogató módszerek és elvek érvényesek, különös tekintettel a speciális termékek használatára való rákérdezésre (füstmentes dohánytermékek: A, erősen ajánlott; szivar, pipa: C, erősen ajánlott) [3].

Habár Magyarországon kétségtelenül a cigarettázás a vezető dohányzási szokás, nem hagyhatjuk figyelmen kívül az egyéb dohánytermékek fogyasztását sem. Legyen szó akár szivarozásról, pipázásról, akár füstmentes dohánytermékek alkalmazásáról, ezeknek is egészségkárosító hatásai vannak. A füstmentes dohánytermékek tehát semmiképpen nem tekinthetők a cigarettázás veszélytelen alternatívájának, illetve az sem bizonyított, hogy hatékonyak lennének a cigarettázásról való leszokás segítésében.

A füstmentes dohánytermékek (pl. tubák, rágni vagy szopogatni való dohánykészítmények, snus) használatára is rá kell kérdezni, és az ilyen termékeket használókat ösztönözni kell a leszokásra, illetve leszokást támogató intervenciót kell ajánlani nekik (A).

A szivarozók, pipázók és más, nem cigaretta alapú dohányosok esetében is ösztönözni kell a leszokást, és ugyanazt a leszokást támogató intervenciót kell ajánlani, mint a cigarettázóknak (C) [3].

Ajánlás 21

A dohányzásról való leszokás során egyes folyamatosan szedett gyógyszerek dózisának módosítására lehet szükség, amelynek értékelése orvosi kompetenciába tartozik (C, erősen ajánlott) [25].

Az alábbi fontosabb hatóanyagok metabolizációjának csökkenése várható a dohányzásról való leszokás eredményeképpen (részletesen lásd 5. Táblázat), amellyel párhuzamosan az alkalmazott dózis monitorozására, egyes esetekben csökkentésére van szükség:

- koffein;
- antipszichotikumok (pl. klopazin, olanzapin);
- szelektív szerotoninviszavétel-gátlók (SSRI) (pl. fluvoxamin);
- inzulin;
- takrin;
- teofillin.

5. Táblázat – A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára

Hatóanyag	A dohányzás hatása	A leszokás hatása	A leszokás során alkalmazott eljárás
Hipnotikumok és anxiolitikumok (benzodiazepinek, zolpidem, zopiklon)	<ul style="list-style-type: none"> – Enzimindukciónak köszönhetően fokozott kiválasztás, ami alacsonyabb plazmaszintet eredményez. – Magasabb nikotinszint esetén kisebb mértékű a nyugtató hatása. – A nikotin központi idegrendszerre kifejtett hatása miatt csökkent hipnotikus hatás. 	<ul style="list-style-type: none"> – Csökkent kiválasztás következtében emelkedhet a plazmaszint. – Benzodiazepint használó pácienseknél fokozódhat a nyugtató hatás a leszokást követően. 	<ul style="list-style-type: none"> – A tünetek követése. – Szükség lehet a dóziscsökkentésre.
Antipszichotikumok (pl. klórpromazin, klozapin, flufenazin, haloperidol)	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzás hatására emelkedhet egyes antipszichotikumok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint. – A dohányzás hatására fokozódhatnak az antipszichotikumok mellékhatásai. 	<ul style="list-style-type: none"> – Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint. – Szükség lehet a dóziscsökkentésre. 	<ul style="list-style-type: none"> – A mellékhatások követése. – Fokozott nyugtató hatás, illetve mellékhatás (alacsony vérnyomás, álmoság, extrapiramidális tünetek) előfordulása esetén dóziscsökkentés szükséges.
Antidepresszánsok (pl. SSRI, triciklikus antidepresszánsok, mirtazapin, duloxetin)	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzás hatására emelkedhet egyes antidepresszánsok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint. 	<ul style="list-style-type: none"> – Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint. 	<ul style="list-style-type: none"> – A mellékhatások követése. – Szükség lehet a dóziscsökkentésre.
Dementiában használt gyógyszerek (acetilkolinészteráz-inhibitorok, memantin)	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzásnak nincs jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére, memantin esetében előfordulhat emelkedett plazmaszint. 	<ul style="list-style-type: none"> – Nincs ismert jelentős klinikai hatás. 	<ul style="list-style-type: none"> – A tünetek követése.
Antikonvulzívumok	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzásnak nincs 	<ul style="list-style-type: none"> – Nincs ismert 	<ul style="list-style-type: none"> – A tünetek követése.

(karbamazepin, valproát, fenitoin)	jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére.	jelentős klinikai hatás.	
Lítium	– A dohányzás fokozza a koffein metabolizmusát. A koffeinszint jelentős mértékű megváltozása befolyásolhatja a lítium plazmaszintjét.	– Indirekt módon befolyásolhatja a lítium kiválasztását.	– A plazmaszint ellenőrzése a tünetek rosszabbodása esetén.
Analgetikumok (dextropropoxifen, kodein) és gyulladáscsökkentők (diflunisal, fenilbutazon)	– Dohányzás hatására gyorsabban választódik ki.	– Fokozódik a hatóanyagra adott válasz.	– A válaszreakció követése.
Antiaritmiás szerek (flekainid, lignokain)	– A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a plazmaszint. – Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük.	– Dóziscsökkentésre lehet szükség.	– A mellékhatások követése, dóziscsökkentés.
Béta-receptor-blokkolók	– A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a béta-blokkolók hatása. – Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük.	– Dóziscsökkentésre lehet szükség.	– A vérnyomás és a szívfrekvencia ellenőrzése. – Szükség lehet dóziscsökkentésre.
Diuretikumok (furosemid)	– A nikotin gátolja a vizeletkiválasztást és csökkenti a furosemid hatását.	– Klinikai hatása nem egyértelmű.	– A válaszreakció követése.
Antihisztaminok (cimetidin, ranitidin)	– Dohányzás hatására csökken a plazmaszint. – A cimetidin és kisebb mértékben a ranitidin csökkenti a nikotin	– Fokozódhat az antihisztaminokra adott válaszreakció.	– A válaszreakció követése.

	ürülését a szervezetből.		
Inzulin	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzás csökkenti az inzulin felszívódását és növelheti az inzulinrezisztenciát. – Dohányzó inzulinfüggő cukorbetegnek több inzulinra lehet szükségük. 	<ul style="list-style-type: none"> – A leszokás javítja a glikémiás kontrollt. – Csökkenhet az inzulinszükséglet. – Szükség lehet az inzulin dózisának módosítására. 	<ul style="list-style-type: none"> – A hypoglykaemia ellenőrzése. – A vércukorszint gyakoribb ellenőrzése. – Inzulinfüggő cukorbetegnek kevesebb inzulinra lehet szükségük.
Teofillin/aminofillin	<ul style="list-style-type: none"> – Enzimindukciónak köszönhetően a dohányzás növeli a teofillin kiválasztását. – Dohányzóknak csökken a teofillin fél életideje. – Dohányzóknak nagyobb adagokra van szükségük. 	<ul style="list-style-type: none"> – A leszokást követően jelentősen megemelkedik a teofillin plazmaszintje. – A teofillin szűk terápiás ablakkal bír, ezért előfordulhat mérgezés. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mérgezés tüneteinek követése (pl. palpitáció, émelygés). – Plazmaszint-ellenőrzés és dóziscsökkentés (jellemzően harmadával).
Véralvadásgátlók (warfarin, heparin)	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzás enyhén fokozza a warfarin metabolizációját és kiválasztását. – Dohányzóknak csökken a heparin fél életideje és fokozódik a kiválasztása. – Dohányzóknak nagyobb adagokra lehet szükségük. 	<ul style="list-style-type: none"> – INR/protrombinidő növekedhet. 	<ul style="list-style-type: none"> – Szigorú követést igényel. – A dózist egyénileg kell módosítani az INR/protrombinidőnek megfelelően.

5. A leszokás mellékhatásai

Ajánlás22

A nikotinmegvonás tüneteinek kezelésére elsősorban – a támogató jellegű pszichoterápiás instrukciók mellett – a készségfejlesztés, valamint a személyre szabott farmakoterápia alkalmazható (B, erősen ajánlott) [2].

A tanácsadás során érdemes hangsúlyozni, erre a páciens felkészíteni, hogy a megvonási tünetek nem mindenkinél jelentkeznek ugyanolyan mértékben, orvosolhatók és a legtöbbjük átmeneti, azaz viszonylag rövid időn belül, néhány héten belül rendeződik. A sóvárgás a tanácsadás során adott felkészítéssel kezelhető. A leszokást támogató farmakoterápia (különböző nikotinpótló készítmények vagy vareniklin) alkalmazása a megvonási tünetek és a sóvárgás enyhítésére irányul.

5.1. A nikotinmegvonás tünetei

A dohányzásról való leszokást kísérő megvonási tünetek komoly akadályai lehetnek a sikeres leszokásnak és fő okozói a relapszusnak, a visszaesésnek. Kiemelt figyelmet érdemelnek, mivel sokszor az ezektől való aggodalom tartja vissza a legerősebbek a tünetek és néhány naptól akár többhetes időtartamig is eltarthatnak.

Megvonási tünetek megjelenhetnek, akár támogatjuk a leszokást, akár nem, akár alkalmazunk farmakoterápiát, akár nem.

Pszichoaktív szer (nikotin) megvonás DSM-IV kritériumai [34]:

1. A szerspecifikus szindróma kialakulása valamely szer prolongált vagy nagyfokú használatának a megszakadása vagy redukálása következtében jött létre.
2. A szerspecifikus szindróma klinikailag jelentős zavart vagy károsodást okoz a szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos működésekben.
3. A tünetek nem felelnek meg valamely általános betegségi állapot kritériumainak és nem magyarázhatók meg jobban más mentális zavarral.

A nikotinmegvonás tünetei, tünetegyüttese a DSM-IV rendszerben:

- diszfóriás vagy depressziós hangulat,
- inszomnia,
- irritabilitás, frusztráció, düh,
- szorongás,
- koncentrációs nehézségek,
- nyugtalanság,
- szívritmus csökkenése,
- fokozott étvágy vagy súlygyarapodás.

További megvonási tünetek lehetnek még az erős sóvárgás a cigaretta után, gastrointestinális diszkomfortérzés, obstipáció.

5.2. A nikotinmegvonás tüneteinek kezelése

A tanácsadás során érdemes hangsúlyozni, hogy a megvonási tünetek nem mindenkinél jelentkeznek ugyanolyan mértékben, orvosolhatók és a legtöbbjük átmeneti, azaz viszonylag rövid időn belül rendeződik.

A megvonási tünetek kezelése során elsősorban a támogató jellegű pszichoterápiás instrukciók mellett a készségfejlesztés alkalmazható. A nikotinmegvonás tüneteinek átértelmezését érdemes javasolni a pácienseknek, miszerint a megvonási tünetek viszonylag rövid ideig tartanak, és elsősorban azt tükrözik, hogy a szervezet és az idegrendszer „gyógyulási” folyamata zajlik.

Amennyiben a tünetek intenzitása szükségessé teszi, akkor szorongás, irritabilitás, deprimált hangulat és/vagy alvászavar esetén nagypotenciálú benzodiazepin (alprazolam, clonazepam) beállítása indokolt, de orvosi kontroll mellett és limitált időtartamban (max. 6 hétig, és utána pszichiáter szakorvossal történő konzultáció alapján folytatható, szükség esetén). Az alvászavar (éjszakai felébredések) kezelésére korszerű elaltató és/vagy átaltató hipnotikumok alkalmazhatók szintén limitált időhatárokon belül. Leszokástámogató farmakoterápia alkalmazása éppen a megvonási tünetek enyhítésére irányul.

Ajánlás23

A nikotinpótló terápia (különösen a nikotinos ráógumi és szopogatótabletta) és a bupropion késlelteti a leszokást követő testsúlygyarapodást, ezért különösen ajánlott olyan dohányzóknál, akik tartanak a nagymértékű hízástól (B, ajánlott) [3].

A testsúlygyarapodás a leszokást követő 2 éven belül éri el a maximumát, majd ezt követően visszatér az alapszintre, azaz nem különbözik a nemdohányzók súlygyarapodásától. Átlagosan 2–4 kilogramm testtömeg-gyarapodás írható a leszokás okozta anyagcsere-változás (helyreállítás) számlájára. Hosszú távon a testtömegindex növekedése elhanyagolható. A testedzési programok rövidtávon nem, de hosszú távon (12 hónappal a leszokást követően) képesek mérsékelni a testtömeg növekedését (A).

A megvonási tünetek között a testsúlygyarapodásra kiemelt figyelmet kell fordítani, mivel a páciensek többségében a testsúly növekedése vagy az attól való félelem a leszokással szemben lényeges visszatartó erő, és a relapsushoz vezető egyik legfontosabb tényező férfiaknál és nőknél egyaránt [3].

Egyéves folyamatos absztinencia esetén a dohányzásról való leszokással magyarázható testtömeg-gyarapodás 4,8–5,9 kg között van [3]. Újabb metaelemzés szerint, az átlagos testtömeg-növekedés 4–5 kg 12 hónapos absztinencia esetén (A). Ugyanakkor jelentős egyéni variabilitás mutatkozik. A páciensek 16–21%-ának csökkent a testtömege, illetve 13–14%-nak 10 kg-nál nagyobb mértékben növekedett a testtömege 12 hónappal a leszokást követően. A testtömeg-gyarapodás üteme átlagosan 1 kg/hónap az első három hónapban, majd lassul a növekedés [62].

A testsúlygyarapodás a leszokást követő 2 éven belül éri el a maximumát, majd ezt követően visszatér az alapszintre, azaz nem különbözik a nemdohányzók súlygyarapodásától, hosszú távon a testtömegindex növekedése elhanyagolható [3]. A testsúlygyarapodás egészségi veszélyei messze elhanyagolhatók a leszokással nyerhető egészségi előnyökhöz viszonyítva. A testsúlygyarapodás háttérében számos mechanizmus tételezhető fel, különösen az alapanyagcsere-szint csökkenésének, az újra működő zsírbeépülésnek és az étvágy növekedésének lehet központi szerepe. Általánosságban az energia-egyensúllyal kapcsolatos tanácsadásnak a táplálkozás megváltoztatására, az alkoholfogyasztás mérséklésére és a fizikai aktivitás növelésére kell irányulnia.

Egyes gyógyszeres és viselkedésterápiás kezelési eljárások rövidtávon csökkenthetik a testsúlygyarapodást, de általában a 12 hónapos absztinenciánál ez a mérséklő hatás megszűnik (A). A testsúlycsökkentésre irányuló edukáció - beleépítve a leszokást támogató programba – kontraproduktív, mivel csökkenti a leszokás sikerességét. A személyre szabott testsúlycsökkentést célzó program esetében találtak hosszú távú kedvező hatást a testtömeg gyarapodásának

csökkenésével kapcsolatban, ráadásul ez a program nem csökkentette a leszokás sikerességének valószínűségét (B).

A testedzési programok rövid távon nem, de hosszú távon (12 hónappal a leszokást követően) képesek mérsékelni a testtömeg növekedését (A) [2].

6. Az irányelv terjesztése

Ajánlás24

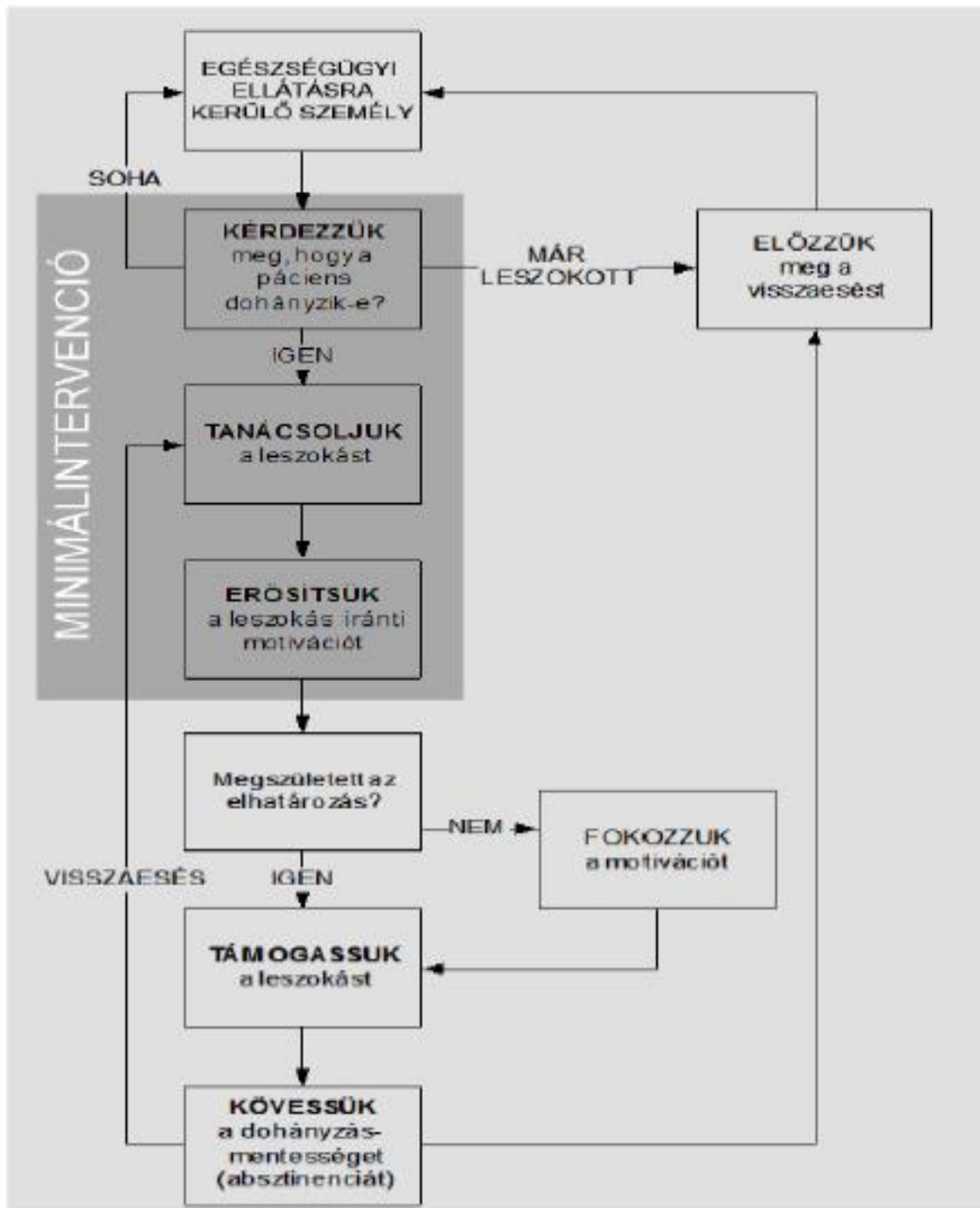
A felsőfokú egészségügyi szakképzések keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról leszokást segítő módszereket, az irányelv ajánlásai mentén (B, erősen ajánlott) [2].

1. Ellátási algoritmus

Az ellátás folyamatát az 1. Ábra mutatja.

1. Ábra – A dohányzásról való leszokás támogatásának folyamata

A LESZOKÁSTÁMOGATÁS FOLYAMATA



VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A fenti megállapítások figyelembevételével fontos hangsúlyozni, hogy minden, egészségügyi ellátásban dolgozó, felsőfokú végzettségű szakdolgozó feladatai közé tartozik, hogy minimálintervenció keretében kezdeményezzék és elősegítsék a dohányzás abbahagyását.

Az orvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók graduális és posztgraduális képzése keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról leszokást segítő módszereket.

Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ által szervezett 30 órás, akkreditált tanfolyam hivatott a leszokást támogató szakemberek képzésére. A tanfolyam elvégzését követően, a leszokást támogató tanácsadást végezheti erre képzett orvos, pszichológus, diplomás szakdolgozó és munkakörének megfelelően a védőnő.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők és azok megoldása)

1.2.1. Támogató ellátóhálózat

A dohányfogyasztás sikeres csökkentéséhez elengedhetetlen, hogy a dohányzók a lehető legtöbb ismeretet megkapják a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről és módjáról. Ezen törekvések figyelembevételével alakultak meg a bevezetőben már részletezett feladatkörökkel bíró Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ, illetve a tüdőgondozók bázisán működő leszokás támogatási tanácsadást nyújtó akkreditált centrumok.

1.2.2. A dohányzásról való leszokást segítő rendelések országos hálózata

A minimálintervenció alkalmas a mindennapi egészségügyi ellátási folyamat során bármely ellátott esetében a dohányzás tényének azonosítására és alapszintű tanácsadásra, megfelelőnek ítélt motiváció esetén pedig a további teendők ellátással együtt történő megválasztására. A leszokástámogatás módját a leszokni kívánó dohányos közeli és távoli anamnézise alapján, a pácienssel közösen, szakembernek tanácsos meghatározni. A dohányzás mértéke és időtartama, a nikotinfüggőség foka, az ismert vagy feltételezett társbetegségek - különös tekintettel a pszichiátriai betegségekre -, a páciens kora, állapota, esetleges várandóssága mind megannyi tényező, amelyek befolyásolhatják a megfelelő programszerű leszokás támogatási módszer megválasztását, ajánlását. Az akkreditált leszokás támogatási tanácsadást végző centrumok listája megtalálható: <http://www.leszokaspont.hu/institute>.

1.2.3. Támogató jogszabályi környezet

A dohányzás visszaszorítása összetett népegészségügyi és szakpolitikai feladat. A dohányzás visszaszorítására irányuló határozott szándékot jelzi a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLIII. törvény módosításának elfogadása, amely elismeri és összefogja az elmúlt évtizedben végzett küzdelmes népegészségügyi munkát.

Az Európai Unió ugyancsak aktív szerepet vállal a tagállamok dohányzásellenes politikájának kiterjesztésében. Az Európai Parlamentben elfogadásra került az új dohánytermék irányelv, amely hatályon kívül helyezi a korábban érvényben lévő (2001/37/EK) irányelvet. A szigorítási cézzal elindított felülvizsgálat a következő témakörökre terjedt ki: az újszerű, füstmentes dohány- és nikotintartalmú termékekre vonatkozó szabályozási megoldások kidolgozása, a dohánytermékek csomagolását illető módosítási javaslatok elfogadása a fogyasztók pontosabb tájékoztatása

érdekében, a dohánytermékek összetevőinek (különösen a fiatalok számára vonzó mesterséges aromák) szabályozása és a jövedéki adó emelésében nyilvánult meg.

További támogató jogszabályi környezetet jelent, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet értelmében 2014 óta orvosi beutaló nélkül lehet igénybe venni a tüdőgondozókban a dohányzásról történő leszokástámogatást.

A megújult hazai és európai jogszabályi, valamint intézményi rendszerbe jól illeszkedik az irányelv.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Kevés célzott kutatás készült a leszokás támogatásával való együttműködést érintő tényezőkről. Itt az általános alapelvek ajánlhatók. Az együttműködést befolyásoló tényezők:

- a páciens dohányzási előtörténete;
- a dohányzással összefüggő problémákról visszajelzés és személyre szabott tájékoztatás;
- a leszokást támogató szakember segítőkész, pozitív kommunikációs stílusa, amely mentes a páciens elítélő, kritizáló mozzanatoktól, és tiszteletben tartja a páciens autonómiáját;
- a páciens jellemzőinek figyelembevétele és választási lehetőségek felkínálása (pl. gyógyszeres segítség, telefonos, egyéni személyes vagy csoportos tanácsadás).

1.4. Egyéb feltételek

Az ajánlások alkalmazását gátolja, hogy jelenleg a leszokás támogatásában használatos készítményekre nincs társadalombiztosítási támogatás.

2. Az alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

2.1.1. Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ honlapja gondoskodik arról, hogy a lakosság és a szakemberek minden ismeretet megkapjanak a dohányzással összefüggő káros következményekről, valamint a leszokás előnyeiről. A szakemberek számára segítséget nyújt a leszokás evidencia alapú támogatásához. Összefoglalja a központ által nyújtott egyéni, csoportos és telefonos tanácsadás jellemzőit és elérhetőségeit (www.leszokaspont.hu).

2.1.2. „Leteszem a cigit” honlapja segíti a leszokni vágyókat és hozzátartozóikat a leszokás folyamatában. (www.leteszemacigit.hu).

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok.

2.2.1. Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt. Alkalmazás: a nikotinfüggés fizikai aspektusainak felmérésére alkalmas kérdőív.

2.2.2. Nikotinfüggés-szűrőteszt. Alkalmazás: a nikotinfüggés pszichológiai aspektusainak felmérésére alkalmas kérdőív.

2.2.3. Wisconsin nikotinfüggőségi motivációs kérdőív (WISDM-37). Alkalmazás: a nikotinfüggés részletes felmérésére alkalmas kérdőív.

2.2.4. Beck-féle depresszió-kérdőív. Alkalmazás: depresszió felismerését célzó kérdőív, hivatkozás: Depresszió aktuálisan érvényes egészségügyi szakmai irányelve.

2.3. Táblázatok

1. Táblázat – A nikotinfüggés jellemzői
2. Táblázat – A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága
3. Táblázat – Nemkívánatos események a leszokás során
4. Táblázat – A farmakoterapiás készítmények jellemzői
5. Táblázat – A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára

2.4. Algoritmusok

1. Ábra – A dohányzásról való leszokás támogatásának folyamata

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, auditkritériumok

Szakmai célkitűzés, hogy Magyarországon a dohányzás prevalenciája 5 évente mintegy 5%-kal csökkenjen.

Az ajánlás gyakorlati alkalmazásának időszakos ellenőrzésére a programszerű leszokás támogatás keretében van lehetőség. Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ adatbázisa tárolja és összegzi a leszokási centrumokban végzett tanácsadás indikátorait. A tanácsadási gyakorlatra vonatkozó legfontosabb mutatók a következők:

- A leszokást támogató programba bevontak száma.
- Leszokási ráta: A program sikerességének értékelésére 6, illetve 12 hónap elteltével kerül sor. Az elemzés során fel kell mérni az adott tanácsadási programba bevontak 7 és 30 napos pontprevalencia-, illetve tartós leszokási arányát (a mutatók értékelése részletesen lásd [57]).
- A találkozások száma (a megválasztott programtól függően).
- A felírt gyógyszerek típusa és mennyisége.

A minimálintervenció egyes elemeinek megvalósulása a különböző ellátók esetében eltérő módon monitorozható, de a dohányzási anamnézis felvétele, a minimálintervenció megtörténte és az ehhez kapcsolódó leszokástámogatás felé való referálás követése, illetve az intervenció eredménye az ellátási formától függetlenül, az alábbi indikátorokkal lehetséges:

1. A dohányzási szokások regisztrálásának gyakorisága: az alapellátás, a védőnők terhesgondozási rendszerében, valamint a járóbeteg-szakellátást és fekvőbeteg-szakellátást végzők dokumentációs rendszerében a nyilvántartottak hány százalékának került regisztrálásra a dohányzási szokása.
2. A dohányzási státusz megoszlása: a fenti ellátási típusokban milyen a részaránya azoknak,
 - akik jelenleg dohányoznak, és a közeljövőben le kívánnak szokni a dohányzásról;
 - akik jelenleg dohányoznak, és nem kívánnak leszokni a dohányzásról;
 - akik jelenleg nem dohányoznak, de korábban dohányoztak;
 - akik soha nem dohányoztak.
3. A minimálintervencióban részesültek részaránya: a fenti ellátási típusokban, a közeljövőben leszokni kívánó dohányzók közül azok részaránya, akik minimálintervencióban részesültek.
4. Leszokási ráta: a fenti ellátási típusokban, azon minimálintervencióban részesültek részaránya, akik egy év elteltével nem dohányoztak (terhesgondozás során, a védőnő bármelyik tanácsadás alkalmával a dohányzás abbahagyását regisztrálta).

A mérés módja és gyakorisága: a páciensek dohányzási helyzetével történő foglalkozásra két évente, illetve a leggyakoribb, egyéb irányú prevenciók megjelenéséhez kapcsolódóan kerüljön sor. A dohányzási helyzet a páciens egészségügyi dokumentációjában legyen rögzítve.

4. Az ajánlások terjesztésének terve

Az irányelv nyomtatott formában megjelenik az Egészségügyi Közlönyben, az érintett ellátási szakterületek hivatalos szakmai folyóiratában, az Egészségügyi Szakmai Kollégium és a Magyar Tüdőgyógyász Társaság honlapján, valamint releváns egészségügyi folyóiratokban. Az irányelv kiküldésre kerül valamennyi háziorvostan tanszék számára.

A felsőfokú egészségügyi szakképzések keretében ismertetni kell a dohányzással összefüggő egészségkárosodásokat, és oktatni kell a dohányzásról való leszokást segítő módszereket, az irányelv ajánlásai mentén.

A leszokást segítő centrumok munkájának értékelése az irányelvben meghatározott mutatók alapján történik. A módszertani központ honlapján közzéteszi az irányelvet és a javasolt betegtájékoztatókat.

Az irányelv tartalmának ismertetése akkreditált képzéseken, tudományos kongresszusokon és továbbképzéseken valósul meg a képzés céljának megfelelő mértékben.

VIII. IRÁNYELV felülvizsgálatának terve

Az irányelv felülvizsgálata 3 év múlva tervezett. A felülvizsgálat folyamata, az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A Tüdőgyógyászat tagozatvezető kijelöli a fejlesztés felelősét, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait.

Az aktuális irányelv kidolgozásában részt vevő fejlesztőcsoport tagjai folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat.

A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben esetleg bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az esetleges soron kívüli változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

1. Szakmai Irányelv - A dohányzásról való leszokás támogatásáról. Egészségügyi Közlöny 2014; 64,19:2617-2630.
2. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). Guidelines for Treating Tobacco Dependence. The Comprehensive Guide to the Implementation of Treatments and Strategies to Treat Tobacco Dependence. 2016. <http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf> (letöltve: 2017. 07. 16.)
3. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. 2008. <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html> (letöltve: 2018. 01. 11.)
4. Behrakis PK, Papadakis S, Vardavas C. Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups (TOB.g) 2017. <http://ensp.org/tob-g/> (letöltve: 2017. 07. 16.) <http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>
5. Siu AL. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Ann Intern Med. 2015; 163:622-634. doi:10.7326/M15-2023. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions1> (letöltve: 2018. 01. 08.)
6. Emberi Erőforrások Minisztériuma. „Egészséges Magyarország 2014-2020” – Egészségügyi Ágazati Stratégia. 2014.
http://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf (letöltve: 2018. 01. 05.)
7. Eriksen M. The Tobacco Atlas. American Cancer Society; World Lung Foundation; 2015. www.TobaccoAtlas.org (letöltve: 2017. 07. 16.)
8. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1 (letöltve: 2017. 03. 03.)
9. Cselkó Z, Kovács G, Horváth I. A dohányzás helyzete Magyarországon. KSH elektronikus kiadvány. 2017.
10. European Union. Special Eurobarometer 458 „Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes” Report. 2017. doi:10.2875/804491 <http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/PublicOpinion> (letöltve: 2018. 01. 09.)
11. Kovács G. Dohányzás és leszokás. Budapest; Medicina Kiadó 2010.

12. KSH: A halálloki struktúra változása Magyarországon, 2000–2012., 2014.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf> (letöltve: 2017. 07. 16.)
13. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény
14. 102/2005. (X. 31.) FVM rendelet a dohánytermékek gyártásáról, forgalmazásáról és ellenőrzéséről
15. 2007. CXXVII. törvény az általános forgalmi adóról
16. 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról
17. 2003. évi CXXVII. törvény a jövedéki adóról és a jövedéki termékek forgalmazásának különös szabályairól
18. FCTC/COP4 (8) Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation)
19. Grana, R., Benowitz, N., Glantz, S. A.: E-cigarettes; A scientific review. *Circulation*, 2014, 129, 1972–1986.
20. Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am J Med* 1992; 93:22S–24S.
21. Whiteford L. Nicotine, CO and HCN: the determined effect of smoking on wound healing. *Br J Comm Nurs* 2003;8(12):S22–6.
22. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation – Web Addenda. *European Heart Journal* (2017) 00,1–8 ESC GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehx393
23. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* (2016) 37, 267–315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320
24. William JM, Foulds J. Successful tobacco dependence treatment in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007. 164:222–7.
25. Medicines Information Centre, Pharmacy Department, Smoking and Drug Interactions, Mersey Care NHS Trust. June 2007.
http://www.merseycare.nhs.uk/Library/What_we_do/Clinical_Services/Public_Health/Smoking_Inteactins.pdf
26. Gourlay SG, Benowitz NL. Arteriovenous differences in plasma concentration of nicotine and catecholamines and related cardiovascular effects after smoking, nicotine nasal spray, and intravenous nicotine. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1997; 62(4):453–63.
27. A Report of the Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease, 2010. The Biology and Behavioral Basis of Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services.

28. International Agency for Research on Cancer: Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1–109. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/>
29. DeBry SC, Tiffany ST. Tobacco-induced neurotoxicity of adolescent cognitive development (TINACD): a proposed model for the development of impulsivity in nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:11–25.
30. Grady SR, Wageman CR, Patzlaff NE, et al. Low concentrations of nicotine differentially desensitize nicotinic acetylcholine receptors that include $\alpha 5$ or $\alpha 6$ subunits and that mediate synaptosomal neurotransmitter release. *Neuropharmacology* 2012; 62:1935–43.
31. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, et al. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain and Behavior* 2013; 3(3):302–26.
32. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000; 284:2348-51.
33. Jarvik ME. The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*. 1995;117:18–20.
34. Perkins KA. Nicotine self-administration. *Nicotine and Tobacco Research* 1999; 1 (Suppl. 2):S133–S138.
35. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine and Tobacco Research* 2000;2(1):19–37.
36. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2000 (4th ed., text revision). Washington DC: American Psychiatric Association.
37. Visser, W., Geraets, L., Klerxet, W., et al.: The health risks of using e-cigarettes. RIVM Letter report 2015–0144. Available from: http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:284311&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
38. Kosmider, L., Sobczak, A., Fik, M., et al.: Carbonyl compounds in electronic cigarette vaporseffects of nicotine solvent and battery output voltage. *Nicotine Tob. Res.*, 2014, 16(10), 1319–26.
39. Kienhuis, A. S., Soeteman-Hernandez, L. G., Bos, P. M. J., et al.: Potential harmful health effects of inhaling nicotine-free shisha-pen vapor: a chemical risk assessment of the main components propylene glycol and glycerol. *Tob. Induc. Dis.*, 2015, 13(1), 15.
40. German Cancer Research Center (Ed.): *Electronic Cigarettes – An Overview* 2013. Available from: <https://www.dkfz.de/en/presse/download/RS-Vol19-E-Cigarettes-EN.pdf>
41. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Quick reference guide, 2006. National Institute for Health and Clinical Excellence (4/7).
42. www.tabac-liberte.com (PESCE)

43. Cohen DJ, Clark EC, Lawson PJ, Casucci BA, Flocke SA. Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. *Patient Educ Couns* 2011; 85: e8–e15. doi: 10.1016/j.pec.2010.11.009.
44. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns* 2009; 76:25–30. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.002.
45. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.) (4/6).
46. Fagerström KO. Clinical Treatment of Tobacco Dependence: The Endurance of Pharmacologic Efficacy. *J Clin Psychiatry Monograph* 2003; 18 (1):35–40.
47. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.
48. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
49. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
50. Aubin H, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4439.
51. Vadász I, Beke M, Huzián I és mtsai. Dohányzásról leszokást segítő országos program – öt év tapasztalatai. *Medicina Thoracalis* 2000; 53:140–144.
52. Champix Alkalmazási előírat 2014. április http://www.ema.europa.eu/docs/hu_HU/document_library/EPAR_Product_Information/human/000699/WC500025251.pdf
53. Mojica WA, Suttrop M J, Sherman SE, Morton SC, Roth EA, Maglione MA, et al. Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine* 2004; 26(5):391–401.
54. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. 2007 (AHA guidelines). *Circulation* 2007; 115.
55. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19(3):CD001293.
56. Müller V, Tamási L. A dohányzás megelőzése és a dependencia kezelése. *Magyar Csaláorvosok Lapja* 2008;2:2–6.

57. Wong J, Abrishami A, Yang Y, et al. A Perioperative Smoking Cessation Intervention with Varenicline. A Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial. *Anesthesiology* 2012; 117:755–64.
58. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143:993–7.
59. De Leon J, Abraham G, Nair C, et al.: Nicotine addiction in chronic schizophrenic inpatients. *Biol Psychiatry* 1995; 37:593–683.
60. C.A. Jiménez-Ruiz és mtsai, ERS Statement on smoking cessation, *Eur Resp Journal* 2015;46:61–79
61. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD008286.
62. Aubin H, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4439.
63. Hughes JR, et al. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations *Nicotine & Tobacco Research* 2003; 5:13–25.
64. Rihmer Z.: Dohányzás és depresszió. In: Németh A., Gerevich J (eds.). *Addikciók* Budapest: Medicina Kiadó; 2000. p. 158–66.
65. Kessler RC, Borges G, Sampson N, et al. The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Molecular Psychiatry* 2009; 14, 1132–1142; doi:10.1038/mp.2008.78;

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. A fejlesztőcsoport megalakulása, a folyamat és a feladatok dokumentálása

Jelen fejlesztés a 2014-ben kidolgozott, „Egészségügyi Szakmai Irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról” lejárt érvényességi idejű irányelv felülvizsgálatának eredménye. A felülvizsgálat megkezdésekor a Tüdőgyógyászat tagozatvezető és egyben irányelvfejlesztő felelőse jelölte ki a fejlesztőcsoport tagjait és határozta meg a tagok feladatait. Az irányelv egyértelműen leírja, hogy bármely egészségügyi ellátó feladattal rendelkezik a dohányzásleszokás támogatásában. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a dohányzásról leszokástámogatásban szakértők, illetve a programszerű leszokástámogatás ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. A fejlesztés módszerének leírása és kapcsolódó dokumentumok

2.2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelv [1] az érvényben lévő európai [2] (ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence) és amerikai [3] (Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update) dohányzásról leszokást támogató irányelvek elemzése és értékelése után került 2018-ban átdolgozásra. Tekintettel arra,

hogy az irányelv érvényességi ideje alatt frissült az európai ellátók számára meghatározó európai irányelv, illetve kiegészült a rizikó csoportok leszokás támogatásának különálló ajánlásaival, ezek aktualizált tartalma átültetésre került.

Az irányelv fejlesztésének meghatározó eleme volt a szisztematikus szakirodalom-keresés, a szelekció és az elemzés. Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfiában, a PubMed-en és a Cochrane-adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az adatbázisokban a következő keresőszavakat és kombinációkat használtuk: „dohányzás”, „leszokás”, „irányelv”, „nikotin”, „nikotinfüggőség”, „bupropion”, „vareniklin”; „smoking”, „cessation”, „guideline”, „nicotine”, „nicotine dependence”, „bupropion”, „varenicline”.

3. A felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték- vagy ajánlasmátrix”)

A bizonyítékok minősítése a felhasznált két irányelv meghatározásai alapján történt. Az európai [2] és amerikai [3] irányelv besorolási rendszerében az „A” és „B” szintek megegyeznek, azonban a „C” szint értelmezése eltér. Mivel az amerikai irányelv egyértelművé teszi a szakértői vélemények leválasztását a bizonyítékokon alapuló állításoktól, így a fejlesztőcsoport az amerikai irányelv besorolási rendszerét vette alapul. Ha egy ajánlás mindkét irányelvből származik, az amerikai irányelv besorolása átvételre került, ha pedig kizárólag az európai irányelvből, akkor az ajánlást alátámasztó szakirodalom áttekintésével, az evidenciaszintje átsorolásra került az amerikai besorolás szabályainak megfelelően: amennyiben az ajánlás „C” szinten volt, és bizonyítékok alátámasztották az ajánlást, akkor „B”, bizonyítékok hiányában, „C” szintű besorolást kapott.

4. Az ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások a megjelölt külföldi szakmai irányelvek adaptációjával kerültek kialakításra. A forrásként szolgáló irányelvekben található ajánlások nem kerültek módosításra. Az irányelvek nem minden ajánlása került felhasználásra, azok nem, amelyek témája nem tartozik az irányelv hatókörébe. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg. Az adaptált irányelvek nem rangsorolták az ajánlásokat. A jelen irányelvben a fejlesztőcsoport az addiktológiai zavarok esetén gyakorta alkalmazott kontinuum-szemléletű ajánlás rangsorolást alkalmazta. Ebben az esetben a GRADE rangsorolás került alkalmazásra, ami az erősen ajánlottól az erősen ellenzettig meghatározott folytonos ajánláserősség skálán mozog. Az ajánlások erősségét, vagyis az ajánlás vagy az ellenzés mértékét a szöveg nyelvi jellemzői fejezik ki.

5. A véleményezés módszere

Véleményezésre azokról a szakterületekről kérte fel a fejlesztőcsoport vezetője a tagozatok vezetőjét, amelyek kifejezték együttműködési szándékukat az irányelvtervezet megismerése és véleményezése iránt, továbbá valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. Ezek az alapellátásban részt vevő szakterületek, mint a felnőtt és gyermek betegeket ellátó háziorvoslás, a védőnők, és az iskola-egészségügy. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok vezetői nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Az alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.1.1. Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ,
<http://www.leszokaspont.hu>

1.1.2. Leteszem a cigit, <http://www.leteszemacigit.hu>

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1.2.1. Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt

FAGERSTRÖM-FÉLE NIKOTINFÜGGŐSÉGI TESZT

Válaszoljon az alábbi kérdésekre!

– Ébredés után mennyi idővel gyújt rá az első cigarettára?

60 perccel később 0 pont

31–60 perc között 1 pont

6–30 perc között 2 pont

5 percen belül 3 pont

– Problémát okoz-e Önnek, ha olyan helyen van, ahol nem lehet rágyújtani?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

– A nap folyamán melyik cigarettát élvezzi a legjobban?

A reggeli első rágyújtást 1 pont

Bármilyen más alkalommal 0 pont

– Naponta hány cigarettát szokott elszívni?

10 szál vagy kevesebb 0 pont

11–20 szál között 1 pont

21–30 szál között 2 pont

31 szál vagy annál több 3 pont

– Többet szív reggel, mint a nap hátralévő részében?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

– Rá szokott-e gyújtani olyankor is, amikor olyan beteg, hogy fel sem tud kelni az ágyból?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

Adja össze a pontszámait:

Az ön függésének szintjét a kérdőíven kapott pontszámával jellemezhetjük:

0–2: Nagyon alacsony

3–4: Alacsony

5: Közepes

6–7: Magas

8–10: Nagyon magas

1.2.2. Nikotinfüggési szűrőteszt

NIKOTINFÜGGÉSI SZŰRŐTESZT

Kérjük, válaszolja meg a következő kérdéseket az IGEN vagy a NEM válaszok bekarikázásával. Abban az esetben, ha úgy érzi, hogy a kérdés önre nem igaz, vagy nem vonatkozik, akkor karikázza be a NEM-et.

1.	Gyakran vannak olyan napjai vagy időszakai, amikor jóval többet dohányzik, mint amennyit szeretne?	IGEN	NEM
2.	Próbált-e már leszokni, vagy csökkenteni az elszívott cigaretták mennyiségét, és azt tapasztalta, hogy nem sikerült elérni a célt?	IGEN	NEM
3.	Miután abbahagyta a dohányzást, vagy csökkentette az elszívott cigaretták számát sóvárgott-e cigaretta után/vágyott-e nagyon a cigarettára?	IGEN	NEM
4.	Amikor abbahagyta a dohányzást, vagy csökkentette a napi elfogyasztott cigaretta mennyiségét, tapasztalta-e az alábbi tünetek valamelyikét? Ingerültség, idegesség, nyugtalanság, koncentrációs nehézségek, fejfájás, álmoság, gyomorpanaszok, lelassult szívritmus, étvágnövekedés vagy a testsúly növekedése, levertség/depresszió.	IGEN	NEM
5.	Volt-e már úgy, hogy azért kezdett ismét dohányozni, hogy elkerülje vagy megszüntesse ezeket a tüneteket?	IGEN	NEM

6.	Akkor is folytatta a dohányzást, amikor olyan komoly egészségügyi problémája volt, amivel nem volt tanácsos dohányozni?	IGEN	NEM
7.	Akkor is folytatta a dohányzást, amikor megtudta, hogy a dohányzás önnek egészségkárosodást okozott?	IGEN	NEM
8.	Akkor is folytatta a dohányzást, amikor megtudta, hogy a dohányzás önnek pszichológiai/mentális problémákat okozott?	IGEN	NEM
9.	Érezte-e már valaha, hogy függ a cigarettától?	IGEN	NEM
10.	Volt már valaha, hogy feladta a munkáját vagy a társas tevékenységeit azért, hogy dohányozhasson?	IGEN	NEM

1.2.3. Wisconsin nikotinfüggési motivációs kérdőív (WISDM-37)

WISCONSIN NIKOTINFÜGGÉSI MOTIVÁCIÓS KÉRDŐÍV (WISDM-37)

Kérjük, hogy pontozza, mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal az alábbi skála alapján.

1	2	3	4	5	6	7						
Egyáltalán nem igaz rám						Nagyon is igaz rám nézve						
1.	Gyakran gyújtok rá úgy, hogy szinte észre se veszem.					1	2	3	4	5	6	7
2.	A cigaretta befolyása alatt vagyok.					1	2	3	4	5	6	7
3.	Rendszerint rá akarok gyújtani, amint felébredek.					1	2	3	4	5	6	7
4.	Nehéz figyelmen kívül hagyni azt az érzést, hogy rá akarok gyújtani.					1	2	3	4	5	6	7
5.	A cigaretta aromája kellemes.					1	2	3	4	5	6	7
6.	Gyakran dohányzom azért, hogy gondolataimat tovább tudjam a feladataimra összpontosítani.					1	2	3	4	5	6	7
7.	A dohányzással szabályozom az éhségérzetemet és azt, hogy mennyit eszem.					1	2	3	4	5	6	7
8.	Az életem tele van dohányzásra emlékeztető dolgokkal.					1	2	3	4	5	6	7
9.	A dohányzástól pillanatok alatt jobban érzem magam.					1	2	3	4	5	6	7
10.	Anélkül gyújtok rá, hogy elhatároznám.					1	2	3	4	5	6	7
11.	A cigaretta jó társaság, akár egy közeli barát.					1	2	3	4	5	6	7
12.	Bizonyos dolgok látványa és illata erősen késztet a dohányzásra.					1	2	3	4	5	6	7

13.	A dohányzás segít a kitartó összpontosításban.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Gyakran gyújtok rá automatikusan.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Jó az íze a legtöbb cigarettának, amit egy nap elszívok.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Néha úgy érzem, hogy a cigaretta uralja az életemet.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Gyakran sóvárgok a cigaretta után.	1	2	3	4	5	6	7
18.	A legtöbb ember, akivel az időmet töltöm, dohányzik.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Dohányzásom egyik fő oka, hogy vigyázzak a testsúlyomra.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Néhány cigarettának, amit elszívok, különösen jó íze van.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Rá vagyok kattánva a cigarettára.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Néha úgy érzem, hogy a cigaretta a legjobb barátom.	1	2	3	4	5	6	7
23.	A dohányzás iránti késztetésem egyre erősödik, ha nem gyújtok rá.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Ha más látok cigarettázni, akkor én is nagyon rágyújtanék.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Néha azon kapom magam, hogy öntudatlanul nyúlok a cigarettáért.	1	2	3	4	5	6	7
26.	A cigaretta nélkül egyedül érzem magam.	1	2	3	4	5	6	7
27.	A barátaim vagy a családtagjaim közül sokan dohányoznak.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Más dohányosok erős dohányosnak tartanának.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Ha nem gyújthatok rá néhány órán keresztül, akkor a cigaretta utáni sóvárgásom elviselhetetlenné válik.	1	2	3	4	5	6	7
30.	A legtöbb barátom és ismerősöm dohányzik.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Reggelente a felébredést követő első félórában rágyújtok.	1	2	3	4	5	6	7
32.	A dohányzás segít a gondolkodásban.	1	2	3	4	5	6	7
33.	A dohányzás tényleg segít jobban érezni magam, ha le vagyok törve.	1	2	3	4	5	6	7
34.	A dohányzás megakadályozza, hogy túl sokat egyek.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Nem vagyok ura a dohányzásomnak.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Erős dohányosnak tartom magam.	1	2	3	4	5	6	7

37.	Még jó kedvemben is feldob egy cigaretta.	1	2	3	4	5	6	7
-----	---	---	---	---	---	---	---	---

A WISDM-37 pontértékének számítása a skála tételeire adott értékek átlagolásával történik:

A skála neve	A hozzá tartozó tételek			
1. Ézelmi kötődés a cigarettához	11.	22.	26.	
2. Automatizmus	1.	10.	14.	25.
3. Kontrollvesztés	2.	16.	21.	35.
4. A kognitív működés javulása	6.	13.	32.	
5. Sóvárgás	4.	17.	23.	29.
6. Kulcsingerek	8.	12.	24.	
7. Társas/környezeti megerősítők	18.	27.	30.	
8. Íz	5.	15.	20.	
9. Tolerancia	3.	28.	31.	36.
10. Testsúlykontroll	7.	19.	34.	
11. Az érzelmek javítása	9.	33.	37.	

1.3. Táblázatok

1. Táblázat – A nikotinfüggés jellemzői

A nikotinfüggés DSM IV-R kritériumai	A dohányzással kapcsolatos specifikumok
A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, ami legalább három tünetben manifesztálódik az alábbiakból, ugyanabban a 12 hónapos periódusban.	
1. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyike jellemez:	<p>A nikotinbevitel okozta kellemetlen toxikus tünetekkel szemben gyorsan kialakul a tolerancia a rendszeres dohányzás során.</p> <p>A nikotinnal kapcsolatos intoxikáció – a szokásos használat esetében – enyhe és rövid időtartamú, rendszerint a dohányzással kapcsolatos kísérletezés időszakára korlátozódik.</p>
a)	A legtöbb dohányos eléri a maximális adagját pár

A szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye az intoxikáció vagy kívánt effektus elérése érdekében.	hónap vagy év alatt.
b) A szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken a hatás.	A rendszeres dohányos napi adagja kellemetlen tüneteket okozna a kezdő használónak. A reggeli első cigaretták a „legjobb” megerősítők. A délelőtti cigaretták nagyobb megerősítő erővel bírnak, mint a nap második felében elszívottak.
2. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:	A nikotin bevitelének megszakításakor vagy a bevitt mennyiségének csökkentésekor fellépnek a megvonási tünetek.
a) A szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonási szindróma (lásdmegvonás A és B kritériumait a 3.Táblázatban)	A dohányzás abbahagyása vagy csökkentése nagyon hamar, akár 2 órán belül kiválthat megvonási tüneteket.
b) Ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére.	A rágyújtást követően mintegy 10 másodperc alatt csökkennek a megvonási tünetek.
3. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb ideig használják, mint eredetileg szándékozták.	
4. Állandó szerkíváncsalom vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására.	Hazánkban – az egymástól eltérő vizsgálatok eredményei szerint – a dohányzóknak 45–50%-a kíván leszokni, 80%-uk már meg is próbálta. Jellemző a dohányosok életében a leszokás többszöri sikertelen kísérlete. Mindössze a dohányosok 4%-a éri el az egyéves absztinenciát saját maga kezdeményezésére, segítség nélkül. A dohányosok kis hányada (mintegy 10%) vesz igénybe módszertanilag validált és szakember által nyújtott segítséget.
5. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, használatára (pl. láncdohányzás) vagy a hatásaitól való megszabadulásra.	

6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt.	
7. A szerhasználat folytatása olyan állandóan meglévő vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amiről az egyén tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja.	Az egyén egészségi állapotának rosszabbodása vagy súlyos következmények ellenére is sokszor fenntartja dohányzási szokását.

Elektronikus cigaretta (e-cigaretta) elektronikus nikotinbeviteli rendszer (electronic nicotine delivery system: ENDS)

2. Táblázat – A nem gyógyszeres támogatási módszerek hatásossága

A bizonyíték mértéke	Módszer	Számszerűsített mutató (amennyiben hozzáférhető)
1. Bizonyítottan hatásos módszerek – A szintű evidencia	Orvosi tanács és minimálintervenció	RK=1,66 [1,42–1,94] [2, 3]
	Önsegítő anyagok	RK=1,21 [1,05–1,39] „testre szabott” önsegítő anyagok esetében RK=1,31 [1,20-1,40] [47]
	Motivációs interjú	Összesítve: RK=1,27 [1,14–1,42]. Orvos esetében: RK=3,49 [1,53-7,94]. Tanácsadó esetében: RK=1,27 [1,12–1,43] [2]
	Intenzív egyéni tanácsadás	A minimálintervencióhoz viszonyítva: RK=1,39 [1,24–1,57] [2]
	Intenzív csoportos tanácsadás	Az önsegítő anyagok hatásához viszonyítva: RK=1,98 [1,60–2,46] [48]
	Proaktív telefonos tanácsadás	Proaktív versus reaktív: RK=1,37 [1,26–1,50] Proaktív tanácsadás nem tanácsadáshoz viszonyítva: RK=1,27 [1,20–1,36] [3]

2. Bizonyítottan hatásos módszerek – B szintű evidencia	Mobiltelefonon alapuló intervenciók (SMS-küldés, videóüzenetek)	5 tanulmány összefoglalása: RK=1,71 [1,47–1,99] [49].
3. Nincs elégséges bizonyíték a hatásosságukról, további vizsgálatok szükségesek. Mindaddig azonban, amíg nem állnak rendelkezésre bizonyítékok, úgy kell állást foglalni, hogy hatástalanok.	Hipnoterápia	Nem vonható le következtetés, mert a tanulmányokban közölt adatok heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót [2].
	Kiegészítő testedzésprogramok	A tanulmányok nagyon eltérő felépítése miatt a szerzők nem végeztek hagyományos metaelemzést. 15 tanulmányból egy mutatott kedvező hatást a 12 hónapos absztinenciát illetően [2,50].
	Elektronikus cigaretta	Az e–cigaretta leszokástámogatásban játszott szerepének eredményessége egyelőre nem bizonyított, ezért egészségügyi szakember leszokástámogatásra ne javasolja (B) [2]. Az e cigaretta használata fenntartja a nikotinfüggőséget.[19]. Nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az e–cigaretta használatával kapcsolatos egészségügyi kockázatok megfelelő becsléséhez (B) [2].
4. Bizonyítottan nem hatásos	Akupunktúra és a hozzá kapcsolódó újabb eljárások	Rövid távú hatás: RK=1,18 [1,03–1,34] Hosszú távú hatás az álintervencióhoz viszonyítva: RK= 1,05 [0,82–1,35] [2].
	A partner támogatásának növelése	6–9 hónapos absztinencia RK=0,99 [0,84–1,15], illetve 12 vagy több hónapos absztinencia RK=1,04 [0,87–1,24] [2].
	Biofeedback (a dohányzás negatív következményeinek műszeres visszajelzése, pl. CO-szint-mérés, spirometria)	Az alapellátásban sem a kilélegzett szén–monoxid koncentrációjának visszajelzése nem növelte a leszokás arányát: RK=1,06 [0,85–1,32], sem a spirometriás adatok bemutatása: RK=1,18 [0,77–1,81] [3]. A további tanulmányokban közölt adatok

		heterogenitása miatt a szerzők nem számoltak összevont mutatót.
--	--	---

3. Táblázat – Nemkívánatos események a leszokás során

	Vareniklin	Bupropion	Placebo
Émelygés	28%	9%	9%
Álmatlanság	14%	21%	13%
Fejfájás	14%	11%	12%

4. Táblázat – A farmakoterápiás készítmények jellemzői

Farmakoterápiás készítmény	Kontraindikáció	Mellékhatás	Dózis	A kezelés időtartama	Elérhetőség	Monoterápia hatékonysága (becsült absztinencia arány az elhagyást követően)		Kombinációs lehetőség
						6 hónap	12 hónap	
Nikotinos tapasz	14 év alatt	lokális bőrirritáció, alvászavar	21 mg/24 óra 14 mg/24 óra 7 mg/24 óra 15 mg/16 óra 10 mg/16 óra 5 mg/16 óra	4 hét 2–4 hét 2–4 hét (dózisok szerint) teljes kezelés: 8–12 hét	OTC (recept nélkül)	23,4-26,5%	20,3%	nikotinos rágógumi bupropion
Nikotinos rágógumi	14 év alatt	emésztési panaszok, szájnyálkahártya-	1–24 cigaretta/nap esetén: 2 mg (max.	8–12 hét	OTC (recept nélkül)	19,0-26,1%	8,2-11,2%	nikotinos tapasz

		irritáció	24 db/die) ?25 cigaretta/n ap esetén: 4 mg (max. 24 db/die)					
Bupropion (Magyarország on jelenleg nem törzskönyveze tt dohányzás- leszokás indikációban)	epilepszia, táplálkozási rendelleness ég	alvászavar, szájszárazsá g, görcs	3 napig 150 mg reggel, majd 2x150 mg (a kezelést 1- 2 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni)	8–12 hét, amely 6 hónapig kiterjeszthe tő	vénykötel es	24,2%	16,1%	nikotino s tapasz
Vareniklin	veseelégtelen ség, dialízis óvatosság: depresszió, szorongás	émelygés, hányinger, alvási rendelleness ég (különös álmok)	0,5 mg 3 napig, 2x0,5 mg 4 napig, majd 2x1 mg (a kezelést 1 héttel a cigaretta letétele előtt érdemes kezdeni)	12 hét, mely 6 hónapig kiterjeszthe tő	vénykötel es	33,2%	26,1%	–

5. Táblázat – A leszokás hatása egyes hatóanyagok metabolizációjára

Hatóanyag	A dohányzás hatása	A leszokás hatása	A leszokás során alkalmazott eljárás
Hipnotikumok és anxiolitikumok (benzodiazepinek, zolpidem, zopiklon)	– Enzimindukciónak köszönhetően fokozott kiválasztás, ami alacsonyabb plazmaszintet eredményez. – Magasabb nikotinszint	– Csökkent kiválasztás következtében emelkedhet a plazmaszint. – Benzodiazepint használó	– A tünetek követése. – Szükség lehet a dóziscsökkentésre.

	<p>esetén kisebb mértékű a nyugtató hatása.</p> <p>– A nikotin központi idegrendszerre kifejtett hatása miatt csökkent hipnotikus hatás.</p>	<p>pácienseknél fokozódhat a nyugtató hatás a leszokást követően.</p>	
<p>Antipszichotikumok (pl. klórpromazin, klozapin, flufenazin, haloperidol)</p>	<p>– A dohányzás hatására emelkedhet egyes antipszichotikumok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint.</p> <p>– A dohányzás hatására fokozódhatnak az antipszichotikumok mellékhatásai.</p>	<p>– Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint.</p> <p>– Szükség lehet a dóziscsökkentésre.</p>	<p>– A mellékhatások követése.</p> <p>– Fokozott nyugtató hatás, illetve mellékhatás (alacsony vérnyomás, álmoság, extrapiramidális tünetek) előfordulása esetén dóziscsökkentés szükséges.</p>
<p>Antidepresszánsok (pl. SSRI, triciklikus antidepresszánsok, mirtazapin, duloxetin)</p>	<p>– A dohányzás hatására emelkedhet egyes antidepresszánsok metabolizmusa, ezért csökken a plazmaszint.</p>	<p>– Csökkent kiválasztás következtében emelkedik a plazmaszint.</p>	<p>– A mellékhatások követése.</p> <p>– Szükség lehet a dóziscsökkentésre.</p>
<p>Dementiában használt gyógyszerek (acetilkolinészteráz-inhibitorok, memantin)</p>	<p>– A dohányzásnak nincs jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére, memantin esetében előfordulhat emelkedett plazmaszint.</p>	<p>– Nincs ismert jelentős klinikai hatás.</p>	<p>– A tünetek követése.</p>
<p>Antikonvulzívumok (karbamazepin, valproát, fenitoin)</p>	<p>– A dohányzásnak nincs jelentős hatása a hatóanyag plazmaszintjére.</p>	<p>– Nincs ismert jelentős klinikai hatás.</p>	<p>– A tünetek követése.</p>
<p>Lítium</p>	<p>– A dohányzás fokozza a koffein metabolizmusát. A koffeinszint jelentős mértékű megváltozása befolyásolhatja a lítium plazmaszintjét.</p>	<p>– Indirekt módon befolyásolhatja a lítium kiválasztását.</p>	<p>– A plazmaszint ellenőrzése a tünetek rosszabbodása esetén.</p>
<p>Analgetikumok (dextropropoxifen,</p>	<p>– Dohányzás hatására gyorsabban választódik</p>	<p>– Fokozódik a hatóanyagra adott</p>	<p>– A válaszreakció követése.</p>

kodein) és gyulladáscsökkentők (diflunisal, fenilbutazon)	ki.	válasz.	
Antiaritmiás szerek (flekainid, lignokain)	– A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a plazmaszint. – Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük.	– Dóziscsökkentésre lehet szükség.	– A mellékhatások követése, dóziscsökkentés.
Béta-receptor-blokkolók	– A fokozott kiválasztásnak köszönhetően csökkenhet a béta-blokkolók hatása. – Dohányzóknak magasabb dózisokra lehet szükségük.	– Dóziscsökkentésre lehet szükség.	– A vérnyomás és a szívfrekvencia ellenőrzése. – Szükség lehet dóziscsökkentésre.
Diuretikumok (furosemid)	– A nikotin gátolja a vizeletkiválasztást és csökkenti a furosemid hatását.	– Klinikai hatása nem egyértelmű.	– A válaszreakció követése.
Antihisztaminok (cimetidin, ranitidin)	– Dohányzás hatására csökken a plazmaszint. – A cimetidin és kisebb mértékben a ranitidin csökkenti a nikotin ürülését a szervezetből.	– Fokozódhat az antihisztaminokra adott válaszreakció.	– A válaszreakció követése.
Inzulin	– A dohányzás csökkenti az inzulin felszívódását és növelheti az inzulinrezisztenciát. – Dohányzó inzulinfüggő cukorbetegnek több inzulinra lehet szükségük.	– A leszokás javítja a glikémiás kontrollt. – Csökkenhet az inzulinszükséglet. – Szükség lehet az inzulin dózisának módosítására.	– A hypoglykaemia ellenőrzése. – A vércukorszint gyakoribb ellenőrzése. – Inzulinfüggő cukorbetegnek kevesebb inzulinra lehet szükségük.
Teofillin/aminofillin	– Enzimindukciónak köszönhetően a	– A leszokást követően jelentősen	– Mérgezés tüneteinek követése (pl. palpitáció,

	<p>dohányzás növeli a teofillin kiválasztását.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dohányzóknál csökken a teofillin fél életideje. – Dohányzóknak nagyobb adagokra van szükségük. 	<p>megemelkedik a teofillin plazmaszintje.</p> <ul style="list-style-type: none"> – A teofillin szűk terápiás ablakkal bír, ezért előfordulhat mérgezés. 	<p>émelygés).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Plazmaszint-ellenőrzés és dóziscsökkentés (jellemzően harmadával).
<p>Véralvadásgátlók (warfarin, heparin)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A dohányzás enyhén fokozza a warfarin metabolizációját és kiválasztását. – Dohányzóknál csökken a heparin fél életideje és fokozódik a kiválasztása. – Dohányzóknak nagyobb adagokra lehet szükségük. 	<ul style="list-style-type: none"> – INR/protrombinidő növekedhet. 	<ul style="list-style-type: none"> – Szigorú követést igényel. – A dózist egyénileg kell módosítani az INR/protrombinidőnek megfelelően.

1.4. Algoritmusok

1. Ábra – A dohányzásról való leszokás támogatásának folyamata

1.5. Egyéb dokumentumok

Nincs