

# A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján

TOMBOR ILDIKÓ<sup>1</sup> ■ PAKSI BORBÁLA<sup>4</sup> ■ URBÁN RÓBERT<sup>1</sup>  
KUN BERNADETTE<sup>2, 5</sup> ■ ARNOLD PETRA<sup>3</sup> ■ RÓZSA SÁNDOR<sup>2</sup>  
DEMETROVICS ZSOLT<sup>2, 5</sup>

Eötvös Loránd Tudományegyetem, <sup>1</sup>Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék,  
<sup>2</sup>Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport, <sup>3</sup>Szociológia Doktori Iskola, Budapest  
<sup>4</sup>Budapesti Corvinus Egyetem, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet,  
Viselkedéskutató Központ, Budapest  
<sup>5</sup>Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest

Tanulmányunkban áttekintjük a magyar felnőtt lakosság körében készült, a dohányzás prevalenciáját becsülő országos reprezentatív felméréseket. *Célkitűzés:* Az Országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról (OLAAP) felmérés dohányzásra vonatkozó eredményeinek bemutatása, valamint ezek összevetése a korábbi vizsgálatok eredményeivel. *Módszer:* A kutatás célpopulációja a 18–64 éves magyarországi népesség. A nettó minta nagysága 2710 fő volt. Az adatfelvétel részben személyes kérdezéssel, részben önkitöltős módszerrel történt. *Eredmények:* A magyar felnőtt lakosság 36,1%-a dohányzik (29,9%-a napi rendszerességgel). A nemi arányokat tekintve a férfiak 40,6%-a, míg a nők 31,7%-a dohányos (a napi dohányosok aránya nemek szerint 34,6%, illetve 25,3%). A dohányzás szempontjából kockázati tényezőként azonosítható a férfi nem, az alacsonyabb életkor, az alacsonyabb iskolai végzettség, a kedvezőtlenebb szocioökonómiai státusz, valamint a szülők dohányzása. *Következtetések:* Eredményeink a korábbi évek heterogén eredményei közül a magasabb dohányzási prevalenciákat támasztják alá, illetve enyhe mértékű növekedést feltételeznek, amiért a dohányzás nők körében történt emelkedése felelős. A férfiak esetében stagnálás figyelhető meg.

**Kulcsszavak:** dohányzás, országos reprezentatív minta, felnőtt populáció, nemi különbségek, rizikótényezők, Magyarország

## Epidemiology of smoking in Hungary – a national representative study

Our study reviews publications regarding assessment of smoking prevalence rates on Hungarian adult representative samples. *Aim:* Our aim is to report the results on prevalence of smoking of the national representative survey called the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH) carried out in 2007. of the present survey and former studies are compared, as well. *Methods:* Target population of the survey was the entire Hungarian population between 18 and 64 years of age. Net size of the sample was 2710 persons. Part of the data collection happened by face-to-face interviews while more sensitive issues were assessed by self-rating questionnaires. *Results:* 36.1% of the Hungarian adult population smoke cigarettes (29.9% on a daily basis). 40.6% of males while 31.7% of females smoke regularly (rates of daily smokers are 34.6% and 25.3%, respectively). Male gender, lower age, lower education, lower socio-economic status and parental smoking were identified as risk factors for smoking. *Conclusions:* Present results support the higher prevalence rates among the heterogeneous results of previous years, while suggest slight increase of smoking at the same time. This tendency is unequivocally due to the increase of smoking among women, while in case of men stagnating prevalence rates can be observed.

**Keywords:** smoking, national representative sample, adult general population, gender differences, risk factors, Hungary

(Beérkezett: 2010. január 11.; elfogadva: 2010. január 25.)

Hazánkban, a világ számos országához hasonlóan, a dohányzás komoly közegészségügyi problémát jelent. A dohányzás kiemelt kockázati tényező a legkülönbözőbb rákos megbetegedések, elsősorban a tüdő-, gége-, nyelőcsőrák és szájüregi daganatok, emellett a szív-ér

rendszeri megbetegedések kialakulása szempontjából [1, 2, 3, 4]. Ezeknek a súlyos, sok esetben halállal végződő betegségeknek az egyik legkomolyabb, mégis megelőzhető rizikófaktora a dohányzás. A WHO 2005-ös tanulmánya szerint mind a magyar nők, mind a magyar férfiak

1. táblázat | A dohányzás gyakorisága a magyar felnőtt lakosság körében, országos, reprezentatív vizsgálatokban

A felmérés neve	Adatfelvétel éve	Mintanagyság	Vizsgált életkor	A dohányzás prevalenciája % [CI <sub>95</sub> ]		
				Teljes minta	Nők	Férfiak
KSH 1984. évi mikrocenzus alapján [10]	1984	n.a.	14–	33,2%	20,7%	47%
KSH „Egészségi állapot 1986” [11]	1986	37 500	18–	32% [31,5–32,5]	n.a.	n.a.
A magyar lakosság lelkiállapotának vizsgálata [12]	1988	20 902	16–	n.a.	29% [28,1–29,9]*	47% [46,0–48,0]*
KSH „Egészségi állapotfelvétel” [13]	1994	5476	15–64	35% [33,7–36,3]	27% [25,3–28,7]*	44% [42,1–45,9]*
TÁRKI 1997 [14]	1997	5341	14–	n.a.	23,1% [21,5–24,7]*	38% [36,1–39,8]*
Szívbarát Program [15]	1997	3000	18–	29% [27,4–30,6]	21% [19,0–23,0]	38% [35,5–40,5]
FACT Intézet [16]	1999	1200	18–	32% [29,4–34,6]	21,1% [17,9–24,3]	44,1% [40,0–48,2]
KSH „Idómérleg” [17]	1999/2000	10 456	15–	30% [29,1–30,9]	26% [24,8–27,2]*	40% [38,6–41,4]*
Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000 [18]	2000	5503	18–	32,4% [31,2–33,6]	26,1% [24,7–27,5]	40,3% [38,3–42,3]
Hungarostudy 2002 [19, 20]	2002	12 428	18–	28% [27,2–28,8]	22,8% [21,8–23,8]	34,9% [33,7–36,2]
Életmód és egészségvizsgálat 2002 [21]	2002	1987	18–	38% [35,9–40,1]	31% [28,2–33,8]	46% [42,7–49,3]
Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003 [22, 23]	2003	5072	18–	33,9% [32,5–35,3]	27,9% [26,3–29,6]	40,7% [38,5–43,0]
Hungarostudy Egészségpanel (HEP) 2005 [24]	2005	3701	18–	28% [26,6–29,4]	23,3% [21,5–25,1]	33,9% [32,5–36,3]

n.a.: a tanulmányban nem publikált adat

\*Mivel a nemi megoszlásra vonatkozóan nem rendelkezünk adatokkal, így a konfidenciaintervallumokat a nemek 50-50%-os megoszlását feltételezve becsültük.

esetében a dohányzás jelenti a legnagyobb kockázati tényezőt az egészségesen leélt évekre (disability adjusted life years) [5]. Míg a nők esetében az egészséges életek 15,2%-a vész el a dohányzás miatt, addig a férfiak esetében ez a szám 25,5%. Amellett, hogy a dohányzás egyéni szinten jelentősen hozzájárul a korai halálához, társadalmi szinten is fontos szerepe van a betegségterhek nagyarányú növekedésében. Magyarországon a dohányzás egészségkárosító hatásainak költsége és a kiesett jövedelem 2004-ben közel 315–330 milliárd forintjába került az államnak [6]. Ez az összeg a dohányzás közvetlen kiadásainak (például járóbetegszakellátás, kórházi fekvőbeteg-ellátás, betegség miatt kiesett jövedelem, gyógyszerár-támogatások) költségéből, valamint a közvetett kiadásként figyelembe vett, a korai halálozás miatti meg nem termelt jövedelem költségéből tevődött össze. Az elmúlt évtizedekben az éves cigarettafogyasztás is folyamatosan emelkedik. Míg 1970-ben minden 15 év feletti dohányzóra 2940 szál cigaretta jutott évente, 1980–1982-ben ez a szám már 3320 darab, 1994-ben pedig 7611–8697 szálát jelentett évente [7]. Az ezredfordulót követő vizsgálatok eredmé-

nyei szerint 2002-ben a dohányosok által elszívott évi cigarettamennyiség átlagosan 6351 szál, 2004-ben 5913 szál, majd 2007-ben az ismételt növekedés eredményeképp 6022 szál volt [8].

A World Tobacco Atlas összehasonlító adatokat nyújt az országok közötti különbségekről [9]. A férfiak tekintetében Magyarország egy csoportba kerül (40–49,9%) többek között Portugáliával, Lengyelországgal, Romániával, Bulgáriával, Szlovákiával, Lettországgal, Észtországgal és Macedóniával, míg a nyugat- és észak-európai országok túlnyomó többségében alacsonyabb a dohányzó férfiak aránya, mint nálunk. Hazánknál kedvezőtlenebb azonban a helyzet például Görögországban, Ukrajnában, Oroszországban vagy Fehéroroszországban. Valamelyest másképpen alakul a helyzet a nők esetében. Itt is az élmezőnyben vagyunk; a miénknél kedvezőtlenebb prevalenciájú csoportot csak két ország, Ausztria és Szerbia képviseli. A velünk közel azonos prevalenciájú országok (30–39,9%) közé sorolódik például Spanyolország, Portugália, Görögország, Dánia és Hollandia. Magyarországnál kedvezőbbek ugyanakkor a prevalenciaadatok az európai országok többségében,

beleértve Olaszországot, Franciaországot, Németországot, az Egyesült Királyságot, Finnországot, Svédországot, Szlovákiát, Csehországot és Romániát is.

A magyar felnőtt lakosság egészség-magatartását az elmúlt évtizedekben több kutatásban vizsgálták; ezek eredményei azonban nem minden esetben konzisztensek. Saját kutatásunk főbb, dohányzásra vonatkozó eredményeinek ismertetése előtt röviden áttekintjük a korábbi vizsgálatok tapasztalatait. Áttekintésünket azokra az országos, reprezentatív felmérésekre korlátozzuk, amelyek saját vizsgálatunkhoz hasonlóan, a felnőtt lakosság dohányzási szokásainak felmérését célozták.

## A korábbi felmérések eredményeinek áttekintése

Tudomásunk szerint az első olyan vizsgálat, amely a magyar felnőtt lakosság országos reprezentatív mintáján a dohányzási szokások vizsgálatára is kiterjedt, 1984-ben készült. Ez a Központi Statisztikai Hivatal 1984. évi mikrocenzus alapján végzett vizsgálata [10], amellyel együtt összesen 13 kutatást azonosítottunk (*l. táblázat*) a hazai publikációs és kutatási adatbázisok áttekintése során.

A felmérések némileg eltérő korcsoportokat vizsgáltak. A vizsgálatok többsége (nyolc felmérés) a felnőtt, azaz a 18. életévet betöltött és ennél idősebb lakosságra fókuszált. Egy kutatás a 16 éves és annál idősebb korosztályt, míg két KSH-vizsgálat a 15 éves és annál idősebb, egy további KSH-felmérés, illetve a Tárki 1997-es adatfelvétele pedig a 14 éves és annál idősebb korosztályt vizsgálta. Valamennyi felmérés személyes kérdezéssel alapult.

A felmérések eredményei a dohányzás teljes populációban való előfordulása tekintetében 28–38% között mozognak. Nők esetében ez az érték 20,7–31%, míg a férfiaknál 33,9–47%. Emellett úgy tűnik, a női dohányzás – igaz, az egyes vizsgálatokat összevetve jelentősen eltérő mértékben – növekvő tendenciát mutat az elmúlt időszakban. Míg a 90-es évek 18 év feletti populációt vizsgáló kutatásai 21%-os aktuális dohányzási prevalenciát jeleztek, addig a legutóbbi öt felmérés 22,8% és 31% között becsülte a nők dohányzását. A férfiak esetében valamivel heterogénebb eredményekkel találkozunk. Így, bár sem az OLEF kutatás nem jelez érdemi változást 2000 (40,3%) és 2003 (40,7%) között a férfiak dohányzásában, sem a Hungarostudy kutatások nem mutatnak hibahatáron túli elmozdulást 2002 és 2005 között (34,9%, illetve 33,9%), a két vizsgálat eredményei közötti eltérés jelentős.

## Célkitűzések

Tanulmányunk célja, a fentiek tükrében, a 2007-ben, a magyar felnőtt lakosság körében elvégzett, Országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról

(OLAAP) elnevezésű országos, reprezentatív kutatás dohányzásra vonatkozó eredményeinek bemutatása, illetve ezek egybevetése a fentiekben összefoglalt korábbi vizsgálatok eredményeivel. A fent bemutatott kutatások eredményei közötti ellentmondások ismeretében úgy gondoljuk, hogy vizsgálatunk hatékonyan hozzájárulhat ahhoz, hogy egyértelműbb képünk legyen a dohányzás aktuális magyarországi helyzetéről, illetve a dohányzásban mutatkozó trendek alakulásáról.

## Módszer

### Minta

A kutatás célpopulációja a magyarországi teljes, 18–64 éves népesség (6 703 854 fő). A mintavételi keretet a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala 2006. január 1-jei nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság képezte (6 662 587 fő). Az adatfelvétel a keretpopuláció területi elhelyezkedés, urbanizációs fok és életkor szerint rétegzett (összesen 186 rétegbe sorolt), bruttó 3183 fős reprezentatív mintáján zajlott.

A kérdés az személyek személyes megkeresésével történt, úgynevezett „kevert” módszerrel. Ennek során a háttérváltozók, illetve az egyes zavarokra vonatkozó szűrőkérdések megkérdezése face to face technikával, a tünetbecslő skálák felvétele pedig papír-ceruza önkitöltős módszerrel történt. Az adatfelvételre 2007. március 5. és április 6. között került sor. A nettó minta nagysága 2710 fő (mintaelérés 85,1%) volt. A dohányzásra vonatkozó kérdéseket 2702 fő válaszolta meg. A keretpopulációnak megfelelő rétegenkénti mintaarányok helyreállítása rétegek kategóriánkénti mátrixsúlyozással történt. Az alkalmazott súlyok normáeloszlásúak, s csak kismértékben térnek el egymástól (szórás: 0,228; ferdeség: 0,639; ferdeség standard hibája: 0,047; csúcsosság: 2,397; csúcsosság standard hibája: 0,094).

### Mérőeszközök

A vizsgálat során felhasznált adatfelvételi battéria közel 800 kérdésből állt, s az alábbi területeket ölelte fel: szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és drog fogyasztás), viselkedési addikciók (kóros játékszenvedély, táplálkozási magatartás zavarai, testedzésfüggőség, munkafüggőség, problémás internethasználat, kényszeres vásárlás), szociodemográfiai adatok (nem, életkor, származási család, iskolázottság, foglalkozási státus, gazdasági státus, háztartás-összetétel, értékorientációk/anómia, szabadidő-felhasználás), valamint személyiségdimenziók mérése.

A dohányzás elterjedtségének mérése a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően az alábbi önjellemzéses indikátorok mentén történt (a szögletes zárójelben a válaszlehetőségeket tüntetjük fel, egymástól pontosvesszővel elválasztva):

2. táblázat | Az aktuális és a korábbi dohányzás prevalenciája a nem, az életkor és az iskolai végzettség szerinti bontásban

	Az aktuális dohányzás prevalenciája % [CI <sub>95</sub> ]			A korábbi dohányzás prevalenciája % [CI <sub>95</sub> ]		Soha nem dohányzó % [CI <sub>95</sub> ]
	Rendszeres	Alkalmi	Nem dohányzó	Rendszeres	Alkalmi	
A teljes mintán	29,9% [28,2–31,6]	6,2% [5,3–7,1]	63,9% [62,1–65,7]	11,8% [10,6–13,0]	6,1% [5,2–7,0]	45,3% [43,4–47,2]
<b>NEMI BONTÁSBAN</b>						
Férfiak	34,6% [32,0–37,2]	6,0% [4,7–7,3]	59,4% [56,8–62,0]	15,2% [13,3–17,1]	6,0% [4,7–7,3]	37,5% [34,9–40,1]
Nők	25,3% [23,0–27,6]	6,4% [5,1–7,7]	68,2% [65,7–70,7]	8,5% [7,0–10,0]	6,2% [4,9–7,5]	52,9% [50,2–55,6]
<b>KORCSOPORTOK SZERINT</b>						
18–24 év	26,9% [22,5–31,3]	11,2% [8,0–14,4]	61,9% [57,0–66,8]	4,8% [2,6–7,0]	5,8% [3,4–8,2]	50,7% [45,7–55,7]
25–34 év	27,9% [24,4–31,4]	8,0% [5,9–10,1]	64,1% [60,4–67,8]	8,3% [6,1–10,5]	7,3% [5,3–9,3]	47,8% [43,9–51,7]
35–44 év	37,5% [33,6–41,4]	4,4% [2,8–6,0]	58,1% [54,1–62,1]	10,4% [7,9–12,9]	5,1% [3,3–6,9]	41,8% [37,8–45,8]
45–54 év	33,5% [29,6–37,4]	4,5% [2,8–6,2]	62,0% [58,0–66,0]	17,3% [14,1–20,5]	5,5% [3,6–7,4]	38,4% [34,3–42,5]
55–64 év	22,4% [18,8–26,0]	4,0% [2,3–5,7]	73,6% [69,8–77,4]	16,9% [13,7–20,1]	6,8% [4,6–9,0]	49,5% [45,2–53,8]
<b>VÁRHATÓ ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINT</b>						
Alapfokú	42,9% [38,2–47,6]	5,1% [3,0–7,2]	52,1% [47,4–56,8]	10,4% [7,5–13,3]	4,2% [2,3–6,1]	37,1% [32,5–41,7]
Középfokú	30,8% [28,6–33,0]	6,0% [4,9–7,1]	63,2% [60,9–65,5]	12,5% [10,9–14,1]	5,8% [4,7–6,9]	44,2% [41,8–46,6]
Felsőfokú	18,3% [15,2–21,4]	6,9% [4,9–8,9]	74,7% [71,2–78,2]	11,1% [8,6–13,6]	8,4% [6,2–10,6]	54,6% [50,6–58,6]

Aktuális dohányzás: „Szokott-e Ön rendszeresen vagy alkalmanként cigarettázni?” [igen, rendszeresen (naponta); igen, alkalmanként; nem].

Dohányzásintenzitás: „Naponta általában hány szál cigarettát szív el?” [... szálát; nem tudja].

Korábbi dohányzás: „Korábban dohányzott-e rendszeresen vagy alkalmanként?” [igen, rendszeresen (naponta); igen, alkalmanként; nem].

Jelen tanulmányban a fenti kérdések közül az aktuális dohányzás gyakoriságának és mintázódásának bemutatására fókuszálunk. Az elemzések során a legmagasabb iskolai végzettség helyett a várható legmagasabb iskolai végzettséggel számoltunk, azaz a már megszerzett végzettséget korrigáltuk a személy aktuális tanulmányainak tükrében. A *deprivációs indexet* a többdimenziós hátrányos helyzet Townsend-féle koncepciója [25] nyomán alkalmaztuk. Az elképzelés azt emeli ki, hogy az egyének és a családok anyagi státusát az életkörülmények komplex együttesével kell mérni. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen alapul [26], amelyet az egyes komponensek anyagi okok miatti hiányát jelző válaszok átlagolásával állítottunk elő.

A kutatás részletes módszertani leírását *Paksi és munkatársai* [27] közlik.

## Eredmények

A magyar felnőtt lakosság körében, eredményeink szerint, az aktuális napi szintű dohányzás prevalenciája 29,9%, s további 6,2% az alkalmi dohányosok aránya (2. táblázat). Az átlagosan elfogyasztott napi cigarettamennyiség 15,4 szál (szórás: 8,86).

A lakosság több mint fele (54,7%) dohányzott valaha az élete során, ugyanakkor a valaha dohányzók közel egyharmada (a populáció 17,9%-a) aktuálisan már nem dohányzik.

A nemi különbségeket tekintve a nők összesen 31,7%-a dohányzik aktuálisan, s minden negyedik nő napi rendszerességgel (25,3%) teszi ezt. A férfiak esetében az aktuális dohányzás prevalenciája 40,6%, s 34,6% a napi rendszerességű dohányos. A férfiak és nők közötti különbség az aktuális dohányzás tekintetében (rendszeresen vagy alkalmilag dohányzók vs. nem dohányzók) szignifikáns ( $\chi^2 = 23,062$ ;  $p < 0,001$ ), amiért a rendszeres dohányzásban mutatkozó különbség a felelős ( $\chi^2 = 27,539$ ;  $p < 0,001$ ).

A nők átlagosan 13,1 szál (szórás: 7,49) cigarettát szívnak el egy nap, míg a férfiak ennél napi négy szállal többet, átlagosan 17 szálát (szórás: 9,43). A korábbi dohányzói státusszal kapcsolatban elmondható, hogy míg

3. táblázat | A regressziós modellek eredményeinek összefoglalása

KIMENETI VÁLTOZÓK					
Aktuális dohányzói státus (nem dohányzó vs. rendszeresen dohányzó)			A dohányzás intenzitása (napi cigaretta- mennyiség)	A dohányzás intenzitása (könnyű vs. erős dohányos)	
Magyarázó változók	EH [CI <sub>95</sub> ]	Wald <sup>2</sup> (p)	β együttható (p)	EH [CI <sub>95</sub> ]	Wald <sup>2</sup> (p)
1. MODELL			3. MODELL	4. MODELL	
Nem	0,66 [0,53–0,82]	14,372 (<0,001)	–0,26 (<0,001)	0,46 [0,32–0,65]	18,575 (<0,001)
Életkor	0,98 [0,97–0,99]	14,634 (<0,001)	0,12 (0,005)	1,02 [1,00–1,03]	4,082 (0,043)
Várható iskolai végzettség			–0,23 (0,604)		
felsőfokú	Ref.	21,698 (p<0,001)		Ref.	4,503 (0,105)
középfokú	1,85 [1,34–2,56]	13,793 (p<0,001)		1,76 [0,97–3,18]	3,511 (0,061)
alacsonyfokú	2,59 [1,73–3,88]	21,370 (p<0,001)		2,08 [1,04–4,13]	4,333 (0,037)
Egy főre jutó nettó jövedelem	0,99 [0,99–1,00]	4,669 (0,031)	–0,13 (0,004)	0,99 [0,98–1,00]	6,405 (0,011)
Deprivációs index	1,09 [1,05–1,12]	26,750 (<0,001)	–0,05 (0,315)	0,95 [0,90–1,00]	4,443 (0,035)
Nagelkerke-féle R <sup>2</sup> = 0,10			Adj. R <sup>2</sup> = 0,086	Nagelkerke-féle R <sup>2</sup> = 0,10	
2. MODELL					
Szülő, családtag dohányzása*	3,47 [2,72–4,43]	99,771 (<0,001)			
Nagelkerke-féle R <sup>2</sup> = 0,13					

\* nem, életkor, iskolai végzettség kontrollálva

a nők esetében a dohányzásról leszokottak (korábban rendszeres vagy alkalmi dohányosok, de aktuálisan nem dohányzók) aránya 14,7%, addig ugyanez az arány a férfiak körében jóval magasabb (21,2%).

Az aktuálisan fennálló, napi rendszerességű dohányzás a legidősebbek és a legfiatalabbak között a legalacsonyabb. Így az 55–64 éves korosztály 22,4%-a, míg a 18–24 évesek 26,9%-a napi dohányos. A legmagasabb értéket ugyanakkor a 35–44 éves korosztály esetén kapjuk (37,5%). Az alkalmi dohányzás ezzel szemben a fiatalabb korcsoportokban a legjellemzőbb; a 18–24 évesek 11,2%-a, a 25–34 éveseknek pedig 8%-a alkalmi dohányos. A leszokottak aránya ugyanakkor az idősebbek között a legmagasabb; az 55–64 éves populációban 23,7%, a 45–54 évesek között pedig 22,8% ez az érték.

A napi rendszerességű dohányzás az alacsonyfokú iskolai végzettséggel rendelkezők körében a legmagasabb (42,9%), míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében a legalacsonyabb, kevesebb, mint feleannyi, 18,3%.

A fentiekben ismertetett leíró statisztikai adatokban megmutatózó összefüggések hátterének feltárása érde-

kében regressziós modelleket alkottunk. A modellekben azt vizsgáltuk, hogy milyen előrejelzés tehető az aktuális dohányzói státusra, illetve a dohányzás intenzitására a különböző szociodemográfiai és egyéb háttérváltozók mentén.

Az első modellt logisztikus regressziós eljárással alkottuk, ahol a célváltozót egy, az aktuális dohányzói státus kifejező kétértékű változó képezte, ahol az 1-es az aktuálisan rendszeresen dohányzókat, a 0 pedig az aktuálisan nem dohányzókat jelentette. A mintából tehát kivettük az alkalmi dohányosokat. A magyarázó változóként a szociodemográfiai változókat, így a nemet, az életkort, a várható legmagasabb iskolai végzettséget, az egy főre jutó nettó jövedelmet, valamint a deprivációs indexet emeltük be a modellbe (3. táblázat). Eredményeink szerint a rendszeres dohányzás a vizsgált tényezők mind-egyikével szignifikáns kapcsolatban van. A nőknek – a többi modellbe vont változó kontroll alatt tartása mellett – a férfiakhoz viszonyítva mintegy 34%-kal kisebb az esélye a rendszeres dohányzásra [EH = 0,66; CI<sub>95</sub> = (0,53–0,82)]. Továbbá, bár nem jelentősen, de ugyancsak csökken a rendszeres dohányzás esélye az életkor

előrehaladtával [EH = 0,98; CI<sub>95</sub> = (0,97–0,99)], és a magasabb egy főre jutó nettó jövedelem esetében is [EH = 0,99; CI<sub>95</sub> = (0,99–1,00)]. A várható iskolai végzettséggel (alapfokú, középfokú, felsőfokú) kapcsolatban elmondható, hogy a felsőfokú iskolai végzettséghez viszonyítva mind a középfokú [EH = 1,85; CI<sub>95</sub> = (1,34–2,56)], mind pedig az alapfokú iskolai végzettség esetén [EH = 2,59; CI<sub>95</sub> = (1,73–3,88)] megnő a rendszeres dohányzás előfordulásának esélye. A deprivációs index növekedése szintén növeli a rendszeres dohányzás esélyét [EH = 1,09; CI<sub>95</sub> = (1,05–1,12)].

A *második* – szintén logisztikus regressziós eljárással felállított – *modellben* azt vizsgáltuk, hogy a kérdezett családjában előforduló dohányzás alapján milyen előrejelzés tehető az aktuális dohányzói státusra. A célváltozót ez esetben is az előző modellben szereplő, aktuális dohányzói státusra vonatkozó változó képezte. A modellben kontrolláltuk a nemet, a várható iskolai végzettséget, valamint az életkort. Az eredmények azt jelzik, hogy azoknak, akiknek a családjában valaki (egyik, másik vagy mindkét szülege, vagy egyéb családtagja) dohányzik vagy korábban dohányzott, azoknak 3,47-szeres az esélyük a rendszeres dohányzásra, azokhoz képest, akiknek a családjában nincs és nem is volt dohányos [EH = 3,47; CI<sub>95</sub> = (2,72–4,43)].

A *harmadik modell* esetében a dohányzás intenzitásának vizsgálatára lineáris regressziós elemzést végeztünk, amelyhez a napi rendszerességgel dohányzó személyeket tartottuk benn a mintában. Azt vizsgáltuk, hogy milyen előrejelzés tehető a korábban ismertett szociodemográfiai változók (a nem, az életkor, a várható legmagasabb iskolai végzettség, az egy főre jutó nettó jövedelem, valamint a deprivációs index) alapján a naponta elszívott cigarettamennyiségre. A várható iskolai végzettséget ez esetben dichotóm változóként vittük be a modellbe, ahol az 1 az érettségizetteket, a 0 pedig az érettségivel nem rendelkezőket jelentette. Eredményeink alapján a bevitt változók közül a nem ( $\beta = -0,26$ ;  $p < 0,001$ ), az életkor ( $\beta = 0,12$ ;  $p = 0,005$ ) és az egy főre jutó nettó jövedelem ( $\beta = -0,13$ ;  $p = 0,004$ ) bizonyult szignifikáns magyarázóváltozónak. A nők, illetve a magasabb egy főre jutó jövedelemmel rendelkezők kevesebb cigarettát szívnak el naponta, az életkor előrehaladtával azonban növekszik a napi cigarettamennyiség. A teljes modell a dohányzásintenzitás varianciájának 8,6%-át magyarázza (Adjusted R<sup>2</sup> = 0,086).

Végezetül, egy szintén a dohányzás intenzitásának vizsgálatára irányuló *negyedik modellben* megvizsgáltuk, hogy az általunk használt szociodemográfiai változók – napi rendszerességgel dohányzók esetében – mennyiben befolyásolják az erős dohányzás megjelenésének esélyét. Ehhez a naponta elszívott cigarettamennyiség alapján egy dichotóm változót hoztunk létre aszerint, hogy a kérdezett legfeljebb napi 15 szál cigarettát szív (0: könnyű dohányos) vagy ennél többet (1: erős dohányos). Ez esetben ismét logisztikus regressziót futtatunk. Eredményeink szerint a nőknek a férfiakhoz viszo-

nyítva kevesebb mint fele akkora esélyük van az erős dohányzásra [EH = 0,46; CI<sub>95</sub> = (0,32–0,65)]. A többi változó kontroll alatt tartása mellett, a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz viszonyítva csak a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében nő meg szignifikánsan [EH = 2,08; CI<sub>95</sub> = (1,04–4,13)] az erős dohányzás esélye. A magasabb egy főre jutó nettó jövedelem [EH = 0,99; CI<sub>95</sub> = (0,98–1,00)] és a magasabb deprivációs index [EH = 0,95; CI<sub>95</sub> = (0,90–1,00)] minimálisan csökkenti, a magasabb életkor pedig minimálisan növeli [EH = 1,02; CI<sub>95</sub> = (1,00–1,03)] az erős dohányzás esélyét.

## Megbeszélés

Tanulmányunk elsődleges célja az Országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról (OLAAP) elnevezésű országos, reprezentatív kutatás dohányzásra vonatkozó eredményeinek bemutatása volt, valamint ezen eredmények összevetése korábbi vizsgálatok eredményeivel. Vizsgáltuk továbbá azt is, hogy a különböző társadalmi és demográfiai jellemzők mi módon befolyásolják a dohányzás alakulását. Eredményeink az elmúlt évek meglehetősen heterogenitást mutató adatai közül a magasabb prevalenciát jelző kutatások eredményeit erősítették meg, sőt, enyhe mértékű emelkedést jeleznek a dohányzás alakulásában. Ezért az emelkedésért egyértelműen a nők körében tapasztalható növekedés tehető felelőssé, míg a férfiak esetében stagnálásról beszélhetünk. A női dohányzás prevalenciájának növekvő tendenciájára nemzetközi kutatások eredményei is felhívják a figyelmet [28].

Korábbi eredményekkel összhangban, elemzéseink rámutattak, hogy a rendszeres dohányzás előfordulásának esélye magasabb a férfiak, a fiatalabb korosztály [28, 29], az alacsonyabb iskolai végzettséggel [29, 30], valamint az alacsonyabb egy főre jutó nettó jövedelemmel rendelkezők körében [29]. Hasonlóképp, a magasabb deprivációs index, csakúgy, mint a dohányos szülő is növeli a rendszeres dohányzás megjelenésének esélyét [31].

A dohányzói szokások alakulásában kitüntetett szerepet játszó tényezők feltárásának nagy gyakorlati relevanciája van. Minél pontosabb kép rajzolódik ki e rizikófaktorok tekintetében, annál célirányosabb prevenciók tevékenység kialakítására nyílik lehetőség. Mára világosan látszik, hogy a megelőzésben kitüntetett figyelemmel kell lenni mind az alacsonyabb iskolai végzettséggel, mind pedig a kedvezőtlenebb szocioökonómiai státusszal rendelkezők rizikócsoportjára. A prevalenciaadatok alapján kirajzolódik a növekvő tendencia pedig a női dohányzás kérdéskörére irányítja a figyelmet. Utóbbi vonatkozásában a legfrissebb vizsgálatok a dohányzás magasabb prevalenciáját jelzik a serdülőkorú lányok körében országos reprezentatív mintán [32] és lokális reprezentatív mintán [33] egyaránt. A nemi különbségek eltűnése vagy a serdülő lányok körében detektálható magasabb prevalencia az ESPAD kutatásokban részt vevő

országok 60%-ánál szintén megjelenik [34], ami a felnőtt populáció vonatkozásában is az általunk jelzett trend elkövetkező években történő további erősödését vetíti előre. Erre utaló adatok nemzetközi viszonylatban is elérhetőek, így megállapítható, hogy míg néhány gazdagabb országban (például Ausztrália, Kanada, Egyesült Királyság és az Amerikai Egyesült Államok) csökkenő tendenciát mutat a női dohányzás, addig Dél-, Közép- és Kelet-Európa országaiban a nők dohányzásának prevalenciája vagy állandó, vagy az általunk tapasztalt trenddel összhangban növekedő tendenciát mutat [9].

Eredményeink, csakúgy, mint az a tény, hogy hazánkban az Európai Unió átlagához viszonyítva kétszeres (2,07) a dohányzással összefüggő halálozás rizikója [35], egyértelműen azt sürgetik, hogy az eddignél nagyobb figyelemmel forduljunk a dohányzás problematikájára felé, s különösen a megelőzés, illetve a leszokás terén fontos lenne mind a szakmapolitikai döntéshozók, mind pedig az orvosok hatékonyabb mobilizálása. Előbbiek tekintetében nem hangsúlyozható eléggé az az egyértelmű tapasztalat, hogy a dohányzástól való leszokás támogatása az egyike a legköltséghatékonyabb intervencióknak a megnyerhető életévek költsége szempontjából [36]. Így az ilyen irányú, bizonyítottan hatékony klinikai módszerek bevezetése és támogatása a hazai gyakorlatban alapvető fontosságú. Másrésztől, ezen törekvések sikeres megvalósításához fontos az orvosok, különösen a háziorvosok hatékony bevonása, hiszen szerepük a probléma feltárásában, visszajelzésében, a leszokás szükségességének a felismertetésében, illetve a leszoktató programok felé történő továbbírányításban alapvető fontosságú [37].

## Köszönetnyilvánítás

A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából és finanszírozásával készült. A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Demetrovics Zsolt számára megítélt Bolyai János Kutatási Ösztöndíja támogatta.

## Irodalom

- [1] *Khuder, S. A.*: Effect of cigarette smoking on major histological types of lung cancer: a meta analysis. *Lung Cancer*, 2001, *31*, 139–148.
- [2] *Burns, D. M.*: Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 2003, *46*, 11–29.
- [3] *Bosetti, C., Gallus, S., Garavello, W. és mtsa.*: Smoking cessation and the risk of oesophageal cancer: An overview of published studies. *Oral Oncol.*, 2004, *42*, 957–964.
- [4] *Sasco, A. J., Secretan, M. B., Straif, K.*: Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 2004, *45*, S3–S9.
- [5] *WHO Regional Office for Europe*: Highlights on health in Hungary 2005. World Health Organization, Copenhagen, 2006.
- [6] *Barta J., Szilágyi T., Tompa T.*: A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása. Kézirat. 2006.
- [7] *Pákozdi L.*: Amit tudni kell a dohányzástól. In: A főbb addikciók (alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népesség fogyatkozásában. Mentálhigiénés Programiroda és a Józan Élet Szövetség, Budapest, 1997, 59–67.
- [8] *Országos Dohányfűst-mentes Egyesület – Gallup Intézet*: Magyar Dohányzás Monitor jelentés. Kézirat, 2007.
- [9] *Shafey, O., Eriksen, M., Ross, H. és mtsa.*: The Tobacco Atlas. 3rd edition. The American Cancer Society, Atlanta. 2009.
- [10] *Központi Statisztikai Hivatal*: Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. KSH, Budapest, 1987.
- [11] *Központi Statisztikai Hivatal*: A népesség egészségi állapota. Az 1986. évi lakossági felvétel eredményei. KSH, Budapest, 1989.
- [12] *Kopp M., Skrabski Á.*: Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest, 1995.
- [13] *Központi Statisztikai Hivatal*: Életminőség és Egészség. KSH, Budapest, 2002.
- [14] *Polonyi G.*: Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Tárki, Budapest, 1998.
- [15] *Örkény A.*: A Szívbarát Program helyzetfelmérése. Kutatási beszámoló. 1997.
- [16] *Tistván L., Füzesi Zs., Tárnok M.*: Dohányzás és alkoholfogyasztás. Tények és vélemények a magyar közvéleményben. FACT Intézet, Pécs, 1999.
- [17] *Lampek K.*: A lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása a KSH 1999/2000 évi időmérleg-életmód kutatása alapján. Kézirat, Pécs, 2002.
- [18] *Boros J., Németh R., Vitrai J.*: Országos Lakossági Egészségfelmérés, OLEF2000. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002.
- [19] *Csoboth Cs.*: Dohányzás összefüggése az életminőséggel a magyar lakosság körében. In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Szerk.: Kopp M., Kovács M. E. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 203–210.
- [20] *Kopp M., Kovács M., Purebl Gy. és mtsai.*: A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív egészségfelmérés első eredményei. Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest. <http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/> (letöltve 2009. szeptember 1.)
- [21] *Urbán R., Marián B.*: A dohányzás szocioökonómiai prediktorainak és a stressz hatásának vizsgálata magyar reprezentatív mintában. *Addiktológia*, 2003, *2*, 164–177.
- [22] *Boros J.*: Lakossági egészségfelmérés 2003. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
- [23] *Országos Epidemiológiai Központ*: Országos Lakossági Egészségfelmérés. Budapest, 2003. Gyorsjelentés. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003.
- [24] *Susánsszky É., Szántó Zs., Kopp M.*: A dohányzástól való leszokás motivációs hátterének vizsgálata. *LAM-Tudomány*, 2007, *17*, 616–623.
- [25] *Townsend, P.*: Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standard of living. Penguin, Harmondsworth, 1979.
- [26] *Spéder Zs.*: A szegénység Magyarországon – az arányosított deprivációs index koncepciója alapján. *Szociológiai Szemle*, 2002, *12*, 171–189.
- [27] *Paksi B., Rózsa S., Kun B. és mtsai.*: A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2009, *10*, 273–300.
- [28] *Santos, A.-C., Barros, H.*: Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999–2000. *Prev. Med.*, 2004, *38*, 114–119.
- [29] *Tramacere, I., Gallus, S., Zuccaro, P. és mtsai.*: Socio-demographic variation in smoking habits: Italy, 2008. *Prev. Med.*, 2009, *48*, 213–217.
- [30] *Huisman, M., Kunst, A. E., Mackenbach, J. P.*: Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev. Med.*, 2005, *40*, 756–764.

- [31] *Fagan, P., Brook, J. S., Rubenstone, E. és mtsai*: Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. *Addict. Behav.*, 2005, 30, 517–529.
- [32] *Demjén, T., Kiss, J., Bóti, E. és mtsai*: Global Youth Tobacco Survey – National Report – Hungary. National Institute for Health Development, Budapest, 2009.
- [33] *Urbán, R.*: Smoking outcome expectancies mediate the association between sensation seeking, peer smoking, and smoking among young adolescents. *Nicotine Tob Res.*, 2010, 12, 59–68.
- [34] *Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S. és mtsai*: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm, 2009.
- [35] *HFA*: European Health for All database (HFA-DB). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.
- [36] *Monti, P. M., Niaura, R., Abrams, D. B.*: Ongoing research and future directions. In: *The tobacco dependence treatment handbook*. Eds: Abrams, D. B., Niaura, R., Brown, R. A. és mtsai. The Guilford Press, London, 2003, 277–295.
- [37] *Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker T. B. és mtsai*: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, MD, 2008.

(Demetrovics Zsolt,  
e-mail: demetrovics@t-online.hu)

**Emésztőszervi betegségek – ma**  
**2010. április 23–24. – Sopron, Hotel Lővér**  
**25 kreditponttal akkreditált továbbképző tanfolyam**

**2009. április 23. (péntek)**

Üléselelnök: *Prof. dr. Baranyai Tibor, dr. Patai Árpád*  
8.00–8.30 Regisztráció  
8.30–9.00 Üdvözlés  
9.00–10.00 *Prof. dr. Pap Ákos*: A hasnyálmirigy-betegségek – ma

**10.00–13.00 Vastagbél-daganat: a géntől a rákig**

Üléselelnök: *Dr. Lakatos László, dr. Molnár Béla, dr. Varga József*  
*Dr. Ringelhan Birgit, dr. Sipos József*: Patológia  
*Dr. Molnár Béla*: Genetika, molekuláris biológia  
*Dr. Lakatos László*: Endoszkópia  
*Dr. Patai Árpád*: Virtuális chromoendoszkópia

13.00–14.00 Ebéd

**Az MTA VEAB Orvosi Szakbizottság Gasztroenterológiai Munkacsoportjának tudományos ülése**

Üléselelnök: *Prof. dr. Döbrönte Zoltán, dr. Pák Gábor, dr. Patai Árpád*

**14.00–17.30 Gastrointestinalis vérzés – ma. Kapszula-endoszkópia**

*Prof. dr. Rácz István*: Gastrointestinalis vérzés aktuális kérdései  
*Dr. Pák Gábor*: Kapszula-endoszkópia: múlt – jelen – jövő(?)  
Üléselelnök: *Prof. dr. Rácz István, dr. Kovács Márta, dr. Stöckert Anna*  
*Dr. Pák Péter*: A kapszula-endoszkópia szerepe a bélvérzések diagnosztikájában  
*Dr. Kovács Márta*: A kapszula-endoszkópia szövödményei  
*Prof. dr. Rácz István*: Kapszula-endoszkópia a vastagbélben

19.00 Vacsora

**2009. április 24. (szombat)**

**A hepatológia – ma**

Üléselelnök: *Prof. dr. Szalay Ferenc, prof. dr. Pár Alajos, dr. Patai Árpád*

**9.00–13.00 Májcirrhosishoz vezető kórképek**

*Prof. Dr. Szalay Ferenc*: Anyagcsere-betegségek  
*Prof. dr. Pár Alajos*: Autoimmun hepatitisek  
*Prof. dr. Hunyady Béla*: A vírushepatitiszek kezelésének aktualitásai

Üléselelnök: *Prof. dr. Hunyady Béla, prof. dr. Döbrönte Zoltán, dr. Nagy Attila*

**A májcirrhosis szövödményeinek kezelése**

*Prof. dr. Döbrönte Zoltán*: Az ascites diagnosztikája, terápiája  
*Dr. Stöckert Anna*: A varicositas terápiája  
*Dr. Király István*: TIPS

13.00 Ebéd

A rendezvényt a Pécsi Tudományegyetem családorvosok, belgyógyászok, gasztroenterológusok számára kötelezően választható tanfolyamként 25 kreditponttal akkreditálta.

Részletes információk a [www.sopronkorhaz.hu](http://www.sopronkorhaz.hu) honlapon található, ahol 2010. március 22-ig kedvezményes regisztrációra van lehetőség.