

A dohányzás ártalmai

H. Schaefer szerint a társadalmi környezet az emberi szervezetre gyakorolt hatásainak három fajtáját különböztetjük meg: 1. technoszomatikus, azaz foglalkozási, környezetszennyeződési hatás; 2. szociszomatikus: szokások hatása (például étkezés, alkohol); 3. pszichoszociális stressz (emocionális hatások).

A dohányzás a második csoporthoz tartozik, azonban vannak az első (passzív dohányzás) és a harmadik (a dohányzók cigarettaéhségét kísérő stressz) típushoz kötődő vonatkozásai is.

A dohányzásnak több társadalmi vetülete van.

1. A dohányzás mint szokás. Gyermekkorban a felnőttöz hasonulás jele, az első cigaretta elszívásának negatív élményét leggyakrabban ez a motiváció feledtetni és vezet ismételt próbálkozásokhoz, végül megszokáshoz. A nőknél a férfiakkal való egyenrangúság formai jelét jelentette, az emancipálódás megnyilvánulásának tekintették. A megszokás folyamatában a mozdulatok, a gesztusok megtételének ingere is szerepet játszik. A szokás fenntartásában a stresszoldó, problémalevezető hatás is lényeges.

2. A dohányzás mint addikció. Az addikció periodikus vagy krónikus mérgező állapot, amit egy szer, egy gyógyszer ismételt alkalmazása vált ki. Az adag állandó emelése szükséges ugyanakkora hatás kiváltásához. Az érintett személy minden akadály ellenére igyekszik a szert megszerezni, szellemi és testi függőség alakulhat ki a szer hatásától. A sejttanyagcsere bizonyos változását idézi elő, a szer megvonása elvonási tünetekre vezet, ami az új egyensúlyhoz szokott sejtek egyensúlyának felborulására vezethető vissza. A WHO újabban csak a dependencia (függőség) fogalmát ismeri el. A dohányzást az addikciók sorába soroljuk, bár ezt újabban többen megkérdőjelezzik és csak az úgynevezett hozzászokás (habituáció) csoportjába teszik.

Többek szerint a dohányzás nem tekinthető addikciónak, mivel többek között nem kell dózist emelni a hatás megtartásához, a „torokkaparás” érzése is ingert jelent az ismételt fogyasztásra stb.

3. A dohányzás mint egészségkárosítás. A dohányfüst négyezer alkotórészének többsége káros az egészségre, ezek közül a nikotin, a szén-monoxid és a kátránytermékek (trezol) a jelentősebbek. Ezenkívül említésre méltó a dohányfüst fenolszármazék-, ant-racit-, benzpyren-, és methanoltartalma is.

4. A dohányzás mint környezeti ártalom. A dohányzó által beszívott úgynevezett főfüst mellett mellékfüst is keletkezik, ami közvetlenül a levegőbe kerül, ezenkívül a belégzett füst kilégzett része is. Ez a környezetben tartózkodó nem dohányzó számára hasonló típusú – bár némileg kisebb – rizikóval jár, mint ami a dohányzóknál tapasztalható. Ezt nevezzük passzív dohányzásnak. Az ilyen rizikónak kitett személyek vizeletében kimutatható a nikotin, a házastárs dohányzása esetén kifejezettebb, mint a munkahelyi expozíció esetén. A rizikó biológiai bizonyítéka az is, hogy kimutatható a thrombocyták (vérlemezkék) aggregációjának fokozódása a COHb-szint emelkedés ezen esetében. A passzív dohányosoknál elsősorban az érhatás jön szóba, a tüdőtumor gyakoribb megjelenése nem egyértelműen igazolt. Az USA-ban 35-40 ezer ember halálát lehet kapcsolatba hozni a passzív dohányzással. Egy másik statisztika azt mutatja, hogy egy 74 éves férfinak 9,6%-os esélye van arra, hogy meghal, ha dohányzó házastárssal él, szemben a nem dohányzó feleségeknél észlelt 5,4%-kal. Ugyanezen számok nőknél 6,1% és 4,9%.

5. A dohányzás mint költség. A napi húsz cigarettát fogyasztó dohányos mai áron évente, legalább 30 000 Ft-ot költ cigarettára, ami megközelíti a kéthavi átlagkeresetet. Az állam számára az adók révén a dohánytermékek 1993-ban 43,3 milliárd forint bevételt jelentettek. Az előállítók hasznára vonatkozóan támpontot ad, hogy a dohánykiadások Európában az 1973-as 213 milliárd ECU-ről 1989-re 1140 milliárd ECU-re nőttek. A megbetegedések kezelése nagy teher az egészségügyi költségvetés számára, például a nagyrészt dohányzásra visszavezethető légúti megbetegedések kórházi kezelése közel

700 millió forintot emésztett fel 1992-ben Magyarországon. A család számára az is kiesést jelent, hogy a dohányosok között gyakoribb a betegállomány igénybevétele (például Kanadában 33-45%-kal). A szennyeződés és a tüzesetek okozta károk mind a háztartásokat, mind a munkahelyeket érinthetik.

6. A dohányzás mint magatartás. A cigarettára gyújtás vágya, illetve maga a dohányzás a társasági együttlét zavaró tényezője lehet a gyakori illemszabályok áthágása. Általában negatív hatással van az önfegyelemre, több vizsgálat kimutatta, hogy a dohányos személyek fegyelmezetlenebbek a nem dohányosoknál.

A dohányosok lakossági arányának tekintetében Európa négy régióra osztható:

1. 40% alatt: Anglia, Skandinávia;
2. kb. 40%: Nyugat-Európa;
3. kb. 50%: Mediterráneum;
4. több mint 50%: Kelet- és Közép-Európa.

A WHO adatai szerint a világon minden percben hat személy hal meg a dohányzás következményeként, ebből egy az Európai Unió országaiban, egy a többi a fejlett országban (ide tartozik Magyarország is). 1990-ben a világon 3 millió ember halt meg dohányzás miatt, ebből Európában 1,2 millió. A jelenleg élő világpopulációból hozzávetőleg félmilliárd fog e miatt korábban meghalni. Egy 35 éves férfi esélye arra, hogy 35 és 69 év között dohányzás következményeként meghaljon 1995-ben 24%. A rendszeresen dohányzók 1/4-ének korai halálát okozza ez a szokás. Átlag 10-15 évet veszítenek életükből, akik dohányzás okozta betegségben halnak meg.

Magyarországi adatok. Megközelítően a lakosság 40%-a dohányzik, minden második férfi és közel minden harmadik nő sorolható e csoportba. 1989-ben 26,4 milliár darab cigaretta fogyott el hazánkban. A kilencvenes évekre a – felnőtt lakosságot tekintve – a kb. 3200 cigaretta/fő fogyasztással a világranglista első helyére kerültünk. Évi 30-35 ezer haláleset hozható kapcsolatba a dohányzással, 35-69 év között elhunyt férfiak 41, a nők 14%-ának halálát részben vagy egészben a dohányzás okozta. A férfi dohányosok 25%-a erős dohányos (több mint 25 cigaretta/nap), a nőknél ez a szám 10% körül van.

A dohányzás visszaszorításának adatai. Az USA-ban és Nyugat-Európában az elmúlt két-három évtizedben társadalmi hadjárat indult a dohányzás ellen. Ennek eredményeképpen az USA-ban amíg 1965-ben a lakosság 42%-a dohányzott, 1991-re ez az arány 26%-ra esett. Angliában az elmúlt 10-15 évben 10 millió ember hagyta abba a dohányzást. A dohányzást abbahagyók egészségügyi rizikója 5-8 év alatt a soha nem dohányzók rizikószintjének közelébe esik vissza.

Egészségügyi biológiai vonatkozások. A nikotin vasoaktív szer, ami emeli a vérnyomást és a szívfrekvenciát, fokozza a thrombocytá aggregációt és a catecholamin (adrenalin, noradrenalin) felszabadulást és befolyásolja a prosztaglandin anyagcserét. Ezek akut adásnál és hosszú hatásként is észlelhetők. Egyes vizsgálatok szerint a krónikus dohányzóknál a felezési idő rövidebb, mások viszont a kiürülést elhúzódónak találták, mindez azonban az egyének közti nagy variabilitásra utal. Egy cigarettában 10 mg nikotin van, melynek 80-90%-a kerül a szervezetbe mélyre szívott füst esetén.

Az érhatást a következő tényezők magyarázzák:

1. fokozott koagulációs (thrombocitá elősegítő) hatás: vérlemezke-aggregáció fehérvérsejtszám és fibrinogénszint emelése által;
2. érszpaszmus: az érszűkület vérellátási zavart okoz (akuttan a bőr hőmérséklet 5-10 fokkal csökken), a koszorúsereket szűkítve EKG-eltérést okoz, ezt főleg a szimpatikus idegrendszeri stimuláló hatás magyarázza;
3. vérlipid (vérzsír) elváltozások: elsősorban az érlemezés ellen védő HDL-koleszterin szintjét csökkenti, de a VLDL szintjét is emeli. Akut hatásban a triglicerid szint nő. Mindemellett csökken a zsírszövetben az esszenciális linolensav aránya.

Mindez az elváltozás az összes artériákon patológiás folyamatokat indít, de klinikailag az alsó végtagokban („érszűkület”, lábüszkösödés), a koszorús-ereken (angina pectoris, infarctus coris) és az agyi ereken mutat kifejezett tüneteket. A tünetek kialakulása dósisfüggő: nagyobb mértékű dohányzásnál nagyfokú és gyorsabb. A dohányzás a szív érbetegségeinek 50%-ért tartható felelősnek.

A nikotin idegrendszeri hatását az úgynevezett „nikotin paradoxon” és a bifázisos farmakológiai effektus jellemzi: akuttan adva, illetve kis dózisban stimulál, krónikus adásnál, illetve nagy dózisban – főleg rendszeres dohányzóknál – nyugtat. Az EEG-n vérszinttől függően hullámváltozások figyelhetők meg. Autóvezetésnél kerülendő, mert megnyújtja a reflexidőt, rontja a távolság-bebecslést.

A másik dohányfüst-összetevőnek, a szén-monoxidnak (CO) kétszázszor nagyobb a hemoglobinhoz kapcsolódó affinitása mint az oxigénnek, ezért a szervekben (főleg szívben, agyban) oxigénhiányt okoz, ami fokozza az érhatás kiváltotta vérellátási zavart.

A két komponens együttesen hat a terhességre egyrészt a placenta ereire való hatás által, másrészt magára a magzatra. A napi húsz cigaretta felett fogyasztók között átlagban 340 grammal kisebb újszülöttek születnek. Az alacsony születési súlyért 30%-ban a dohányzás felelős. Ezenkívül több a méhen belüli elhalás, a koraszülés, a rendelkezéssel születettek aránya.

A nikotin az anyatejbe is átkerül és tovább mérgezi a csecsemőt. A kátrányszármazékok a carcinogenesisben (rákkeltés) játszanak szerepet. A rákbetegségek 30%-ának kialakulásáért felelősek. A tüdőrák előfordulása 7-15-szeresére, a gégeráké 5-7-szeresre nő a dohányzás következtében, de más daganatok kialakulására is elősegítő hatással bír (hólyag, gyomor, hasnyálmirigy).

Az égéstermékek közvetlen hatása a légutakban vált ki krónikus megbetegedést, egyrészt gyulladást (légcső és hörghurut), főleg a tisztítást végző csillók bénítása által, másrészt a tüdőtágulás is következmény lehet. Egészében a tüdőbetegségek 80-90%-a a dohányzásra vezethető vissza.

A nyelőcső és a gyomor betegségeiben (gyulladás, fekély) a dohányzás közvetlen és szisztémás hatása egyaránt kóroki tényező. A negatív hatások között fontos megemlíteni a csontritkulás kialakulását és az immunológiai státus romlását. A rizikót növelő hatás különösen más elősegítő faktorokkal együtt válik veszélyeztetővé, például nőknél az anticoncipiens szedéssel ami a thrombosis készsége, az alkoholizmussal, ami a szájüregi rák kialakulása van hatással stb.

Az ifjúság dohányzása. A korai életkorban kezdődő dohányzás általános jelenséggé vált. Magyarországon egy felmérés szerint a 11-16 év közötti tanulók közül a fiúk 20%-a, a lányok 14%-a vallotta magát rendszeresen dohányzónak. Egy másik felmérés szerint 15 éves korban 17,6%, 18 éveseknél 37,5% ez az arány, viszont a válasz arra a kérdésre, hogy „valaha szívott-e cigarettát” mindkét korcsoportban 70-75% volt. A középiskolások 25-26%-a, a szakmunkás tanulók 44-48%-a dohányzik. Összehasonlító vizsgálatok emelkedő tendenciára utalnak. A legtöbb fiatal 14 és 19 éves kora között szokik rá a dohányzásra. Ha minden barátjuk dohányzik a fiúk 71%-ban, a lányok 73%-ban dohányoznak, az apa dohányzása esetén ezek a számok 44%, illetve 33%. Az első cigarettát barátától a tanulók 56%-a, osztálytárustól 22%-a, testvértől 8%-a kapta.

A dohányzás csökkentése, leszokás. A káros egészségi hatások oldaláról a dohányzás kerülése, illetve elhagyása mint elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés jelenik meg. Mindegyiknél a sajtó szerepe kiemelkedő jelentőségű. Utóbbi két esetben már a leszoktatás a szükséges teendő.

Elsődleges: a rákszokás megelőzése. A dohányzás reklámozásának visszaszorítása. A kialakulást elősegítő tényezők helyettesítése mással, például a gyerekek számára a felnőtt magatartás más formájának kiemelése. A nemdohányzás pozitívumainak tudatosítása. A dohányzás káros következményének bemutatása.

Másodlagos: a dohányzás már szokássá vált, de szervi következmények még nem jelentkeznek.

Harmadlagos: a dohányzással összefüggésbe hozható szervi károsodások már megjelentek, esetleg már maradandó károsodást is okoztak.

Sajnos, a legjobb esetben is legfeljebb a dohányosok 20-25%-ánál lehetünk eredményesek. A leszokáshoz alapfeltétel a páciens óhaja, elhatározása. Meg kell jegyezni, hogy a füstszűrős cigaretták csak hozzávetőleg 20%-kal csökkentik a kockázatot.

Módszerek: különböző programok, amelyek önállóan vagy segítő (orvos, pszichológus stb.) támogatásával végrehajthatók.

Lépcsőzetes stratégia alapján felépített vagy hirtelen, de előkészített elhagyás lehetséges. A fellépő hiánytünetek áthidalása problémát jelent, amelyek csak részben biológiai jellegűek, másrészt viszont pszichológiai vonatkozásúak, a szertartásszerű tevékenység hiányából fakadnak. Logikai alapon – akármennyire is belátják a dohányosok a következményeket – ritkán lesz a leszoktatás eredményes. Az akupunktúra vagy a hipnoterápia sok esetben eredményes, bár gyakran csak átmenetileg.

Gyógyszeres próbálkozások régóta ismertek, (például a Tabex tableta, Nikostop tea, újabban Bogumil No smoking tableta, ami a hiány-tüneteket hivatott mérsékelni). A hiány érzését mérsékelni lehet úgynevezett „coping” stratégiával:

1. eltéríteni a kezeket: kertészkedni, házimunkát végezni, elfoglalni valamivel a kezeket;

2. eltéríteni a szájat: rágógumi, sárgarépa, gyümölcsital, alacsony koffeintartalmú kávé fogyasztása;

3. eltéríteni az agyat: relaxációs technikával, vagy csak egyszerűen olvasni, sétálni, mozogni.

Talán leginkább eredményesek az úgynevezett pótló terápia: nikotin bevitelével kivédeni a hiánytüneteket a nikotindózis fokozatos csökkentése mellett, erre rágógumik, illetve nikotintartalmú bőrtapaszkok (pl. Nicotinell TSS) alkalmasak.

Speciális módszerek az iskolákban:

1. különórák a dohányzásról (pl. osztályfőnöki óra);

2. biológia, földrajz stb. tantárgy keretében egy adott témával összekapcsolni a dohányzás következményeinek ismertetését;

3. kémiai és biológiai kísérletekben bemutatni a dohány összetevőit és azok hatását ;

4. a tanárok pozitív példája a dohányzás mellőzésére (sajnos 50%-uk cigarettázik);

5. rendezvények az egészséges életmódra nevelés elősegítésére, ezen belül előadások a dohányzás egészségkárosító hatásáról;

6. faliújság felhasználása a cél érdekében;

7. egyéni beszélgetés diákokkal, kisebb csoportjaikkal.

BOGA BÁLINT

A nemzedékek közti kapcsolatok

A társadalom különböző korcsoportok, nemzedékek együttélésének terepe. A biológiai fejlődési fokok és adottságok különböző társadalmi szerepek, szükségletek formájában jelennek meg. Ezáltal az egyes korcsoportok biológiai alapon társadalmi helyzetükben eltérnek egymástól. Ezek a különbségek egymást ki-egyenlítő hatásúak lehetnek, máskor viszont egy másik korcsoport számára teherként, megoldandó feladatként jelenhetnek meg. Mindezek emocionális töltést is hordoznak magukban. A középkorosztályra, amely a társadalom fő vonulatát képezi, a fiatal (gyerek) és idős korosztály gondozásának feladata hárul.

A kérdéskört elsősorban az idősödés oldaláról tárgyalom.

Rowland nyolc ciklust különít el a késői felnőttkorban;

1. gyerekek elköltözése;

2. gyerek nélküli, nyugdíj előtti időszak;

3. első unoka születése;

4. utolsó szülő halála;

5. nyugdíjazás;

6. első dédunoka születése;

7. házastárs halála;

8. rokkantság.