

Gyermekek környezeti dohányfüsttartalmának csökkentése: az Egyesült Államok tapasztalatainak hasznosítása Magyarországon

Hovell, Melbourne

Department of Community & Behavioral Health,
The University of Iowa - College of Public Health, Iowa, USA

Az áttekintés összefoglalja a gyermekek otthoni dohányfüsttartalmának csökkentésére végzett klinikai beavatkozások empirikus bizonyítékait. A közösségi épületekben, különösen munkahelyeken, a törvény tiltotta dohányzás csökkenti a magánlakások környezeti dohányfüstterhelését. A médiák, a politika/törvényi szabályozás és rövid klinikai tanácsadás környezeti dohányfüstcsökkentő hatása azonban még további tanulmányozást tesz szükségessé. Három publikált és két folyamatban lévő klinikai vizsgálat azt a következtetést vonta le, hogy az ismételt tanácsadás csökkentette a passzív dohányzás asztmás és egészséges gyerekekre gyakorolt hatását alacsonyabb és középosztálybeli családoknál. Fogorvosok, általános orvosok és más klinikai szakmák képviselői felülvizsgálhatják a nem professzionális tanácsadó szolgáltatásokat, a gyerekek otthoni, környezeti dohányzásból eredő ártalmainak csökkentésére. Ahhoz, hogy a program Magyarországon is hatásos legyen, a kulturális környezet kialakítására kell kutatásokat végezni. *Magyar Onkológia 45:133-138, 2001*

This review summarizes empirical evidence for clinical interventions designed to reduce children's residential environmental tobacco smoke (ETS) exposure. Legislation prohibiting ETS exposure in public buildings, especially work settings, may decrease ETS exposure in private residences. Media, policy/legal regulations, and brief clinical advice require more study to determine their effectiveness for decreasing ETS exposure in private residences. Three published and two in progress trials found that repeated counseling reduced ETS exposure in asthmatic and healthy children from lower through middle class families. Dentists, physicians, and other clinicians may be strategic supervisors for paraprofessional counseling designed to lower children's ETS exposure in their home. Research is needed to determine the cultural tailoring needed to be effective in Hungary. *Hovell M. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke: Evidence from the U.S. and implications for Hungary. Hungarian Oncology 45:133-138, 2001*



A „Rizikótenyezők a szájüregi daganatok kialakulásában” c. szimpóziumon elhangzott előadás, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2001. március 23-24.

Levelezési cím: Dr. Melbourne F. Hovell, C-Beach, 9245 Sky Park Court, Suite 230. San Diego, CA 92123, USA, Tel: 1-858-505-4770x102, Fax: 1-858-505-8614

A cigarettázás vezető morbiditási/mortalitási tényező, a környezeti dohányfüst-expozíció pedig a tüdőrákkal függ össze, karcinogén anyagnak minősül (32). A passzív dohányzás tüdő- és fülbetegségekkel, valamint hirtelen csecsemőhalállal hozható összefüggésbe (6, 32). A környezeti dohányfüstthatás a harmadik, megelőzhető halálok, közegészségügyi jelentősége enormis nagyságú (15). A dohányosok nagy része gyermeknemző- és -szülő korú, ami azt jelenti, hogy a gyerekek 50%-a otthoni dohányfüsttartalomnak van kitéve (7, 9, 14, 30). Jóllehet a prevalencia-arányok változatosak, nagyon valószínű, hogy a becsült expozíciós értékek óvatosak (24), a tényleges morbiditás/mortalitás lényegesen nagyobb expozíció mellett tanúskodik. A környezeti dohányfüst-expozíciók általában fejlett országok nagy tanulmányai alapján készültek, míg olyan országokban, mint pl. Magyarország, ahol a dohányosok aránya kétszerese a fejlett országokénak, az otthoni és a nagyobb közösségek környezeti dohányfüst-expozíciója lényegesen nagyobb lehet.

A jelen közlemény célja a klinikusok szolgáltatott tanácsadás eredményeinek áttekintése, a gyerekek otthoni dohányfüsttartalmának csökkentésére. Az áttekintés kulturálisan alkalmazható tanulmányokról számol be Magyarországon, ahol a dohányzás, a tüdő- és szájüregi rák előfordulása legmagasabb a világon, és ahol a dohányzás elleni erőfeszítések még kezdeti stádiumban vannak. A WHO törvényi és oktatási eljárásokat javasolt a gyermekek környezeti dohányfüsttartalmának kivédésére, ennek ellenére kevés tanulmány tudott hatékony beavatkozásokról beszámolni. Nyilvánvaló, hogy ha a dohányosokat le lehetne szoktatni a dohányzásról, ez megvédené a gyerekeket a környezeti füsttartalomtól. Sajnos gyakran még az asztmás gyerekek szülei sem képesek abbahagyni a dohányzást (5, 35). Így tehát a tanácsadásnál többet kell tenni ahhoz, hogy a gyerekeket otthonukban meg tudjuk védeni.

Elmélet

Borland arra a következtetésre jutott, hogy a szociális tanulási elmélet („social learning theory”, SLT) jelenti a legjobb modellt a környezeti füsttartalom csökkentésére (4). Ezt kiterjesztettük a viselkedésközpontú modellre („Behavioral Ecological Model”), mely a kulturális hátteret is magában foglalja (17, 34).

Ez magában foglalja, hogy a törvénykezés/politika, a média és a klinikai szolgálatok együttesen próbálják a közösség normatív szabályait megváltoztatni. Annak ellenére, hogy ez a modell láthatóan jól bevált Kaliforniában és más államokban (pl. Izlandon), a dohányzás változatlanul egyike a legnehezebb leszoktatási problémáknak. Ha egy család nem tud leszokni a dohányzásról, alternatív eljárásokkal kell a gyerekeket a passzív dohányzás ártalmaitól megvédeni. Ennek segítségével kölcsönösen hozzá lehet járulni a szülők leszoktatásához a dohányzásról, és a nagyobb, közösségi erőfeszítésekhez a dohányzás teljes korlátozásához.

A legtöbb dohányos ember tudja, hogy a dohányzás káros az egészségére, legtöbbjük le is szeretne szokni, és több ízben meg is próbálja. Természetes, hogy még a dohányosok is rokonszenveznek a terhes anyák és a csecsemők dohányfüsttől való megvédésével, az asztmás gyerekek környezeti füsttartalomtól történő védelmével. Ráadásul, mivel sem a kormány, sem a törvényhozás képviselői nem érhetnek egyet azzal, hogy a csecsemők és asztmás gyerekek környezetében a dohányzás megengedett, a környezeti dohányfüsttartalom csökkentésére politikai támogatás igénybevétele is szükséges. Az ilyen politikai támogatás az egész országra kiterjedő dohányzáskorlátozáshoz is hozzájárulhat. Az is lehetséges, hogy a gyerekek dohányfüsttartalmának a magánlakásokban való csökkentése a felnőttek dohányzását, valamint az idősebb gyerekek kísérletezési hajlandóságát is befolyásolja. Lehetséges az is, hogy a környezeti dohányfüst elleni küzdelem a biológiai hozzászokással és a dohányipar reklámozásával is felveheti a versenyt.

A klinikusok valamennyi betegre kiterjedő gyógyító munkája mind a dohányzásban, mind a dohánykontrollról alkotott véleményében idővel családok ezreinél eredményezhet változást, ilyen módon a társadalmi egészségi állapotáról alkotott képet is befolyásolhatja. A klinikusok dohány- és környezeti füsttartalom elleni ténykedése szinergista módon a társadalom egészére is hatást gyakorol, de ez a hatás kölcsönös. Annak érdekében, hogy mind a dohányzást, mind a környezeti dohányfüsttartalmat lehetőleg a nulla szintre lehessen csökkenteni, különös tekintettel a dohányipar fokozódó erőfeszítéseire a dohányzás propagálására, a klinikusok szerepe különösen jelentős a társadalom széles köreinek meggyőzésére a dohányzásellenes eljárások elfogadásában.

A környezeti dohányfüst elleni intézkedések és szabályozások nyilvános épületekben

A dohányzás elleni rendelkezések nyilvános helyiségekben, ellenőrzött környezetben hatásosak, és a lakóházak környezeti dohányfüst-expozíciójára is befolyással lehetnek. Moskowitz és munkatársai tapasztalatai szerint minél több rendelkezés korlátozza a közösségi dohányzást, annál kisebb a passzív dohányzás hatása (28). A dohányzás nyilvános helyeken való tiltása csökkenti a felnőtt dohányosok arányát és a dohányzás szintjét (12, 13). További kutatásoknak kell tisztázni azokat a szociális tényezőket, amelyek a szülőket otthonukban dohányzásellenes szabályok bevezetésére ösztönzik.

A környezeti dohányfüst korlátozása lakóterületeken

Ezra megállapítása szerint (11) ellentét van a mindenképp megillető magánéleti jog, és a közösség kötelessége, a gyermekek egészségének megőrzése között. Jóllehet törvény nem szabályozza a gyermekek otthoni környezeti dohányfüstár-

talmának csökkentését, jogi szankciókat alkalmaztak. Ezra (11), Ashley és Ferrence (1) szerint a környezeti dohányfüst-expozíció eredményeként csökkentek az elvált házaspárok láthatási jogai, és alkalmatlannak minősítettek örökbefogadásra jelentkezőket. Ez pedig előfutára lehet a gyerekeket védő közösségi intézkedéseknek. A bírósági végzést nehéz végrehajtani, de a leleplezés a kikényszerítés mértékétől függ. A hatékony végrehajtás tárgyilagosságot és a büntetések etikai szempontjainak figyelembevételét teszi szükségessé. További kutatásoknak a dohányexpozíció csökkentése pozitív felfogását kell megcélozni, különös tekintettel arra, hogy a dohányosok maguk is a dohányipar áldozatai.

Média és politikai beavatkozás

Borland és munkatársai 2500-as populáción, hat különböző mintával vizsgálták a szabályok és az oktatási/média kampányok dohányzási szokásokra gyakorolt hatását (3). Az eredmények azt mutatták, hogy nőtt azok száma (14%-ról 33%-ra), akik gyermekek társágában nem dohányoztak, és nőtt azok aránya is (20%-ról 28%-ra), akik a lakáson kívül dohányoztak. Ez az eredmény azt mutatja, hogy a közösségi épületek szabályai és a média befolyásolhatja a passzív dohányzás expozícióját. Az adatok azonban azt is mutatják, hogy a dohányosok nagy része a beavatkozások ellenére sem csökkenti a környezeti dohányfüst gyerekekre gyakorolt hatását. Jövőbeli médiaprogramoknak a dohányzási szokások olyan változását kell propagálni, mely csökkenti a környezeti ártalmakat és új szociális normákat vezet be. A média bátorítsa az orvosokat a dohányzás beszüntetésére és a környezeti füsttartalom csökkentésére tett erőfeszítéseikben.

Orvosi beavatkozások a passzív dohányzás csökkentésére

Egyes vizsgálatok megerősítették a fogorvosok, általános orvosok vagy nővérek rövid tanácsadásainak eredményességét. Legtöbbször megelégedtek egy vagy néhány rövid, ötperces üléssel. Csaknem valamennyi ilyen vizsgálat kisszámú mintával dolgozott, ennek folytán nincs megfelelő statisztikai bizonyító ereje, és legtöbbször nem is csökkentette a környezeti dohányfüst-expozíciót (8). Wall és munkatársai (36) több mint 2000 újszülött ellenőrzött klinikai vizsgálatát végezte. A kontrollként vizsgált betegeket a környezeti füsttartalommal foglalkozó kis csomaggal, és orvosuktól származó, a dohányzástól való leszokást ajánló levéllel látták el. A „kiterjesztett” csoport tagjai emellett 2, 4, 6 hónapos időközökben kétperces orvosi tanácsadást is részt vettek. Jóllehet a környezeti füsttartalmat nem mérték, az eredmények szignifikánsan magasabb leszokást (2,7% versus 5,9%), és hosszantartó nem dohányzó állapotot (45% versus 55%) mutattak. Ez az eredmény arra utal, hogy az ismételt kapcsolatok csökkenthetik a dohányzás mértékét, és ezzel együtt az újszülöttek környezeti dohányfüsttartalmát. Mivel ezek a beavatkozások

viszonylag olcsók, további vizsgálatokat kell végezni nagyobb anyaggal, és pontos mérésekkel a fogorvosok és általános orvosok minimális beavatkozásának eredményeiről.

A klinikusok közreműködése

Jóllehet a betegek egy kis csoportjánál ezek a beavatkozások is hatásosak, a klinikusok nem vesznek részt automatikusan a módszer elterjesztésében. Hymowitz gyermekgyógyászokat figyelt meg és azt találta, hogy kevesebb mint 50%-uk vett részt a dohányzáskontroll és a környezeti füsttartalom csökkentése propagálásában, és 12%-nál kevesebben végeztek utógondozást (23). Ezek az adatok arra utalnak, hogy többet kell tenni annak érdekében, hogy az orvosok legalább a minimális, dohányzás elleni munkában részt vegyenek. Vizsgálataink azt bizonyítják, hogy a tanulás különböző szociális formái, beleértve a kártalanítást is, alkalmazhatók a klinikai munkában (18, 20, 31). Nagyon fontos lenne megalkotni a klinikai pénzvisszatérítés szabályait és gyakorlatát annak érdekében, hogy a környezet füstmentességének és a dohányzástól való leszoktatásnak a költségeit meg lehessen téríteni.

Alakuló gyakorlati változások a füstmentes környezet elérésére

Meltzer és munkatársai egy kísérletes tanulmányt végeztek, melyben a tanácsadást négy hétnél hosszabb időre tervezték (27). A tanácsadás felvilágosítást tartalmazott az asztmáról, a passzív dohányzás hatásairól és ötleteket arra, hogyan lehet a környezeti füstmentesítést a dohányzástól való leszoktatás nélkül csökkenteni. A tanácsadók megtanították a szülőket, hogy a lakáson kívül, a gyerektől távol dohányozzanak, ennek eredményeként 40%-tól 80%-ig terjedő passzív dohányfüst-mentességet értek el.

Greenberg és munkatársai újszülöttek környezeti dohányfüst-expozícióját vizsgálták, ellenőrzött nyomonkövetés segítségével (16). Négy, otthoni tanácsadási ülésről egy nővér gondoskodott. A kísérleti csoportban részt vevő dohányzó anyák szignifikánsan jobban csökkentették a környezeti füsttartalmat, mint a kísérletben részt nem vevők. Hovell és munkatársai megismételték Meltzer javaslatát (27). Asztmás gyerekek családját (n=91) random módon kontrollként, mérési monitorozásra vagy tanácsadásra jelölték ki. A tanácsadó üléseket hat hónapig végezték. Az expozíció legkevésbé a kontrollcsoportban csökkent, ezt követte a monitorozó, majd a kísérleti csoport (a csökkenés 60% volt). Időbeli összhatását illetően a tanácsadásban résztvevő csoport nagyobb környezeti dohányfüstcsökkenést mutatott, mint akár a kontroll vagy a monitoring csoport. A passzív nikotin doziméterrel és a tünetekkel való összefüggést a környezeti dohányfüst-expozíció megerősítette (10, 25, 26). Wahlgren és munkatársai kimutatták, hogy a környezeti dohányfüstcsökkenés két évig fenntartható volt (33).

Hovell és munkatársai nemrégben fejeztek be egy hasonló tanulmányt, otthonukban dohány-

füstnek kitett egészséges gyerekek vizsgálatáról. Az eredmények arra utalnak, hogy a tanácsadás hasonló eredményeket ért el, ideértve a terápiás különbségeket és a vizelet cotinin-tartalmát (21). A kontrollok mintegy 68%-os csökkenést értek el, a tanácsadásban résztvevő családok eredménye 86% volt, a különbség szignifikáns.

Hovell és munkatársai egy másik tanulmányt is befejeztek, alacsony jövedelmű latin családok asztmás gyermekeinél. Előzetes eredmények szerint kifejezetten csökkent a környezeti dohányfüsttartalom az asztmakezelés oktatása, plusz passzív dohányzás-mérések, és egy kisebb, de hozzáadódó csökkenés a tanácsadás eredményeként. Hovell és munkatársai hatásosságvizsgálati tanulmányt is végeztek, egészségügyi oktatók és orvosi asszisztensek között. Az előzetes eredmények szerint a környezeti dohányfüstterhelés mind a kontroll, mind kísérletes csoportnál csökkent, de az időbeli különbség nem volt szignifikáns. A tanácsadás hatástalansága valószínűleg a minőségbiztosítás hiányával, a személyzet gyakori váltakozásával és a kontinuitás hiányával függött össze (22).

A vizsgálatok arra utalnak, hogy ha dohányzó anyáknak azt javasolják, hogy gyerekeiket, különösen, ha asztmás, ne tegyék ki dohányfüst-expozíciónak, az valószínűleg csökkenti az otthoni passzív dohányzás ártalmát. Az eredmények arra is utalnak, hogy a környezeti dohányfüst mérése, kérdéssel, nikotin doziméterrel, a lakásban és/vagy a vizelet cotinin-tartalmával, olyan reaktív hatást hozhat létre, mely olymértékben csökkenti a környezeti dohányfüsttartalmat, mint a tanácsadás egyedül. Hatásosságvizsgálatuk nem volt ilyen eredményes, és arra utal, hogy a klinikai személyzetet be kell tanítani, ellenőrizni kell, és addig megtartani, míg a teljes tanácsadó programot elsajátítja. További vizsgálatokat kell végezni különböző populációk megfelelő számú egyedeivel, nagyobb hasznát kell venni a környezeti és biológiai méréseknek, mivel ezekből lesz úrhatók a változások. Legérzékenyebbek a tüdőrákos, szájüregi rákos és tüdőbeteg anamnéziséű családok, ők a legfogékonyabbak a fogorvos, a családorvos vagy más szakorvos tanácsadása iránt.

Következtetések és ajánlások

A minimális és tanácsadói beavatkozások hatásossága

Egyszeri klinikai tanácsadás hatása marginális vagy hatástalan. Nagyobb vizsgálatoknak kell megállapítani a minimális tanácsadás eredményességét. Ha a minimális beavatkozások eredményesek is, csak a népesség egy kis részénél csökkentik a környezeti dohányfüsttartalmat. A nagy többséget jelentő „nem reagálók” az ismételt tanácsadó-szolgálatok megfelelő jelöltjei a környezeti dohányfüsttartalom csökkentésének kialakítására. Ez különösen jelentős asztmás vagy egyéb légzőszervi megbetegedésben szenvedő gyerekek esetében.

Az ismételt tanácsadás hatására a rossz anyagi körülmények között élő vagy valamely tüdőbeteg-

ségben szenvedő gyerekeknél a környezeti dohányfüsttartalom csökkenését a vizelet nikotin- vagy cotinin-tartalmának változása is igazolja. Az eredmények azt mutatják, hogy a klinikusoknak a környezeti dohányfüstcsökkentés tanácsadását a dohányzáskontroll eljárásai közé be kell iktatni.

Gyakorlati korlátok és fenntartásuk

A környezeti dohányfüsttartalom szignifikáns csökkenését igazoló klinikai vizsgálatok csupán korlátozott, 1-6 hónapos kezelést tesznek lehetővé. A tanácsadás végén a családok többsége a nulla expozíciós szint felett van, ami azt jelenti, hogy a beavatkozás azon tartama, mely a gyerekek többségét a nulla expozíciós vonalra hozza, még nincs megállapítva. A klinikusoknak kell tanácsokat adni, míg a család a környezeti dohányfüst nulla szintjét eléri.

További vizsgálatoknak azt is meg kell fontolni, hogy a passzív dohányzás-expozíció csökkentését miként lehet folytatólagosan a dohányzás teljes elhagyásával kiegészíteni. Ily módon meghatározható lenne, ha a környezeti dohányfüstcsökkenés előnyeit élvező gyerekek szülei nem kívánják abbahagyni a dohányzást a beavatkozás – tanácsadás során, kizárólag csak a leszoktatásra irányuló intervenció segítségével. Ez lehetőséget adna az egyébként nehezen hozzáférhető dohányosok elérésére, és a dohányzásról való leszoktatására.

Három klinikai vizsgálatot, mely bizonyítja, hogy az ismételt tanácsadás csökkentheti a környezeti dohányfüsttartalmat, demonstrálja, hogy a hatások időtartama jelentősen meghosszabbodhat, elérheti a két évet is (16, 19, 33). Az eredmények azt bizonyítják, hogy ha tanácsadás módszerei megalapozottak, a módszerek folyamatban lévő megerősítése fenntartja a dohányfüst csökkentésére szolgáló gyakorlati eljárásokat. El lehet gondolkozni azon, hogy a folyamat fenntartása összefügg-e az állandó orvosi és a dohányzáskontroll általános kulturális támogatottságával. Ha így van, ez a megfigyelés tanulmányozandó lenne Magyarországon annak megállapítására, lehetséges-e a hasonló szintű fenntartás, és az orvosok támogatják-e a dohányzáskontroll elterjesztését betegek körében.

A környezeti dohányfüst- és dohányzáskontroll pozitív vonatkozásai

Az emberek számos okból szoknak rá a dohányzásra, egyeseknél a stressz, másoknál a barátok társasági nyomása hatására, de valamennyien a dohányipar állandó és kiterjedt propagandájának esnek áldozatául. Az emberek nem „választják” a dohányossá válást, valamely okból lettek dohányosokká, és minden dohányos áldozatnak tekinthető. Ennek megállapítása fontos a dohányzásellenes politika, és a lakások környezeti dohányfüsttartalmának csökkentésére tett erőfeszítések megítélésében.

Ha a nyilvános helyeken tiltjuk a dohányzást, a dohányosokat/áldozatokat büntetjük. Ennek ellenére a tiltó szabályok bátorítanak a dohányzás

csökkentésére és abbahagyására, annak ellenére, hogy az áldozatot büntetik. Ha ilyen szabályok a magánlakásokra is érvényesek, a következményektől való félelem, pl. hogy a gyerekeket kivesszik a családból, túl nagy lenne a dohányzás „áldozatának”, olyan morális kompromittálás, melyet nehéz keresztülvinni. Nem is lenne lehetséges túlságosan drámai büntetések nélkül, ez viszont ellenagressziót szül, és kriminalizálná a gyerekek környezetében történő dohányzást. Ez a helyzet azonban, törvényes ipari környezetben, mely felelős a dohányzás elterjedéséért, kivitelezhetetlen.

Ha a törvényes szabályozást az otthonokra is ki akarjuk terjeszteni, döntő, hogy a következmények alapvetően pozitívak legyenek, elkerüljék a gyerekek dohányfüsttartalmát, de ne büntessenek. Fogorvosok és más klinikai szakmák képviselői abban a jó helyzetben vannak, hogy orvosi tevékenységükkel elősegíthetik a környezeti dohányfüsttartalom kiküszöbölését. Kölcsönös jóakaratot feltételezve, hozzá tudnak járulni a szájüregi és egyéb rákok csökkentéséhez. A jóakarattal a klinikai praxis növeléséhez vezethet, ily módon ösztönzően hat a gyakorló orvosra.

A betegek rutin megfigyelésébe a már létező markereket, pl. a cotinint is be kell vonni (2). A cotinin-szint nyomonkövetése, hasonlóan a klinikai kivizsgálás vérvizsgálatához, azonnali tanácsadást tesz lehetővé, megelőzheti a beteg visszaesését, és a fenntartó szint ismételt eltérését. A fogorvosok és más klinikusok alkalmasak ennek elvégzésére, és a dohánykontroll szolgáltatóktól, melyek a betegek cotinin-szintjének csökkentésében érdekeltek, térítés visszaszolgáltatásban is részesülhetnek. További kutatásnak kell kideríteni, hogy ezek az eljárások mennyire hatásosak és a gyakorlatban miként válnak be.

Végül, a dohányzástól és környezeti dohányfüsttartalomtól sújtott emberek többnyire alacsony jövedelműek, kisebbségben és rossz szociális körülmények között élnek. Ez felveti annak lehetőségét, hogy az anyagi vagy faji/etnikai, társadalmi előítéletek és ezzel összefüggően a kulturális hátrányok meghatározzák a dohányzás iránti fogékonyságot, és a gyerekek környezeti dohányfüsttartalmát. Ha ez így van, a társadalom egészén belül különös figyelmet kell fordítani a faji/etnikai egyenlőtlenségekre, ez alapfeltétele a dohányzás elleni küzdelem teljes megvalósításának.

A jövőbeli kutatás e néhány ajánlása sok vonatkozásban egyezik a „Behavioral Ecological Model”-ben rögzített elvekkel. Azok a beszámolók, melyek Kaliforniában a média és a széleskörű oktatás, valamint a klinikai beavatkozások eredményességéről adnak hírt, arra utalnak, hogy a társadalom egészét magában foglaló eljárások eredményesek (29). Azt azonban, hogy milyen eszközökkel lehet a társadalom egészét, a klinikai és otthoni eljárások milyen szintjét lehet a dohányzás és a környezeti dohányfüsttartalom ellen mozgósítani, még ki kell dolgozni, és be kell vezetni. Fogorvosok, általános és más szakorvosok stratégiai felülvizsgálói lehetnek a paraprofessionális tanácsadóknak. Bizonyítékok tá-

masztják alá, hogy az Egyesült Államokban a klinikusok dohánykontroll-adminisztrációja, és különösen a környezeti dohányfüsttartalom elleni tanácsadás hatékonyan működik. További kutatásoknak kell kideríteni, hogy a tanácsadás kulturális mintája, mely az Egyesült Államokban bevált, alkalmazható-e Magyarországon. Ha így van, a klinikusok által végzett tanácsadásnak ez a módja hozzájárulhat az országos dohánykontroll kiterjedtebb közösségi elfogadásához.

Irodalom

1. Ashley M, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: Issues and strategies. *Tob Control* 7:61-65, 1998
2. Bahceciler NN, Barlan IB, Nuhuglu Y, Basaran MM. Parental smoking behavior and the urinary cotinine levels of asthmatic children. *J Asthma* 36:171-175, 1999
3. Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tob Control* 8:266-271, 1999
4. Borland R. Background paper: Theories of behavior change in relation to environmental tobacco control to protect children. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health. World Health Organization, 1999. <http://www.who.int/toh/TFI/consult.htm>.
5. Butz A, Rosenstein B. Passive smoking among children with chronic respiratory disease. *J Asthma* 29:265-272, 1992
6. California Environmental Protection Agency. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment; September 1997
7. Centers for Disease Control. State-specific prevalence of cigarette smoking among adults, and children's and adolescents' exposure to environmental tobacco smoke—United States, 1996. *MMWR* 46:1038-1043, 1996
8. Chilmonczyk B, Palomaki G, Knight G, et al. An unsuccessful cotinine-assisted intervention strategy to reduce environmental tobacco smoke exposure during infancy. *Am J Dis Child* 146:357-360, 1992
9. Collaborative Group SIDRIA (Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment). Parental smoking, asthma and wheezing in children and adolescents. Results of S.I.D.R.I.A. *Epidemiol Prev* 22:146-154, 1998
10. Emerson JA, Hovell MF, Meltzer SB, et al. The accuracy of environmental tobacco smoke exposure measures among asthmatic children. *J Clin Epidemiol* 48:1251-1259, 1995
11. Ezra D. Sticks and stones can break my bones, but tobacco smoke can kill me: Can we protect children from parents that smoke? *St. Louis University Public Law Review* 13:547-590, 1994
12. Farkas A, Gilpin E, Distefano J, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tob Control* 8:261-265, 1999
13. Farrelly M, Evans W, Sfeekas A. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tob Control* 8:272-277, 1999
14. Gergen PJ, Fowler JA, Maurer KR, et al. The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994. *Pediatr* 101:E8, 1998
15. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: Epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation* 83:1-12, 1991
16. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *J Behav Med* 17:273-290, 1994

17. Hovell MF, Hillman E, Blumberg E, et al. A behavioral-ecological model of adolescent sexual development: A template for AIDS prevention. *J Sex Res* 31:267-289, 1994
18. Hovell MF, Jones JA, Adams MA. The feasibility and efficacy of tobacco use prevention in orthodontia. *J Dental Educ* 65:348-353, 2001
19. Hovell MF, Meltzer SB, Zakarian JM, et al. Reduction of environmental tobacco smoke exposure among asthmatic children: A controlled trial [published erratum appears in *Chest* 107:480, 1995.] *Chest* 106:440-446, 1994
20. Hovell MF, Wahlgren D, Russos S. Preventive medicine and cultural contingencies: A natural experiment. In PA Lamal (ed) *Cultural Contingencies: Behavior Analytic Perspectives on Cultural Practices*. Praeger Publications Ltd. 1997
21. Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE, et al. Effect of counseling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomized controlled trial. *BMJ* 321:337-342, 2000
22. Hovell MF. Ninos Sanos: Reducing ETS exposure in Latino asthmatics. NIH, NHLBI, #HL52835, 6/96 - 5/00.
23. Hymowitz N. A survey of pediatric office-based interventions on smoking. *New Jersey Med* 92:657-660, 1995
24. Jaakkola MS, Jaakkola JJK. Assessment of exposure to environmental tobacco smoke. *Eur Respir J* 10:2384-2397, 1997
25. Matt GE, Hovell MF, Zakarian JM, et al. Measuring second-hand smoke exposure in babies: The reliability and validity of mother-reports in a sample of low-income families. *Health Psychol* 19:232-241, 2000
26. Matt GE, Wahlgren DR, Hovell MF, et al. Measuring ETS exposure in infants and young children through urine cotinine and memory-based parental reports: empirical findings and discussion. *Tob Control* 8:282-289, 1999
27. Meltzer SB, Hovell MF, Meltzer EO, et al. Reduction of secondary smoke exposure in asthmatic children: Parent counseling. *J Asthma* 30:391-400, 1993
28. Moskowitz J, Lin Z, Hudes E. The impact of California's smoking ordinances on worksite smoking policy and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Health Prom* 13:278-281, 1999
29. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Tobacco Control in California: Who's Winning the War? An Evaluation of the Tobacco Control Program, 1989-1996. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 1998
30. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, et al. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke: The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1991. *JAMA* 275:1233-1240, 1996
31. Russos S, Keating K, Hovell MF, et al. Counseling youth for tobacco use prevention: determinants of clinician compliance. *Prev Med* 29:13-22, 1999
32. US Department of Health and Human Services (PHS), NIH, US Environmental Protection Agency. Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders (NIH Publication No. 93-3605). Washington (DC): Office of Research and Development, Office of Air and Radiation; 1993
33. Wahlgren DR, Hovell MF, Meltzer SB, et al. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children: A two-year follow-up. *Chest* 111:81-88, 1997
34. Wahlgren DR, Hovell MF, Slymen DJ, et al. Predictors of tobacco use initiation in adolescents: A two-year prospective study and theoretical discussion. *Tob Control* 6:95-103, 1997
35. Wahlgren DR, Meltzer SB, Zakarian JM, et al. Predictors of physician counseling to reduce tobacco smoke exposure in children with asthma. *Ann Behav Med* 15(S1 Suppl):36, 1993
36. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, et al. Pediatric office-based smoking intervention: Impact on maternal smoking and relapse. *Pediatr* 96:622-628, 1995

Fordította:
Prof. Dr. Gyenes György