

Dohányzó várandósok elsődleges védőnői állapotfelmérése az alapellátásban

Rákóczi Ildikó dr.¹ ■ Balázs Péter dr.² ■ Foley, Kristie L. PhD MS³

¹Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolási és Szülésznői Tanszék, Egészségtudományi Intézet, Nyíregyháza

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

³Wake Forest University School of Medicine, Department of Implementation Science, Division of Public Health Sciences, Winston-Salem Medical University, NC, USA

Bevezetés: A várandósok dohányzása számos szülészeti és neonatológiai szövődményt okozhat. Megelőzőtükre szervezileg kiváló lehetőség a gondozásba vételkor a dohányzói status védőnői felmérése, majd a háziorvosokkal együtt a várandósok támogatása a dohányzás szünetelése vagy a leszokás érdekében.

Célkitűzés: Egy mintaszerű rendszer felépítésére Nyíregyházán modellkísérletet végeztünk a városi védőnői hálózatban 2019. október 1. és 2021. március 31. között, gondozásra jelentkezett várandósok körében.

Módszer: Papíralapú kérdőíveink kitöltését a védőnők végezték a gondozásba vételkor a várandósok válaszai alapján. A legfőbb biometriai, szociodemográfiai és családtervezési adatokon (9 kérdés) túl a dohányzási (cigaretta- és e-cigaretta) szokásokat, a környezeti dohányfüsttartalmat és a dohányzás ártalmasságának ismeretét vizsgáltuk (9 kérdés). A statisztikai vizsgálatot frekvencia- és keresztábrák elemzéssel végeztük. Szignifikánsnak fogadtuk el az eredményeket $p < 0,05$ értékkel.

Eredmények: A gondozásba vett összes várandós ($n = 1761$) közül 1548 (87,9%) válaszolt a kérdéseinkre. Mintánk átlagéletkora 30,2 év (min./max.: 15/48) volt, gondozásba vételük átlagosan a várandósság 10,8. hetében (min./max.: 6/34) történt. Jelentős volt a magasabb fokú iskolai végzettséggel (középfokú 46,0%, felsőfokú 42,8%) rendelkezők aránya. A roma nemzetiség aránya 4,2% volt. Tervezett volt a várandósság 88,5%-ban. Soha nem dohányzott 46,5%. Dohányzói anamnézise volt 53,5%-nak. A teljes mintából 10,1% folytatta a dohányzást, de 42,5% korábbi dohányos azt állította, hogy aktuálisan nem cigarettázik. A férfiak/élettársak ($n = 1493$) részéről 30,3%-ban fordult elő környezeti dohányfüsttartalom. Minden várandós (98,9%) tisztában volt a dohányzás magzatkárosító hatásával.

Következtetés: Nagyvárosi környezetben a magasabb szintű iskolai végzettség hozzájárult a dohányzás magzatkárosító hatásának ismeretéhez. A várandósság alatt tovább folytatott dohányzásban a romák szignifikánsan hátrányosabb helyzetben voltak a nem romákkal szemben. Másodlagos dohányfüsttartalom szempontjából nagyon kedvezőtlen volt a férj/élettárs dohányzásának csaknem egyharmados aránya. Az alapellátás a legegyszerűbben a védőnők révén érheti el a dohányzás által különösen veszélyeztetett populációt. Részükre a bemutatott módszerrel a háziorvos és a védőnő az adatok alapján célzottan végezheti a dohányzással kapcsolatban az alapellátás kompetenciájába tartozó szünetelés/leszokás támogatást.

Orv Hetil. 2024; 165(14): 545–552.

Kulcsszavak: várandósok dohányzása, védőnői modellkísérlet, kérdőíves módszer, leszokás támogatása

Tobacco smoking primary survey of pregnant women in the maternity and child health service

Introduction: Smoking of pregnant women can cause a number of complications in obstetrics and neonatology. Preventing them in Hungary, there is a pre-eminent option of collaboration between general practitioners and nurses of maternity and child health service in the primary care. Service nurses can assess the smoking habits of expectant mothers and collaborate with general practitioners in targeted smoking cessation/quitting programmes.

Objective: testing such a programme, we arranged a pilot study in the maternity and child health service network of Nyíregyháza (a large city in Hungary) between October 1, 2019 and March 31, 2021 targeting all registered pregnant women.

Method: The paper-based questionnaires were administered by the service nurses at the first visit of the pregnant women. 9 questions concerned basic biometric, socio-demographic, family planning data and (further 9 questions)

especially cigarette smoking habits, environmental smoke, maternal and neonatal harms of smoking. Statistical analysis was performed by analyzing frequencies and cross-tabulation with significance level at $p < 0.05$.

Results: Reply was received by 87.9% ($n = 1548$) of the entire population ($n = 1761$). Average age of registered women was 30.2 (min./max. 15/48), first time visit to the service was in the 10.8th week (min./max. 6/34) of their pregnancy on average. Medium and higher level of education, 46.0% and 42.8%, respectively, was considerable. The proportion of Roma origin was 4.2%. Pregnancy was planned in 88.5%. Never smokers were 46.5%, past smokers were 55.3%. Current smokers were 10.1%, but 42.5% of former smokers admitted non-smoking status. Prevalence of passive smokers due to husband/partner smoking habit ($n = 1493$) was 30.3%. All participants knew exactly the harmful effect of smoking on the fetus.

Conclusion: The role of higher education in urban environment was a significant contribution to the knowledge of harmful effects of smoking for the fetus. We found a significant difference to the disadvantage of Roma origin pregnant women in continued smoking during the pregnancy. As for environmental harmful effect, there was a clear disadvantage of nearly one third rate of husband's/partner's smoking. In rural and urban environment, the maternity and child health service provides a best option to detect the most endangered female population. Based on real data, collaborating general practitioners and service nurses can arrange the most effective way of tobacco smoking cessation/quitting during pregnancy.

Keywords: pregnant women's smoking, pilot study in maternity and child health service, new questionnaire design, smoking cessation in the primary care

Rákóczi I, Balázs P, Foley KL. [Tobacco smoking primary survey of pregnant women in the maternity and child health service]. *Orv Hetil.* 2024; 165(14): 545–552.

(Beérkezett: 2024. január 18.; elfogadva: 2024. február 14.)

Rövidítések

5A = (ask; advise; assess; assist; arrange follow-up) a dohányzási szokásokra történő rákérdezés; dohányzás esetén a leszokás tanácsolása; a leszokás szándékára való rákérdezés, a motiváció felkeltése vagy megerősítése; a leszokási folyamat támogatása; a leszokás folyamatának követése, a visszaesés megelőzése; CI = (confidence interval) konfidenciaintervallum; EH = esélyhányados; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; OLAAP = Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról; SD = standard deviáció

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint a dohányzók száma növekedni fog az alacsony és közepes jövedelmű országokban, a fejlettebb gazdaságú országokban viszont jelentős csökkenés várható, amennyiben a trendek változatlanok maradnak [1]. Magyarországon kevésbé kedvezően alakult a dohányzás prevalenciája. Egy 2018. évi felmérés szerint a dohányzók aránya a felnőtt férfiak között 33,0%, a felnőtt nők között 24,8% volt [2]. Az OLAAP 2019. évi vizsgálata a felnőtt népességben lényegesen nagyobb arányt jelzett (46,8%), a nők aránya változatlan maradt (24,8%) [3]. Az Eurobarométer 2023 Magyarországra vonatkozó adatai alapján, 2020. évi felmérés szerint, az arány a férfiaknál 34,0% volt, a nőknél pedig 23,0%. Ez utóbbi azonban így is nagyobb az Európai Unió + Egyesült Királyság 21,0%-os átlagánál [4].

A dohányzás az első helyen áll a megelőzhető halálozások okai között, és ezen túl számos egyéb betegség kialakulásában is. Nők esetében 13%-os arányban csökkenti a termékenységet, és növeli a meddőség kockáza-

tát. Átlagosan két hónappal később következik be a fogamzás azokkal szemben, akik soha nem dohányoztak vagy egy éve már abbahagyták [5]. A szakirodalom szerint a várandósság alatti dohányzás az egyik legsúlyosabb kockázati tényező, amely negatívan befolyásolja a magzatfejlődést és a szülészeti eredményeket (halvaszületés, idő előtti és kis testtömegű születés, congenitalis anomáliák) [6]. A gazdaságilag fejlettebb országokban átlagosan a várandósok 10%-a dohányzik [7]. Magyarországon egy nagy mintás kohorszvizsgálat alapján a várandósság alatti dohányzás aránya 2018-ban 14,4% volt [8]. Az átlag mögött azonban jelentős területi különbségek lehetnek a szocioökonómiai status, a családi állapot, a roma nemzetiség, a házastárs/partner dohányzása és a várandósság nem kívánt vagy tervezett előzménye alapján [9]. A dohányzás szüneteltetését szülés után a leszokás is követheti, de átlagosan 50%-ban visszaesés történik az első 2 hónapon belül [10]. A környezeti dohányfüsttartalom legkárosabb formája a várandósokra és a magzatra nézve a házastárs/partner dohányzása, de őket közvetlenül nem lehet elérni a várandósok gondozásában. Valójában ez a probléma a családterápia körébe tartozik, ahol a törekény családi kapcsolatok külön gondot jelenthetnek [11].

A dohányzó nők, ha nem is a leszokás szándékával, de már a tervezett fogantatás előtt kezdjék el legalább a szünetelést, vagyis ne dohányozzanak a várandósság időtartama alatt. Ha nem történt prekoncepcionális gondozás, akkor is minimális cél volna legalább a dohányzás mellőzése a várandósság teljes időtartama alatt. A prekoncepcionális gondozásban a védőnők a háziorvosokkal együtt eredményesen alkalmazhatnák az „5A” klinikai modellt

a vonatkozó szakmai irányelv alapján [12]. Fogantatás esetén az alkalmazott „5A” modell sikerének annál nagyobb az esélye, minél jobb az együttműködés a várandós nőkkel foglalkozó összes egészségügyi szakember között, ideértve a házi orvosokon túl a szülésznőket, szülés-nőgyógyászokat és kórházi ápolókat is.

A hazai szakmai irányelv [12] és a legújabb európai irányelv [13] is pontos szakmai segítséget ad a nikotinfüggőség felmérésére. A hazai irányelv XI. számú melléklete a „tevékenységsorozat elvégzéséhez” együttesen ajánlja a Fagerström-féle tesztet, a nikotinfüggőségi szűrőtesztet és a Wisconsin-féle nikotinfüggési motivációs kérdőívet, a hozzájuk tartozó értékelési segédletekkel együtt. A várandósgondozás hétköznapi gyakorlatában a gondozásba vételkor első tájékoztatóként egyszerű, rövid és ennek megfelelő adattartalommal rendelkező felmérést célszerű végezni.

A várandós nők egészségi állapotát vizsgáló, hosszú idősoros országos hazai elemzés egyértelműen rávilágított arra, hogy a helyzet javítására helyi szinten nemcsak az intervenciók tekintetében, hanem az adatszolgáltatás minőségében is lépéseket kell tenni [14]. Ezért kezdtünk modellkísérletet Nyíregyházán a városi védőnői hálózatban egy gyakorlatiasan alkalmazható mintaszerű rendszer felépítésére. Külön figyelmet fordítottunk a roma nemzetiségű várandósokra, mivel a romák rossz és heterogén egészségi állapotáról nincsenek olyan adataink, amelyekre célzott programokat lehetne alapozni [15].

Módszer

Állapotfelmérésünk alapját Nyíregyháza megyei jogú város közigazgatási területén, az egészségügyi alapellátó szolgálatban egy A4-es méretű papírlapon, néhány perc alatt kitölthető egyszerű kérdőív képezte. A válaszokat a várandósok gondozásba vétele kapcsán a védőnő rögzítette. Az adatfelvételt 2019 október és 2021 márciusa között 38 védőnői körzetben, 1761 várandós gondozásba vétele kapcsán minden esetben megkíséreltük elvégezni. Mintánkat azok a várandósok képezték, akik beleegyeztek a vizsgálatba, és válaszoltak kérdéseinkre. Programunkat a Debreceni Egyetem Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (DE RKEB/IKEB 4845A-2017). A megkérdezettek szóban és írásban is előzetes tájékoztatást kaptak, és írásbeli beleegyezésüket is rögzítettük.

Kérdőívünk két blokkban 9 + 9 kérdést tartalmazott. I. blokk: szociodemográfiai adatok (életkor; családi állapot: házas, élettárs, elvált, egyedülálló, özvegy; iskolai végzettség: <8 ált. osztály, 8 ált. osztály, közép- és felsőfok; nemzetiség), biometriai adatok (testtömeg, testmagasság), szülészeti adatok (a várandóssági hetek száma az első jelentkezőkor, a várandósság tervezett/nem tervezett). Nemzetiségi kérdésünkben a roma mellett a magyar, ukrán és egyéb kategóriát nem roma megjelöléssel vontuk össze. A roma és félig roma önazonosítását romaként együtt kezeltük. II. blokk: dohányzói (cigaretta-

fogyasztási) status. Először annak ismeretét vizsgáltuk, hogy a dohányzás káros-e a magzatra, illetve az anyai szervezetre. A nemdohányzói status negatív életprevalencia esetén fogadtuk el, és részletesen vizsgáltuk a várandósság tudatosulása kapcsán a dohányzói szokások változását. A mindennap és a nem mindennap dohányzókat részben összevontan, részben külön kezeltük. Különbséget tettünk a dohányzás várandósság alatti szüneteltetése és a várandós leszokási szándéka között, a vonatkozó kérdésre adott pozitív vagy negatív válaszok alapján. Tekintettel a másodlagos dohányfüstártalom leggyakoribb forrására, a férj/élettárs dohányzói szokásait is megkérdeztük. Kérdőívünk II. blokkját úgy állítottuk össze, hogy a válaszok koherenciájának vizsgálatára is alkalmas legyen, így az adatok validitásának ellenőrzésére is használhattuk.

A minta leíró statisztikai vizsgálatát gyakorisági és keresztábrás elemzéssel, SPSS v. 29 programmal (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) végeztük. Az egyes részminták elemszámát külön közöltük, ha a hiány meghaladta a teljes minta 1%-át ($n = 15$). A gyakorisági adatok esetében a normáloszlástól való eltérést a vonatkozó középértékekkel külön jelöltük. Szükség esetén egyes válaszoknál a kategóriákat dichotóm változóba vontuk össze. Az összefüggések vizsgálatokor esélyhányadost (EH) számítottunk a konfidenciaintervallum (CI) közlésével, és az eredményeket szignifikánsnak $p < 0,05$ szint mellett fogadtuk el.

Eredmények

Adatgyűjtési területünkön 2019. október 1. és 2021. március 31. között a védőnői hálózat 1761 várandóst vett gondozásba, akiknek az adatait 1548 esetben (87,9%) rögzítettük. Az adatfelvételi arány időben is egyenletes volt: 2019. IV. negyedév: 85,1%; 2020. egész év: 89,1%; 2021. I. negyedév = 85,4%. Az életkori adatok szerint ($n = 1467$) a tartomány 15–48 év közé esett, az átlagéletkor középértéke 30,2 év (modális érték: 32 év) volt ($SD \pm 5,46$ év). Korcsoportok szerint <18 éves ($n = 22$) volt 1,5%, 18–24 éves ($n = 189$) 12,9%, 25–30 éves ($n = 573$) 36,6%, 31–40 éves ($n = 691$) 47,1%, és 40 év felett ($n = 28$) 1,9%.

A nemzetiségi kérdésre 44-en (2,8%) nem válaszoltak, így ebben a mintában ($n = 1504$) a romák ($n = 49$) és a félig romák ($n = 14$) 4,2%-ot ($n = 63$) képviseltek. Magyar nemzetiséget 1429 várandós, ukránt 4, egyéb kategóriát 8 jelölt meg. Az összevonás 63/1441 roma/nem roma dichotómiát eredményezett.

A várandóssági hetek szerint az első jelentkezés ($n = 1522$) átlagban a 10,8. héten történt (terjedelem: 6–34 hét, modális érték: 10,0 hét; $SD \pm 2,68$ hét). A fogantatást a minta ($n = 1467$) 88,5%-a tervezte. A tervezetlenség aránya 18 év alatt 72,7% volt, 18–24 év között 27,5%, 25–30 év között 8,4%, 31–40 év között 7,2% és végül 40 év felett 17,9%. Nemzetiség szerint a tervezett várandósságok között ($n = 1326$) a romák ($n = 29$) részesedése

2,2% volt, a tervezetlenek ($n = 178$) között 19,1%, ami 10,56 EH (CI = 6,25–17,84) mellett szignifikánsnak ($p < 0,001$) bizonyult. A 12. heti határvonalnál dichotóm változót képezve megállapítottuk, hogy a tervezett/nem tervezett esetek ($n = 1331/191$) között a tervezettek szignifikánsan ($p < 0,001$) gyakrabban jelentkeztek a 12. hét előtt (EH = 3,55; CI = 2,46–5,12). Roma/nem roma viszonylatban a romák szignifikánsan ($p < 0,001$) ritkábban (EH = 6,65; CI = 3,92–11,26) jelentkeztek a 12. hét előtt.

Gondozásba vételkor a védőnők a várandósok testmasszáját és testtömegét is rögzítik. Ezek az alapvető antropometriai adatok tájékoztató jellegűek, elsősorban a tápláltsági állapot szempontjából, mivel testtömegindex számítására a várandósság előtti testtömeg objektív ismeretének hiányában nem használhatók.

8 általános iskolai osztályt vagy annál kevesebbet végzett 11,1%, közép- és felsőfokú képzettséggel rendelkező 88,9%. Ebben a tekintetben a romák ($n = 63$) és a nem romák ($n = 1439$) között jelentős különbséget találtunk. 8 általános iskolai osztályt vagy kevesebb esetén ($n = 168$) kétharmad/egyharmad (113/55) volt az arány a nem romák és a romák között. Ugyanakkor az 1334, közép- vagy felsőfokú végzettséggel rendelkező között összesen 8 romát (0,6%) találtunk.

Családi állapot szerint házas volt 62,9%, élettársi kapcsolatban élt 34,3%. Az egyedülállók ($n = 39$) és az elváltak ($n = 4$) együttesen 2,8%-ot képviseltek. Az utóbbiakat mellőzve, romák/nem romák között a házasság és társas kapcsolat dichotóm változójában ($n = 952/512$) szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget találtunk. Romák esetében a házassággal szemben 9,36-szor nagyobb volt az együttélés esélye (CI = 4,52–19,40). Ugyanilyen szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget (EH = 8,81; CI = 5,80–13,38) találtunk a 8 általános osztályt vagy annál kevesebbet végzettségű körében. A várandósság tervezettségének esélye szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb (EH = 5,21; CI = 3,61–7,51) volt a házastársi, mint az élettársi kapcsolatban.

A dohányzás káros hatását a várandós szervezetére a minta 99,1%-a ismerte, a magzatot károsító hatást pedig 98,9%. Gondozásba vételkor az első cigaretta elszívásának (dohányzás kipróbálása) életévére az önmagukat aktuálisan vagy korábban dohányzóknak minősítők ($n = 825$) 67,0%-ban ($n = 553$) válaszoltak. A legfiatalabb életkor 9 év, a legidősebb 33 év volt. Grafikusan a gyakorisági görbe két csúcspontot jelzett, a 14, illetve 16 éves korcsoportban. A 14 éves vagy fiatalabb korcsoport adta a minta 29,8%-át. További részarányok: 15–17 éves kor között 48,3%, 18–24 éves kor között 20,4%, végül 25–33 éves kor között 1,4%. Dichotóm változóval ($\leq 14 / > 14$ életév) 7,42-szer (CI = 5,12–10,77) nagyobb volt az esély az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében az első cigaretta 14 éves vagy fiatalabb korban való elszívására ($p < 0,001$). A roma nők között 5,00 EH-értékkel (CI = 2,71–9,20) szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb volt

az esély a 14 éves vagy fiatalabb korban elkezdett dohányzásra.

Gondozásba vételkor a teljes minta 10,1%-a ($n = 169$) dohányzott. A dohányosok között 22,9% volt a romák részesedése. Soha nem dohányzott 46,5% ($n = 718$). Dohányzási előzményről 656 várandós (42,5%) számolt be, amennyiben várandósságának tervezése vagy tudatosulása előtt napi rendszerességgel ($n = 199$) vagy nem minden nap ($n = 457$) cigarettázott. Tehát a dohányzással aktuálisan ($n = 169$) és megelőzően ($n = 656$) összesen 825 várandós állt kapcsolatban, ami a teljes minta 53,5%-át képezte. Arra a kérdésre, hogy „Jelenleg úgy döntött-e, hogy legalább a várandósság alatt nem akar dohányozni?“, 363 válasz, míg a „Jelenleg úgy döntött-e, hogy végleg abbahagyja a dohányzást?“ kérdésre 359 válasz érkezett, vagyis összesen 722. Nem akart szünetelni 48 várandós, és nem akart leszokni 120, vagyis összesen 168, ami gyakorlatilag megegyezett egy másik kérdésben rögzített dohányzók ($n = 169$) számával. A további válaszadók ($n = 554$) a dohányzással kapcsolatban állt mintánál ($n = 656$) 102 fővel kevesebben voltak. Szünetelés mellett döntött 363 várandósból 315 (86,8%), leszokás mellett 359 várandósból 239 (66,6%). A szünetelést választók között 76,5% volt a közép-, felsőfokú végzettségű, 8 osztályt vagy annál kevesebbet végzett 23,5%. A leszokást választók között közép-, felsőfokú végzettségű volt 80,3%, 8 osztályt vagy annál kevesebbet végzett 19,7%. A leszokni nem akarók között lényegében fele-fele (50,4% *versus* 49,6%) volt a közép-, felsőfokú és az alacsonyabb végzettségűek aránya.

Az aktuális dohányzók közül ($n = 169$) az elszívott cigaretták számára 152 válasz érkezett. Ezek között négy gyakorisági csúcspontot találtunk, naponta 5–10–15 és 20 cigaretta megjelölésével. A minta 90,1%-a naponta 10 vagy annál kevesebb cigarettát fogyasztott, és napi 15 cigarettát szívott el 3,9%, illetve 20-nál többet 2,0%.

A férjek/élettársak ($n = 1493$) között 30,3% ($n = 453$) dohányzott, ezen belül 84,5% napi rendszerességgel. A soha nem dohányzó várandósoknak ($n = 685$) 15,2%-ban volt dohányzó partnere. Élettársi kapcsolatban a házassággal szemben szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb volt az esélye (EH = 2,68; CI = 2,13–3,37) a partner dohányzásának.

Utolsó kérdésünk arra vonatkozott, hogy a pozitív szándékot megfogalmazók akarnak-e szakszerű támogatást kapni a szüneteléshez, illetve leszokáshoz. A szünetelésre 348 várandós válaszolt, a leszokásra 346. Az előbbiekből 97,0% gondolta úgy, hogy nincs szüksége szakszerű segítségre. Az utóbbiak között az arány 97,4% volt.

Megbeszélés

Mintavételünket sikeresnek tekintettük a várandósok 87,9%-os együttműködési aránya alapján. Ettől az aránytól lényeges időbeli eltérést sem találtunk az adatfelvétel három szakaszában. Az életkori eloszlást tekintve a 30 év

feletti számtani középérték és a modális érték is azt jelezte, hogy a várandósok életkora általában idősebb lett. A legnagyobb létszámú korcsoportot 31–40 év között találtuk, így a várandósok csaknem fele volt 30 évnél idősebb. Megjegyezzük azonban, hogy a mintát nem vizsgáltuk a korábbi szülések számát illetően, tehát ezek az adatok nem az első gyermek születésének anyai életkorát jelzik.

Főszabályként a cigányság esetében a hatályos nemzeti törvény által használt roma megnevezést alkalmaztuk [16]. Megjegyezzük azonban, hogy adott szövegkörnyezetben, például a nem létező „romaság” helyett a cigányság használatos. A 2011. évi népszámlálás óta nemzetiségként a „magyart” is lehet választani [17]. Annak ellenére, hogy a válaszok túlnyomó többségében ez a megnevezés szerepelt, a romákkal összehasonlítva a nem roma csoportnevet használtuk. Nem tértünk ki az önazonosítás és a környezeti azonosítás elméleti szociológiai kérdéseire [18]. Az önmagukat félig romának minősítőket is romának tekintettük. Tettük ezt annak alapján, hogy a hazai szociológiai irodalom szerint „a cigányok külseje általában letagadhatatlanná teszi a cigány származást”, és a környezet „általában a félcigányokat is cigánynak tartja” [19]. Mivel az adatok felvételét a családokat jól ismerő területi védőnő végezte, a rejtőzködést kevésbé jellemzőnek, az adatokat pedig megbízhatónak tekinthetjük. Romákat sejtethünk a nemzetiségi kérdésre nem válaszolók (n = 44) mögött, de erre nincs semmilyen bizonyítékunk.

Nyíregyháza roma lakónépességéről pontos adatokat a témával külön foglalkozó feldolgozásban sem találtunk [20]. Területi elhelyezkedés szerint a romákkal foglalkozó tanulmány, becslések alapján, a megyei jogú városok roma népességének arányát 2,29–6,65% között jelölte meg, ugyanakkor megállapította, hogy a cigányság területileg a kisebb településeken koncentrálódik [21]. Egy korábbi kutatásunk adatbázisa szerint ezt megerősíthetjük a Nyíregyházától északra fekvő ibrányi járásban, ahol a szülés után 1 éven belül megkeresett anyai populációnak (n = 99) a fele (48,5%) roma volt [22]. Ezek a számok nem közvetlenül utalnak a roma/nem roma népességi arányra, ha ugyanis nagyobb a roma nők fertilitási aránya, népességi arányuknál nagyobb számban reprezentáltak a várandós és szülő populációban. Erre nézve csak kisebb mintákon végzett becsléseket ismerünk a hazai irodalomban, amelyek alapján a romák 3,5-szeresen nagyobb fertilitási aránya is feltételezhető. Ugyanakkor városi környezetben közelebb állnak a teljes népességhez [23]. Adatainkból a roma és nem roma populáció természetes szaporodására nézve megalapozott adatok nem nyerhetők. Ugyanakkor a strukturális demográfiai mutatókban (iskolázottság, családi állapot), illetve a dohányzási szokásokban általunk mért különbségeket valószínűleg tekintjük.

Védőnői gondozásba vételkor a 12. hetet azért jelöltük választóvonalnak, mert – kivételes esetektől eltekintve – jogszabály szerint ez a határidő a művi vetélés elvég-

zése szempontjából [24]. Ennek torzító hatása lehet, mivel aki a várandósság jeleit észleli, és legális terhességmegszakításért folyamodna, nyilvánvalóan igyekszik minél korábban a fenti határidő előtt jelentkezni. Másfelől, tervezett fogantatás esetén nyilvánvalóan fokozottabb a figyelem a várandóssági jelek iránt. Teljes mintánkban a tervezettség csaknem 7-szeres többsége a tervezetlenséggel szemben egyértelműen magyarázza a korábbi jelentkezés 3,5-szeresnél nagyobb esélyét. Roma mintánkban a nem tervezett várandósság nagyobb aránya az alacsonyabb szintű egészségtudatossággal együtt magyarázhatja a megjelenés csaknem 7-szeresen kisebb esélyét a 12. hét előtt. Ezt követően azonban mindenképpen megtörténik a jelentkezés, majd a többszörös ellenőrzés. A családok támogatásáról szóló hatályos törvényünk szerint ugyanis szülés után az anyasági támogatás jogosultságának feltétele a legalább négyszeri igazolt részvétel a várandósgondozáson [25].

Az Egyesült Királyságban végzett nagy mintás (n = 5686) vizsgálatban, amely 16–44 éves fertilis korcsoporttal számolt, az átlagos tervezetlenség 16,2% volt, szemben jelen vizsgálatunk azonos korcsoportokra átkódolt 11,3%-ával. Tekintettel arra, hogy 1467 fős mintánkban 16 év alatt 2, 44 év felett 3 várandós volt, ezek minimális súlya az átlagban csak 0,2%-os eltérést eredményezett. Életkor szerint a minta 16–19, 20–24, 25–29, 30–34 és 35–44 éves korcsoportokkal számolt. A tervezetlenség ezek sorrendjében 45,2%, 17,4%, 11,0%, 14,2% és 12,9% volt [26]. Korcsoportjainkat erre átkódolva saját mintánkban rendre 60,7%, 20,9%, 9,8%, 4,5%, és 10,6% arányt állapítottunk meg. Tehát a 24 éves vagy annál fiatalabb csoportban a hazai adatok kedvezőtlenebbnek bizonyultak. Ezzel szemben a 25 éves vagy annál idősebb csoportban a tervezetlenség 11,0% vs. 9,8%, 14,2% vs. 4,5% és 12,9% vs. 10,6% aránya jelentősen kedvezőbb a magyar mintában. Ez a különbség egyértelműen a hazai tudatos gyermekvállalást jelzi.

A közép- és felsőfokú képzettség igen nagy aránya egyértelműen a nagyvárosi környezetnek tulajdonítható. Másfelől ez a kedvező hatás a roma mintában nem érvényesült, különösen nem a közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében, akik között csak 0,6% volt a romák részesedése.

A családi állapot szerint a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2022. évi népszámlálása alapján [27] a 15 éves és annál idősebb népesség 43%-a élt házasságban. Ehhez képest jelentősen nagyobb volt a mintánk 62,9%-os aránya, amely a magasabb szintű iskolai végzettséggel mutatott pozitív összefüggést. Jelentős, több mint 5-szörös különbséget találtunk a várandósság tervezettségében a házastársi kapcsolat javára. A roma nemzetiséghez tartozás jelentősen, több mint 9-szeresen csökkentette a házassági kapcsolat esélyét az élettársival szemben.

A dohányzásnak az anyai szervezetet, illetve a magzatot károsító hatására vonatkozó kérdést illetően külön kell hangsúlyozni, hogy a minta női populációból, ezen belül is döntően tervezett várandósokból állt, akik álla-

potuk miatt külön érzékenyek voltak ezzel a hatással kapcsolatban. Általában a hazai viszonyokról a dohányzás ártalmasságát illetően nagyon kedvezőtlen képet mutatott egy 2016. évi nagy mintás európai uniós vizsgálat, amelyben Magyarország mellett 6 másik országot vizsgáltak (Németország, Görögország, Lengyelország, Románia, Spanyolország). Magyarországon volt a legalacsonyabb az ismeretek szintje a dohányzás betegségeket okozó hatásáról a 18 éves vagy annál idősebb dohányzó nők és férfiak körében [28]. A magyar részmintából a tüdőrák ismertségi aránya volt a legnagyobb, de az is csak 83,4%-os. Megjegyzendő azonban, hogy a betegségek között a magzati károsodások nem szerepeltek. Közvetett tájékozottsági adatként értékelhető, hogy 2021-ben egy nagy mintás lengyelországi vizsgálatban megkérdezték a várandósokat, hogy a nőgyógyász orvostól kaptak-e felvilágosítást a dohányzás káros hatásáról. Negatív választ adott a minta 75,91%-a [29]. Mintánkban a dohányzással kapcsolatos magzati és anyai károsodások 98,9%-os, illetve 99,1%-os ismertsége gyakorlatilag kizárja a várandósok válaszaiban az ismerethiány torzító hatását.

A dohányzás kipróbálása egy serdülőkori, hazai nagyvárosi környezetben 2009 és 2010 között végzett, nagy mintás vizsgálat szerint a 14 éves vagy annál fiatalabb korosztályban 16,3% volt a lányok körében [30]. Ez a vizsgálat az adott korosztály valós idejű megkérdezésével történt. Anyagunkban a várandósok emlékezetből válaszoltak, és erre a kérdésre az önmagukat aktuálisan vagy korábban dohányzóknak minősítőknél csak a 67,0%-a válaszolt. Az első cigaretta 14 éves korban vagy korábban történt elszívására vonatkozó csaknem 30%-os arány lényegében 2-szerese a fent idézett vizsgálat eredményének. Ez arra is utalhat, hogy az utólagos adatközlés a várandósok számára semmilyen kockázattal nem járt, tehát teljesen szabadon nyilatkozhattak. A romák és azok között, akik alacsonyabb iskolai végzettségűek maradtak, az esély csaknem 5-szörös, illetve 7,5-szeres volt a dohányzás igen korai elkezdésére. Ez egyértelműen utal azokra a kedvezőtlen szociokulturális hatásokra, amelyek ezeken a társadalmi csoportokon belül uralkodnak.

Az aktuális dohányzásra és a naponta elszívott cigaretták számára vonatkozó kérdésünket a konzisztencia szempontjából összevetve, jó egyezést találtunk a kettő között, amennyiben az első kérdésre 164, a másodikra 152 választ kaptunk. A naponta elszívott cigaretták számának négy csúcsértéket egy 5-ös csoportosítású számolási algoritmusnak tulajdonítottuk. Gyakorisági szempontból viszonylag kedvező érték volt, hogy minden tíz várandós közül kilenc csak 10 vagy annál kevesebb cigarettát szívott naponta.

A gondozásba vétel időpontjában rögzített adatok az aktuális dohányosokról megbízhatónak tekinthetők, hiszen egy másik kérdésre 1 fő kivételével ugyanennyi várandós nyilatkozott úgy, hogy nem foglalkozik a szünetelés vagy a leszokás lehetőségével. A szünetelésre vagy leszokásra az önmagát korábbi dohányosnak minősítő

várandósokból 102 fő nem válaszolt. A különbséget annak tulajdonítottuk, hogy ez a 102 várandós a korábbi dohányzást valószínűleg nagyon távoli előzménynek tekintette, amelyet nem hozott kapcsolatba a fenti két kérdéssel. Következésképpen a teljes mintából 46,8% gondolta relevánsnak a dohányzást a várandóssága szempontjából. Ez lényegesen kedvezőtlenebb volt egy ugyanebben a térségben korábban végzett kutatásunk 36,8%-os arányánál [31]. A 10%-nyi különbségben szerepet játszhatott, hogy a korábbi dohányzást a távolabbi múltból többen, mintegy önjutalmazó attitűddel időben közelebb hozták a várandósság miatti szüneteltetéshez vagy leszokáshoz. A szünetelés mellett döntők aránya kedvezőbb volt, mint a leszokásé. Megjegyezzük, hogy kutatásunk II. fázisában, amelynek adatai még feldolgozás alatt állnak, a várandósok hozzájárulásával kotininvizsgálatot végeztünk. Ennek révén objektív adatunk lesz arról, hogy milyen a várandósság alatt dohányzók valós aránya. A szünetelés és leszokás melletti döntésekben egyértelműen szerepet játszott a magasabb szintű iskolai végzettség, továbbá a valószínűsíthető várandósság tervezettségének jelentős aránya, illetve a magzati károsodások csaknem 100%-os ismertsége. Ugyanakkor a szüneteléshez képest a szülés utáni végleges leszokás kisebb aránya arra utal, hogy az ismeretek hiányosak lehetnek a dohányfüstnek az anyatejre, az újszülöttekre és csecsemőkre gyakorolt káros hatásáról.

Az Amerikai Szülész-Nőgyógyász Társaság 2020. évi állásfoglalása szerint a dohányos nők mintegy 54%-a hagyta abba a dohányzást a várandósság alatt. Az Amerikai Egyesült Államokban 2006 és 2016 között átlagosan jelentősen csökkent a várandósság alatt dohányzók számaránya, 13,2%-ról 7,2%-ra. Ugyanakkor jelentősek a különbségek az életkori és iskolázottsági csoportok, illetve etnikai minták között. Életkorban a legrosszabb az arány a 20–24 éves korosztályban (10,7%) és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők között (12,2%). Etnikailag a legrosszabb az arány (16,7%) az amerikai indián és az alaskai bennszülött népességben [32]. Teljes mintánkban az aktuálisan dohányzók 11%-a nagyobb az amerikai 2016-os 7,2%-nál, de ehhez közelebb áll a nem roma minta 9,0%-a. Adatainkat az USA-korcsoportokra átkódolva, a 20–24 éves korosztályban (n = 152) 21,7% dohányzott, ami lényegesen nagyobb az USA-minta 10,7%-ánál. Másfelől, ez utóbbi arányhoz közeli 7,8%-os értéket a 25 éves vagy annál idősebb korcsoportban találtunk. A legrosszabb USA etnikai adathoz képest sokszorosan kedvezőtlenebb volt, hogy a romák csaknem kétharmada folytatta a dohányzást.

A várandósok férjének/élettársának közel egyharmados dohányzási aránya jó egyezést mutatott a KSH 2019. évi adataival a férfiak dohányzásáról: a 18–34 éves korcsoportban 31,7%, a 35–64 éves korcsoportban 28,7% [33]. Akik a várandósság alatt tovább dohányoztak, azoknak az esetek 88,6%-ában a férje/élettársa is dohányzott. Másfelől kifejezetten ártalmas, hogy amennyiben a várandós szünetelteti a dohányzást, a partnerek

csaknem 60%-ban dohányoznak. A partner mérsékelt be-látására utal, hogy élettársi kapcsolatban a házassággal szemben csaknem 3-szoros az esély a dohányzásából adódó környezeti dohányfüstártalomra.

A szüneteltetéshez vagy leszokáshoz kérhető szaksze-rű támogatásról egyértelműen elutasító volt a várandó-sok véleménye. Válaszuk jól jelzi azt a hiedelmet, hogy kizárólag saját szándékukra/elhatározásukra támaszkod-va képesek lesznek kitartani döntésük mellett a várandós-ság teljes időtartama alatt, sőt azon túl is. A fentiekben már idézett tanulmány szerint, szociokulturális és öko-nómiai szempontból azonos térségben, 2009 és 2012 között rögzített adatokkal, a támogatás nélküli szünete-lés csak a várandósok egynegyed (23,0%) részének sike-rült [29]. Tehát az eredményesség javításának érdekében a várandósokkal el kell fogadtatni, hogy ne idegenkedjenek a térítésmentes szakszerű segítség igénybevételétől.

Vizsgálatunk korlátjaként külön hangsúlyozzuk, hogy a felmérés nagyvárosi környezetben történt, ezért az eredmények a kisebb településekre közvetlenül nem vo-natkoztathatók. A roma népesség aránya is kicsi a mintá-ban, és fertilitási adataik sem ismertek, ezért szülészeti vonatkozásban csak kellő óvatossággal lehet megállapítá-sokat tenni.

Következtetés

A bemutatott modell alapján, rövid kérdőíves felmérés segítségével, az alapellátás bármilyen kisebb-nagyobb te-rületi egységében alapvető szociodemográfiai adatokkal jól felmérhető a várandósok és a dohányzás kapcsolata. Ennek alapján első tájékoztatóként jó alapadatok gyűjt-hetők a veszélyeztetett várandós populáció profiljának meghatározásához és a személyre szabott kezelés meg-kezdéséhez. A védőnő és a háziorvos együttműködé-sében ez lehetőséget ad arra, hogy megkezdjék a váran-dósok támogatását a dohányzást szüneteltető vagy végleg megszüntető elhatározásukban.

Anyagi támogatás: A kézirat tárgyát képező kutatás anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: R. I. az adatgyűjtés teljes verti-kumát irányította és az adatok elektronikus alapfeldolgo-zását, B. P. az adatok elemzését és kritikus feldolgozását végezte. K. L. F. a társszerzőkkel együttműködve állította össze a kérdőívet, a Megbeszélést és a Következtetést.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönettel tartoznak a Nyíregyháza megyei jogú város alap-ellátásában dolgozó védőnőknek és szakmai vezetőinknek az adatgyűj-tés szervezeti irányításáért és az adatok felvételéért.

Irodalom

- [1] World Health Organization, Regional Office for Europe. Tobacco data and statistics. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics> [accessed: January 8, 2024].
- [2] Brys Z, Tóth G, Urbán R. The epidemiology of smoking and e-cigarette use in the Hungarian adult population in 2018. [A dohányzás és az e-cigaretta-használat epidemiológiája a felnőtt magyar népesség körében 2018-ban.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 31–38. [Hungarian]
- [3] Urbán R, Péntes M. Tobacco smoking and e-cigarette use. In: Paksy B, Demetrovics Zs. (eds.) Problems of addiction in Hungary, situation by population based studies, I. Drug use behaviours. [A dohányzás és az e-cigaretta használata. In: Paksy B, Demetrovics Zs. (szerk.) Addiktológiai problémák Magyarországon – Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében – I. Szerhasználó magatartások]. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2021; pp. 166–197. [Hungarian]
- [4] European Union. Standard Eurobarometer 99 – 2023. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Country factsheets in English – Hungary. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240> [accessed: February 10, 2024].
- [5] U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, 2020. Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf> [accessed: January 8, 2024].
- [6] Nagdeo KP, Lee H, Forberger S. International and national frameworks, guidelines, recommendations, and strategies for maternal tobacco prevention and cessation: a scoping review protocol. *Tob Induc Dis.* 2023; 21: 144. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37941819/> [accessed: January 6, 2024].
- [7] Havard A, Chandran JJ, Oei JL. Tobacco use during pregnancy. *Addiction* 2022; 117: 1801–1810.
- [8] Boros J, Veroszta Zs. Exploring perinatal maternal smoking in Hungary: results of the Cohort'18 Hungarian birth cohort study. [Perinatális anyai dohányzás vizsgálata Magyarországon: a Kohorsz '18 magyar születési kohorszvizsgálat eredményei.] *Demográfia* 2022; 65: 29–53. [Hungarian]
- [9] Watti J, Pócs D, Tari G, et al. Medical support of cessation for pregnant smokers. [Dohányzó várandósok leszokásának orvosi támogatása.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1194–1203. [Hungarian]
- [10] Ioakeimidis N, Vlachopoulos C, Katsi V, et al. Smoking cessation strategies in pregnancy: current concepts and controversies. *Hellenic J Cardiol.* 2019; 60: 11–15.
- [11] Page RL, Padilla YC, Hamilton ER. Psychosocial factors associated with patterns of smoking surrounding pregnancy in fragile families. *Matern Child Health J.* 2012; 16: 249–257.
- [12] Hungarian Ministry of Human Resources. National guideline of smoking cessation support. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma. Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról.] Budapest, 2019. Available from: <https://semmelweis.hu/pulmonologia/files/2021/10/Doh%C3%A1nyz%C3%A1s-leszok%C3%A1s-2.pdf> [accessed: January 4, 2024]. [Hungarian]
- [13] Papadakis S, Vardavas C. (eds.) 2020 Guidelines for treating tobacco dependence. European Network for Smoking and Tobacco Prevention, Brussels, 2020. Available from: https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf [accessed: January 2, 21024].

- [14] Moravcsik-Kornyicki Á, Kósa Zs, Gyulai A. Regional inequalities of health status of pregnant women in Hungary – Long-term series analysis. [Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 1131–1142. [Hungarian]
- [15] Sándor J, Vincze F, Jenei T, et al. Health care of segregated populations. In: Kolosi T, Szélnyi I, Tóth IGy. (eds.) Social report, 2020. [Szegregátumokban élők egészségügyi ellátása.] In: Kolosi T, Szélnyi I, Tóth IGy. (szerk.) Társadalmi Riport, 2020. Társi Egyesülés, Budapest, 2020; pp. 404–433. [Hungarian]
- [16] Hungarian National Assembly. Act CLXXIX of 2021 about the rights of nationalities, appendix 1. [Magyar Országgyűlés. 2021. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól, 1. számú melléklet.] Nemzeti jogszabálytár. Available from: <https://njt.hu/jogszabaly/2011-179-00-00> [accessed: December 28, 2023]. [Hungarian]
- [17] Hungarian Central Statistical Office. Census 2011. Data of nationalities. [Központi Statisztikai Hivatal. Népszámlálás 2011. Nemzetiségi adatok.] Available from: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_09_2011.pdf [accessed: December 28, 2023]. [Hungarian]
- [18] Fónai MF. Problems of the ethnic identity. In: Kósa Zs. (ed.) Report about Roma in Hungary. [Az etnikai identitás kérdései. In: Kósa Zs. (szerk.) Helyzetkép a magyarországi romákról.] Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 2016; pp. 6–16. [Hungarian]
- [19] Kemény I, Janky B. On the nationality data of the Gypsies. [A cigány nemzetiségi adatokról.] *Kissbbségkutatás* 2003; 12: 309–315. [Hungarian]
- [20] Jávorné ER. Quality of life of population in Nyíregyháza in terms of health indicators. PhD dissertation. [Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében. Doktori értekezés.] Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs, 2016. Available from: https://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Javorne_Erdei_Renata_dissz.pdf [accessed: January 6, 2024]. [Hungarian]
- [21] Péntes J, Tátrai P, Pásztor IZ. Changes in the spatial distribution of the Roma population in Hungary during the last decades. [A roma népesség területi megoszlásának változása Magyarországon az elmúlt évtizedekben.] *Területi Stat.* 2018; 58(1): 3–26. [Hungarian]
- [22] Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, et al. Birth weight of Roma neonates: biomedical and socioeconomic factors in Hungary. [Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása.] *Orv Hetil.* 2014; 155: 954–962. [Hungarian]
- [23] Spéder Zs. Fertility characteristics of the Roma population in Hungary, 2011. Preliminary study for a Roma population forecast. [A hazai „roma kötődésű” népesség termékenységi magatartásának egyes jellemzői (Előtanulmány egy népesség-előre-számításhoz.)] *Demográfia* 2022; 65 (2–3): 155–172. [Hungarian]
- [24] Hungarian National Assembly. Act LXXIX of 1992 about protection of the foetal life, § 6 (1). [Magyar Országgyűlés. 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről. 6. § (1) bekezdés.] Available from: <https://njt.hu/jogszabaly/1992-79-00-00> [accessed: January 5, 2024]. [Hungarian]
- [25] Hungarian National Assembly. Act LXXXIV of 1998 about protection of families. Entitlement of maternity benefits. [Magyar Országgyűlés. 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról. Anyasági támogatásra jogosultság.] Available from: <https://njt.hu/jogszabaly/1998-84-00-00.30> [accessed: January 17, 2024]. [Hungarian]
- [26] Wellings K, Jones KG, Mercer CH, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382: 1807–1816.
- [27] Hungarian Central Statistical Office. Census 2022 – main features of the population. [Központi Statisztikai Hivatal. Népszámlálás 2022. Végleges adatok – A népesség főbb jellemzői (országos és területi adatok).] Available from: <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/eredmenyek/vegleges-adatok/kiadvany/assets/nepszamlalas2022-vegleges-adatok.pdf> [accessed: December 28, 2023]. [Hungarian]
- [28] Trofor AC, Papadakis S, Lotrean LM, et al. Knowledge of the health risks of smoking and impact of cigarette warning labels among tobacco users in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tob Induc Dis.* 2019; 16: A10.
- [29] Olejniczak D, Klimiuk K, Religioni U, et al. Willingness to oppose smoking among pregnant women. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 11636.
- [30] Péntes M. Predictors of adolescent tobacco smoking and options for its prevention. Doctoral thesis. [A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei. Doktori értekezés.] Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2016. Available from: http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/penzesmelinda.d.pdf [accessed January 6, 2024]. [Hungarian]
- [31] Balázs P, Greczer A, Rákóczi I, et al. Continued smoking versus spontaneous quitting among pregnant women living in a high risk environment. *Cent Eur J Public Health* 2018; 26: 164–170.
- [32] American College of and Gynecologists, Committee Opinion: Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2020; 135: e221–e229.
- [33] Hungarian Central Statistical Office. Distribution of the population by tobacco smoking habits. [Központi Statisztikai Hivatal. A népesség megoszlása dohányzási szokások szerint.] Available from: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0040.html [accessed: January 7, 2024]. [Hungarian]

(Rákóczi Ildikó dr.,
Nyíregyháza, Sóstói út 2., 4400
e-mail: rakoczi.ildiko@etk.unideb.hu)