



SEMMEIWEIS EGYETEM, KÖZEGÉSZSÉGTANI INTÉZET, BUDAPEST

REPREZENTATÍV EGÉSZSÉGFELMÉRÉS 2001–2002 – JELENTÉS A DOHÁNYZÁSRÓL

ANTMANN KATALIN–OROSZI BEATRIX–OSZLÁR JÚLIA–FORRAI JUDIT–SIMA ÁGNES–MORAVA ENDRE

Bevezetés

A WHO-CINDI Program keretében az egészségi állapot változását kettő-három évente ismételt egészségfelméréssel monitorozzák (3., 16.). Ezt a monitorozási módszert, jelen formájában az ezredfordulóra fejlesztették ki. Eddig a CINDI-program keretében Magyarországon hasonló vizsgálatot csak az úgynevezett demonstrációs területek egyikén, Pécsen végeztek. (4., 12., 13., 14., 18.). Az első országos reprezentatív egészségfelmérést a CINDI program keretében 2001–2002-ben végeztük el. Ennek a felmérésnek dohányzással kapcsolatos magyarországi eredményeit ismertetjük a továbbiakban.

Célkitűzés

A felmérés több célt szolgált. Egyrészt a közösen fejlesztett kérdőív használhatóságát tesztelte különböző országokban, kultúrákban, másrészt minden résztvevő ország képet kaphatott saját állampolgárai egészségi állapotáról, életmódi szokásairól. A végső, közös cél kifejleszteni egy olyan, jól működő monitoring rendszert, amely rendszeresen végezhető, a többi ország eredményével összemérhető, viszonylag olcsó és amely megmutatja, hogy az egyes országokban bevezetett intervenciók hatásosak-e és ha igen, akkor a módszerek átvehetőek, honosíthatók-e. Az eredmények nem csak közleményeken keresztül válnak publikussá, hanem az Internet segítségével több helyen is hozzáférhetőek lesznek. A WHO által tervezett SuRF Honlap ezekből a felmérésekből is építkezik (19). Az eddigi és a rendszeresen végzett vizsgálatok eredményeit pedig a CINDI program honlapján lehet elérni: cindi2000.villa-bosch.de.

Jelen felmérés eredményei bázis adatul szolgálhatnak a dohányzással kapcsolatos intervenciók hatásainak méréséhez. A közeljövőben két jelentős változással kell számolni: az Európai Unió csatlakozással életbe lépő szabályozásokkal (például a cigarettásdobozokon megjelenő egészségügyi kockázatra figyelmeztető feliratok

a doboz felületének 4%-ról 30–50%-ra nőnek majd) és az FCTC ratifikálását követő várható módosításokkal.

Módszer

A felméréshez egységes, több éves munkával kifejlesztett, a FINBALT monitor tapasztalatait felhasználó kérdőívet és protokollt használtunk (15). A kérdések közt voltak kötelező, erősen javasolt és javasolt kérdések, ezenkívül minden tagország tetszése szerint bővíthette a kérdések körét. A kérdőív 4 fő kérdéscsoportja (i) az egészségi állapottal és az egészségügyi rendszer igénybevitelével, (ii) a dohányzással, (iii) a táplálkozással és alkoholfogyasztással és végül (iiii) a fizikai aktivitással foglalkozott.

A minta kiválasztása a 2001. január 1-i állapotnak megfelelően történt a Belügyminisztérium Népeségnyilvántartójának adatbázisából. A kiválasztott népesség nemből, korban és településnagyság szerint reprezentatív a magyar 20–69 éves lakosságra. A mintába bekerült 6000 személynek postán küldtük el az önkéntes kérdőívet. Az egy hónapon belül nem válaszolóknak újabb kérdőívet postáztunk.

Az adatok feldolgozása EpiInfo programmal, az adatok elemzése SPSS és EpiInfo programmal történt. A populációs becsléseket 95%-os konfidencia szint mellett adjuk meg. Az egyes diagramokon szereplő „nem válaszolt” jelölés az adott kérdésre nem válaszolókat jelöli.

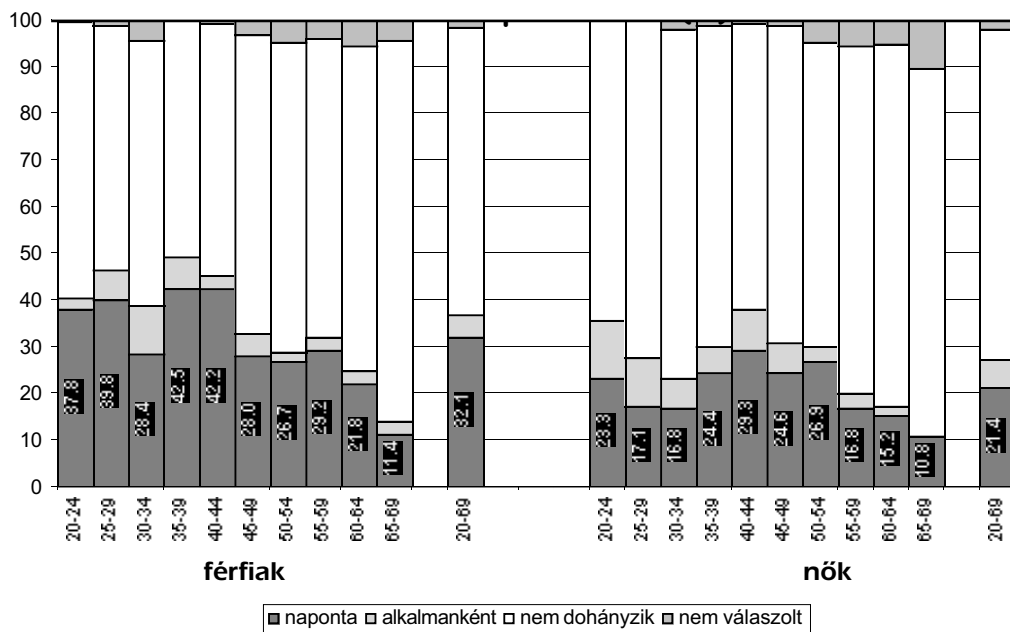
A „rendszeres dohányzó” definícióval azokat jelöltük, akik naponta legalább egy cigarettára rágyújtanak. Alkalmi dohányos aki nem minden nap gyújt rá.

Eredmények

Válaszarányok

A kétszer kiküldött kérdőívek eredményeként 53,7%-os válaszarányt sikerült elérni, a legrosszabb eredményt a 20–24 éves férfiak körében, a legjobbat a 65–69 éves

A dohányzók, alkalmi dohányzók és nemdohányzók megoszlása korcsoportonként (%)



1. ábra

női korcsoportban. 3096 értékelhető kérdőív érkezett vissza, 232 személy elköltözött vagy meghalt. A válaszarányok területi megoszlását tekintve Hajdú-Bihar megyéből és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből érkezett a legkisebb arányban vissza válasz (46,0%) és Győr-Moson-Sopron illetve Vas megyékből a legmagasabb arányban (55,5%). Település nagyság tekintetében Budapestről küldték vissza a legkisebb arányban a kérdőíveket (47,5%) míg az 50–100 ezer lakosságnagyságú településekről 65,9%-ban.

Dohányzás

A 20–69 évesek 57,5%-a dohányzott valaha élete során (férfiak 69,2%, nők 49,4%). Jelenleg a 20–69 éves korosztály 25,8%-a napi dohányos (CI 11,3–43,0;) és 5,6%-a alkalmi dohányos (CI 0,7–20,2) (1. ábra).

Az egyes korosztályok közt a férfiak és nők körében jellegzetes eltérések figyelhetők meg: férfiaknál a dohányzási prevalencia csúcsa a 35–44 éves korcsoportban alakul ki, míg a nőknél ilyen csúcs-korosztály nincs, inkább egy plato észlelhető a 35–54 éves korcsoportokban. A 30–39 éves és 65–69 éves korosztályok kivételével az alkalmi dohányosok aránya a nők körében minden korosztályban magasabb, mint a férfiaknál.

Iskolai végzettség, családi állapot

Az eredmények szerint az érettségivel nem rendelkezők 32,4%-a dohányzik naponta (CI 8,9–60,6%), míg az érettségizettek közt ez az arány 23,6% (CI 0,2–33,8%) és a diplomásoknak csak 17,1%-a (CI 4,7–51,3%) rendszeres dohányos.

A házasságban élők 23,4-a (CI 8,0–46,2%) rendszeresen dohányzik, míg ez az arány az egyedül élők közt 28,9% (CI 4,3%–77,5%), elváltak közt 37,6% (CI 0,9–91%) és az özvegyeknek csak 25,0%-a dohányzik (CI 0,9–93,9%).

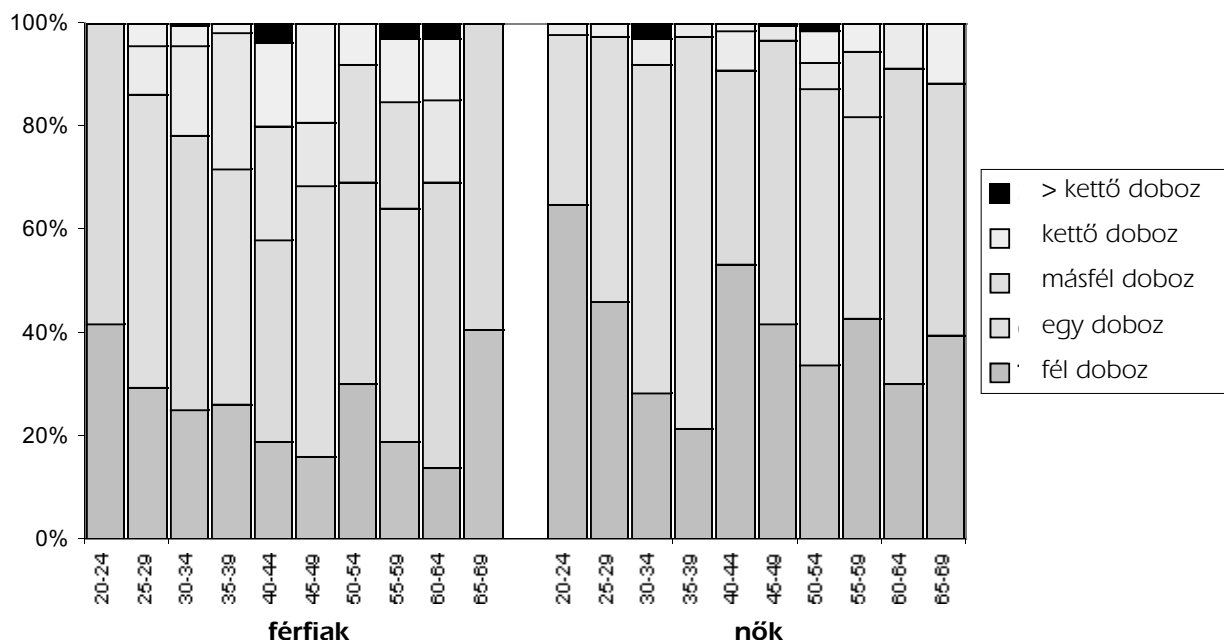
Cigarettafogyasztás

A naponta rendszeresen dohányzók 98,5%-a fogyaszt gyári dobozos cigarettát, alig 1% sodorja magának a szívnivalót és kevesebb mint fél százalék pipázik. A napi cigarettafogyasztást az alábbiak szerint vizsgáltuk: 1–10 szálát fél doboznak tekintettünk, 11–20 szálát egy doboznak, 21–30 szálát másfél doboznak és a 31–40 szálát kettő doboznak. Ha a válaszoló 41 szál felett jelölte a napi fogyasztást, akkor a „kettő doboznál több” kategóriába soroltuk. A dohányzók 33,3%-a szív el naponta fél doboz cigarettát (CI 3,8–72,4%), 51,1% egy egész dobozt füstöl el (CI 16,2–89,5%), 9,6% másfél dobozt (CI 0,3–55,3%), 5,3% kettő (CI 2,6–42,0%) és 0,7% több mint kettő dobozt (CI 2,5–40,5%) (2. ábra).

Mikor kezdett dohányozni?

A férfiak körében az egyes születési kohorszok közt nincs igazán jelentős különbség a rendszeres dohányzás elkezdésének idejében, ami az elmúlt fél évszázadban 19,9 évről 18,1 évre csökkent. A nők körében viszont ez a mutató igen jelentősen változik. Míg az 1930–34 között született nők általában 26 évesen kezdtek rendszeresen dohányozni, addig az 1975–79 között születettek 17,9 évesen (3. ábra).

A napi átlagos cigaretta-fogyasztás az egyes korcsoportokban (%)

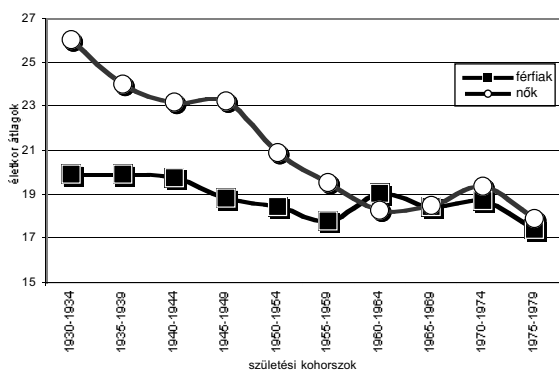


2. ábra

Leszokás, aggodás a dohányzás hatásai miatt

A jelenleg dohányzók 54,4%-a szeretne leszokni a dohányzástól. Ha azokat, akik egy éve nem gyújtottak rá, leszokottaknak tekintjük, akkor elmondhatjuk, hogy

A dohányzás elkezdésének átlagos időpontja születési kohorsz szerint



3. ábra

a magyar 20–69 éves korcsoportban 20,6% a leszokottak aránya. A jelenleg is dohányzók, leszokottak és sosem dohányzók arányát korcsoportonként a 4a. ábra mutatja. A nők körében 35 év felett minden korosztályban szignifikánsan kevesebben szoktak le. Az egy dohányzóra jutó leszokottak száma a férfiak körében a 45–49 éves korosztályra meghaladja az egyet és a 65–69 éves korcsoportra eléri a 2,5-t, míg nők körében épp hogy a 60–69 éves korcsoportokban haladja meg az egyet (4b. ábra).

¹ A kérdőívben szerepelt betegségek: magas vérnyomás, cukorbetegség, szívizominfarktus, mellkasi fájdalom fizikai munka során, szívelégtelenség, idült hörghurut, tüdőasztma

A dohányos férfiak 12,2%-a, míg a nők 21,6%-a nagyon aggódik a dohányzás egészségkárosító hatásai miatt. Mindkét nemben 54% körüli azok aránya, akik szeretnék abbahagyni a dohányzást. A vizsgálat előtti évben a rendszeres dohányosok 40,0%-a csökkentette a napi cigarettamennyiséget és 31,1%-uk kezdett szívni „light” cigarettát.

Leszokási tanács, orvosi tanács

Azoknak a jelenleg is dohányos betegeknek, akik a vizsgálatot megelőző évben találkoztak orvossal, 40,0%-a kapott leszokási tanácsot az öt ellátó orvostól. A fogorvosok a dohányzó betegek 12,0%-nak ajánlották, hogy szokjanak le. Leggyakrabban a családtagok tanácsolják a leszokást (68,6%). Akiknek a vizsgálat előtti évben orvos tanácsolta a leszokást azok 64,5%-a tért át „light” cigarettára, azaz alacsonyabb nikotin és kátrány tartalmú készítményekre.

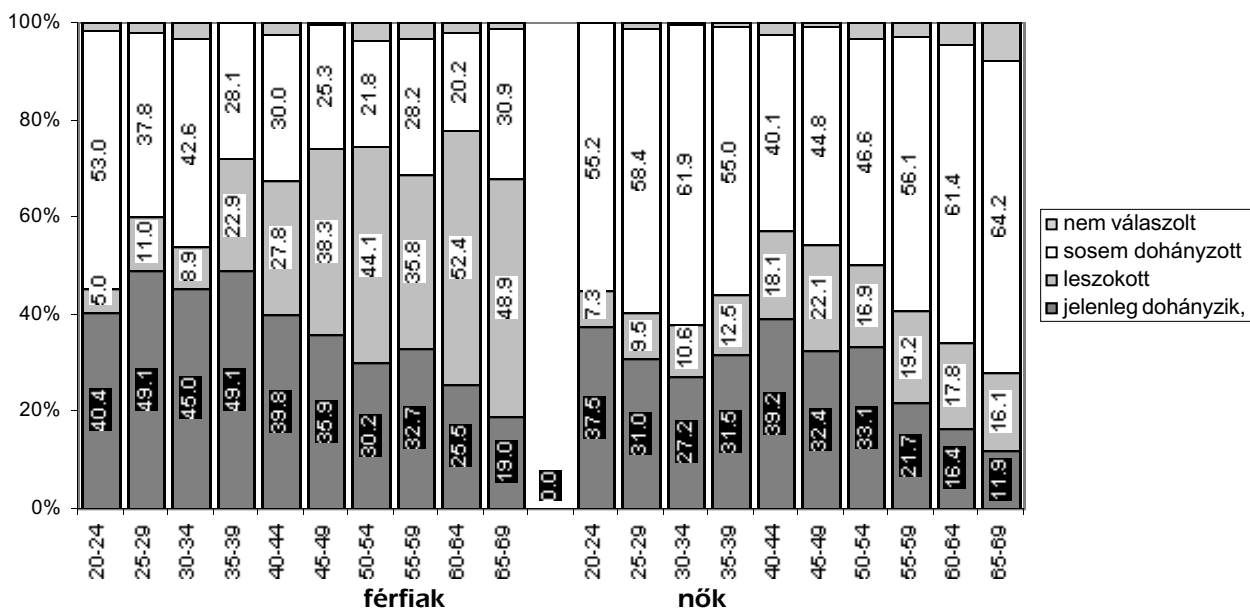
Leszokási tanácsot 3,8-szor gyakrabban kap az a beteg, akinek dohányzással összefüggő betegsége van vagy olyan alapbetegsége, amit a dohányzás negatívan befolyásol azokhoz képest akik „csak” dohányoznak¹. (Eszélyhányados = 3,8, CI 2,63–5,61, p<0,05).

Passzív dohányzás

A 20–69 éves magyar lakosság 39,3%-a (CI 23,0–58%) lakik olyan háztartásban, ahol valaki dohányzik, a nemdohányzók 20,7%-a (CI 3,3–66,6%) osztja meg otthonát dohányzóval.

Az aktív munkavégzők 19,3%-a töltött 2001–2002

A jelenleg is dohányzók, leszokottak és sosem dohányzók megoszlása az egyes korcsoportokban (%)



4a. ábra

telén naponta több mint 5 órát olyan munkahelyen, ahol valaki dohányzott. A dohányosok 72,6%-a, míg a nemdohányzók 38,2%-a dolgozott olyan munkahelyen, ahol dohányoztak a környezetében (5. ábra).

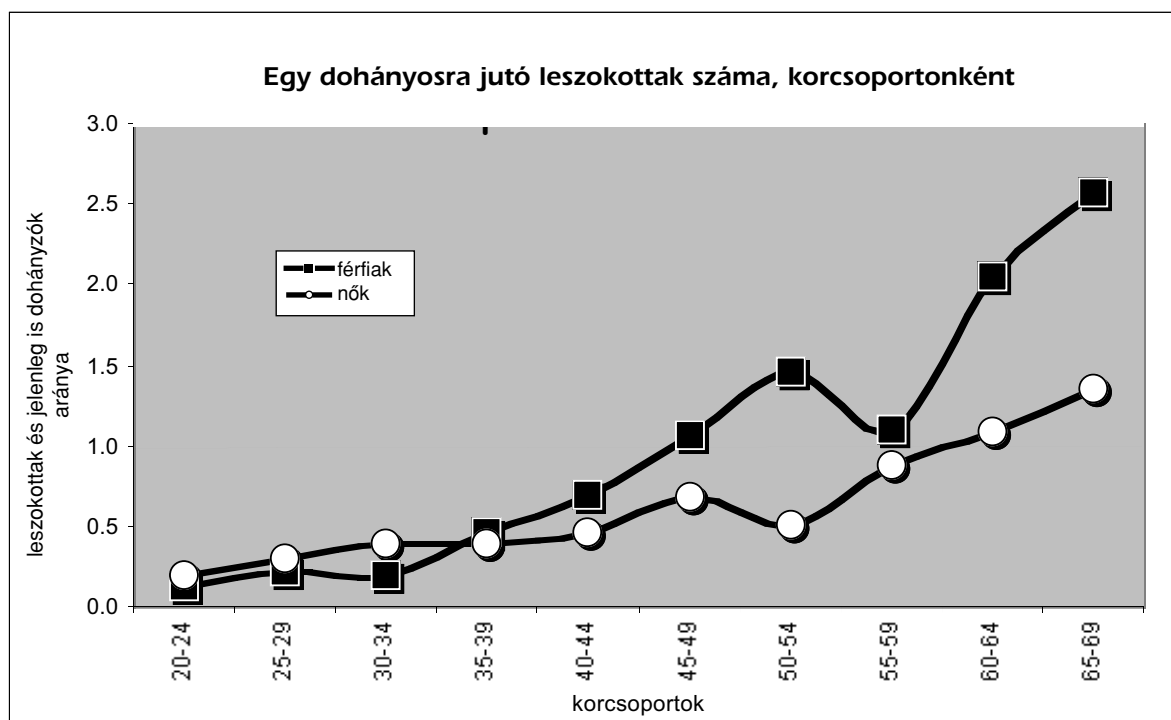
szerintük a legfontosabb oka a nagyon súlyos magyarországi halálozási helyzetnek. A válaszolók 3,7–4,8%-a jelölte meg a dohányzást, ami ezzel a 5. helyre került (6. ábra) a felsorolt 11 tényező közül.

A dohányzással kapcsolatos ismeretek

Megkértük a válaszolókat, hogy az általunk felajánlott 11 oksági tényező közül jelöljenek meg egyet, ami

Megbeszélés, következtetés

Magyarországon az elmúlt évtizedben több nagy életmódvizsgálatra került sor fiatalok (1., 5.) és felnőttek



4b. ábra

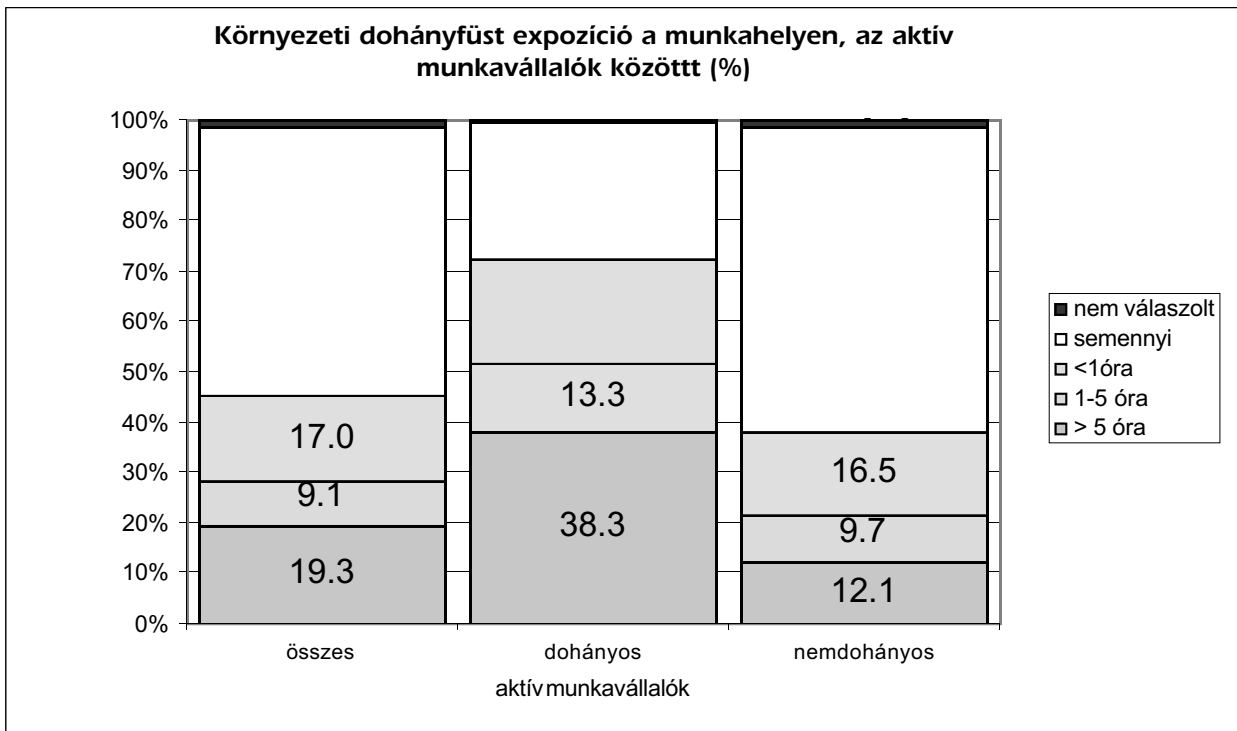
Felnőtt lakosság körében végzett egészségfelmérések 1990-től

vizsgálat ideje	vizsgálat neve	korcsoport	lefedett terület	kiválasztás módja	adatgyűjtés módja	dohányzás prevalenciája %
1990	CINDI Egészségügyi Kockázati tényező felmérés	15–64 évesek	Pécs	reprezentatív, random	személyes interjú	teljes minta: férfiak: 34,8 nők: 24,5
1994	KSH Egészségfelmérés	15–64 évesek	országos	reprezentatív, random	személyes interjú	teljes minta: 35,00 férfiak: 43,7 nők: 26,6
1995	ORMF Országos Reprezentatív Morbiditási Felmérés	16 évnél idősebb	országos	reprezentatív, random	személyes interjú	teljes minta: – férfiak: 45,9 nők: 28,1
1995/1996	CINDI Egészségügyi Kockázati tényező felmérés	18 év fölöttiek	Pécs	reprezentatív, random	személyes interjú	teljes minta: 28,32 férfiak: 31,26 nők: 26,57
1997	Egészségügyi Szolgáltatás és Menedzsment Project	18 év fölött	Kalocsa-Homokmégy	random	személyes interjú	teljes minta: – férfiak: 36,5 nők: 22,8
1999	Egészségügyi Szolgáltatás és Menedzsment Project	18 év fölött	Kalocsa-Homokmégy	random	személyes interjú	teljes minta: – férfiak: 33,7 nők: 25,1
1997	Szívbarát Program	18 év fölött	országos	területileg reprezentatív	személyes interjú	teljes minta: 30 férfiak: 39 nők: 22
2000	OLEF – Országos Lakossági Egészség Felmérés	18 év fölött	országos random	reprezentatív, kikérdezés	személyes férfiak: 38	teljes minta: nők: 23
2001/2002	CINDI Egészségfelmérés	20–69 éves	országos	reprezentatív, random	önkitöltős kérdőív	teljes minta: 25,8 férfiak: 32,1 nők: 21,4

körében (2., 6., 8., 9., 10., 11., 18., 20.). Az 1. táblázatban összehasonlítottuk a felnőtt lakosság körében végzett vizsgálatokat. A táblázatból látszik, hogy az eredmények csak közelítő összehasonlítást tesznek lehetővé a lefedett korcsoportok miatt. A felnőtt népességre vonatkoztatott becslés függ attól, hogy a 16–19 éves népességet a felnőttekhez soroljuk-e, mert ez megemeli a dohányzás prevalenciáját és függ attól is, hogy a 65 évnél idősebbeket is beleértjük-e a vizsgált populációba, mert az ő alacsony dohányzási prevalenciájuk viszont csökkenti a felnőtt lakosság átlagos dohányzási gyakoriságát.

A vizsgált 20–69 éves korcsoportban 25,8%-os a dohányzás prevalenciája (31,3% az alkalmi dohányosokkal együtt) és 54,5%-uk szeretné feladni a dohányzást, de a leszokási hajlandóságban jelentős a külön-

ség a két nem között. A dohányos nők 21,6%-a nagyon aggódik a cigaretta egészségkárosító hatásai miatt, de ez a leszokási hajlandóságban nem tükröződik. Ezt jól mutatja az egyes korosztályokban az egy dohányosra jutó leszokott száma, ami a nők körében a gyermekvállalási időszak kivételével végig alatta marad a férfiakénak. Inkább a napi elszívott cigaretta mennyiségének csökkentését illetve a „light”, az alacsonyabb kátrány és nikotin tartalmú cigarettára való átváltást választják, ezzel nyugtatva lelkiismeretüket. A „light” cigarettára való áttérés, ha nem párosul a napi fogyasztás tudatos csökkentésével, akkor önámítás, hiszen a megszokott „droghatás” eléréséhez több cigaretta elszívására van szükség. A naponta elszívott cigaretta mennyisége szempontjából Európa élmezőnyéhez tartozunk a WHO „Health for All” adatbázisa szerint. A 34 európai ország közül



5. ábra

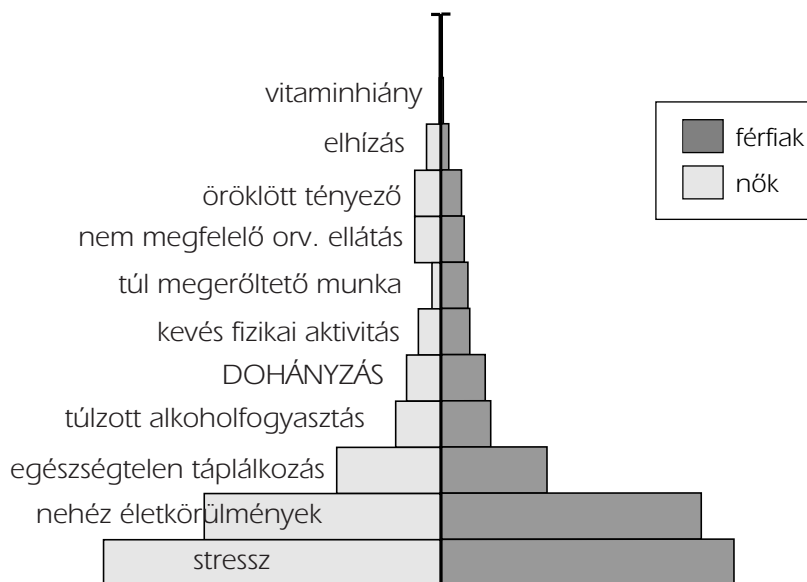
2000-ben a 8. helyezettek voltunk a 2151 szál éves cigarettafogyasztásunkkal. Egészségfelmérésünk adatai szerint a 20–69 éves férfi korosztály 6,09%-a szív naponta két doboz vagy több cigarettát. A nőknél ez az adat 0,88%.

Az iskolai felmérésekkel – HBSC, ESPAD vizsgálatok (1., 5.) – azonos, riasztó eredményt kaptunk a rászokási

életkorok változását tekintve. Az elmúlt 60 évben a férfiak körében szinte alig csökkent a dohányzásra való rászokás átlagéletkora, a nőknél viszont több mint 8 év ez a csökkenés.

Az egészségügyi dolgozók szerepe a dohányzásról való leszokással kapcsolatban vitathatatlan. Ennek ellenére nem találtuk nyomát az orvosok preventív szem-

A magyarországi magas halálozás okozói, fontosságai sorrendben a válaszolók között (%)



6. ábra

léletének: azok a betegek, akiknek valamely dohányzással összefüggő betegségük is van, 3,8-szor gyakrabban kapnak leszokási tanácsot, mint a „csak” dohányzók.

Annak ellenére, hogy a passzív dohányzást már több országban a munkahelyi karcinogének közt tartják számon (például Finnországban, Németországban és az USA-ban (7)), Magyarországon a köztudatban a környezeti dohányzás messze nem szerepel jelentőségének megfelelő helyen. Ezt mutatja az is, hogy az aktív munkavállalók 45,4%-a tölti (és töltheti) munkaideje hosszabb-rövidebb részét olyan környezetben ahol valaki dohányzik. A nemdohányzó munkavállalók feltehetőleg, a lehetőségekhez képest kerülnek a dohányosok társaságát, mert 1,9-szer annyi dohányos tartózkodik valamennyi ideig dohányos helyen, mint nem-dohányos.

A dohányzás egészségkárosító hatásairól az embereknek nincs kellő ismeretük. Ezt jól mutatja, hogy alig 4%-uk teszi felelőssé a dohányzást a magyarországi súlyos mortalitási helyzetért. Remélhető, hogy ha a cigarettásdobozok felületének legalább 40–50%-t kitevő szöveges és képekkel alátámasztott figyelmeztetések kora eljön, akkor sokkal jobb „helyezést” kap a dohányzás.

Mindezek alapján három pontot kell kiemelni, ahol a központosított intézkedések mellett (pl. adóemelés, „nemdohányzók törvényi védelme” stb.) igen hangsúlyosan lépni kell. Egyrészt tudatosítani kell a társadalomban, hogy a dohányzás a legfontosabb külső kóroki egészségkárosító tényező. Ehhez felhasználható az általános- és középiskolákban az egészségtan oktatás terjedése, a kortárs-oktató hálózat fejlesztése, a nyomtatott és elektronikus média (17). Másrészt az orvostársadalom hozzáállásán is változtatni kell. A prevenció gondolkodásmód terjedésével várhatóan nem csak a dohányzással összefüggő betegségben szenvedők kapnak majd leszokási tanácsot kezelőorvosuktól. Harmadrészt célszerű lenne a nők körében erősíteni a leszokási hajlandóságot. A nők az orvos és a pedagógus mellett szintén nagyon fontos viselkedésformáló személyek, jelentőségük vitathatatlan a családi mikrokörnyezetben. Fontos lenne, hogy ne kezdjenek el dohányozni, de ha már elkezdtek, lehetőleg minél hamarabb hagyják abba, terhesség és szülés után ne szokjanak vissza, leszokási hajlandóságuk érje el a férfiakét.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Egészségügyi Világszervezet Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programjának célkitűzése csökkenteni azokat a kóroki tényezőket, amelyek közös kockázatként szerepelnek a leggyakoribb nem-fertőző betegségek esetében. A program keretében az életmódi kockázati tényezőket 2–3 éves intervallumokban vizsgálják. A legutóbbi Egészségfelmérés dohányzással kapcsolatos eredményeiről számolnak be a szerzők.

Az Egészségfelmérést 2001–2002-ben 12 európai országban végezték el, közös protokoll szerint. A magyar adatfelvétel

a 20–69 éves populációt reprezentálja. Magyarországon a postán kiküldött önkitöltős kérdőívvel 54%-os válaszarányt értek el. A kérdőív kérdéscsoportjai az egészségi állapottal és az egészségügyi rendszer igénybevételével, a dohányzással, a táplálkozással és alkoholfogyasztással és végül a fizikai aktivitással foglalkoztak.

Az eredmények szerint a 20–69 éves magyar felnőtt lakosság 25,8%-a rendszeresen dohányzik; naponta átlagosan 16,5 szálát szív el. A vizsgált korosztályoknak 39,3%-a lakik olyan lakásban, ahol valaki dohányzik és az aktív munkavállalók 19,3%-a dolgozik naponta több mint 5 órát környezeti dohányfüstnek kitéve. A dohányos betegek 40%-a kapott leszokási tanácsot az őt kezelő orvostól. Azok, akik valamely, a dohányzás által súlyosított alapbetegségben szenvednek 3,8-szor nagyobb eséllyel kapnak leszokási tanácsot. A nők körében az alacsonyabb cigarettafogyasztás mellett stabilabb a dohányzási szokás, nehezebben szoknak le. A dohányzásra való rászakos ideje az elmúlt fél évszázadban főképp a nők körében korábbi életkorra tolódott, több mint 8 évvel.

A felmérés eredményei többféle felhasználást tesznek lehetővé. Mint egy nemzetközi adatfelvétel része, lehetőséget ad a többi ország eredményeivel való összehasonlításra. Az eredmények felhasználhatók a dohányzással kapcsolatos, az Európai Unió csatlakozást követő szabályozás-változás monitorozásának bázis adataiként, illetve ki lehet jelölni néhány lehetséges beavatkozási pontot a dohányzás elleni küzdelemben: a dohányzás ártalmainak oktatása minden korosztály számára, az orvostársadalom prevenció gondolkodásának fejlesztése és a nők leszokási hajlandóságának fokozása.

Kulcsszavak:

egészségfelmérés, dohányzás, prevenció, CINDI

Postacím:

Dr. Antmann Katalin
Simmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet
1445 Budapest Pf.370

IRODALOM

1. Aszmann A.: Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) Országos Tisztifőorvosi Hivatal kiadványa, Budapest (2000)
2. A Szívbarát Program Kiadványai 1.. Szonda Ipsos Média, Vélemény- és Piackutató Intézet Kft, Központi Élelmiszeripari Kutató Intézet, Interhealth Canada Ltd. Budapest, 1998-1999
3. Bridging Health Gaps in Europe: A Focus on Non-communicable Diseases Prevention: The CINDI – EUROHEALTH Action Plan, WHO CINDI Programme, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, May (1995)
4. Csikós A., Antmann K., Morava E.: A háziorvosi ellátás igénybevétele és egyes egészség-magatartási tényezők közötti kapcsolat vizsgálata Pécssett Egészségtudomány, 46, 32-43, (2002)
5. Elekes Zs, Paksi B: Drogok és Fiatalok ISMertető füzetek 8. Ifjúsági és Sport Minisztérium. Budapest (2000)
6. FACT Intézet: Dohányzás és alkoholfogyasztás, Pécs (1999)
7. Fleitmann S. editor: Smokefree workplaces: Improving the health and well-being of people at work .European

Network for Smoking Prevention. European Statusreport, Brussel, (2001)

8. Józán P., Gárdos É., Juhász J. et al.: Health Behaviour Survey 1994, Central Statistical Office, Budapest (1996)

9. Kishegyi J.: Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Project, Krónikus, nem-fertőző betegségek elsődleges megelőzése program, 1993-2000 Kutatási jelentés (kézirat)

10. Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S.: Országos reprezentatív morbiditási felmérés eredményei és a morbiditási mutatók legfontosabb háttértényezői. Végeken, 8, 2-3. szám, (1997)

11. Kopp M., Csoboth Cs.: Dohányzás és alkoholfogyasztás a magyar népesség körében. Fogorvosi Szemle, 94, 177-182, (2001)

12. Laaksonen M., Mcalister, Laatikainen T. et al: Do health behaviour and psychosocial risk factors explain the European East-West gap in health status? European Journal of Public Health vol11 (2001)

13. Morava E., Végh É., Bóna I. et al : Risk Factors and Mortality in Pécs City, Hungary in the 1990s Central European Journal of Public Health vol8 (2000)

14. Oroszi B., Bóna I., Kiss I. et al.: Egészségügyi kockázati tényező felmérés Pécssett 1995-96-ban Egészségtudomány, 43, 142-155 (1999)

15. Prattala R., Helasoja V., Laaksonen M. et al.:CINDI HEALTH MONITOR Proposal for practical guidelines Publication of the National Public Health Institute B14/2001, Helsinki, (2001)

16. Protocol and Guidelines. CINDI 2000. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (1996)

17. Simon T., Molnárné Garbacz A.: A dohányzásellenes kortársoktatás első három évének tapasztalatai Egészségnevelés, 38, 142-143 (1997)

18. Szilasy A. et al.: A pécsi lakosság egészségi állapotának felmérése (1989-1990) CINDI vizsgálat (kézirat)

19. The SuRF Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current status of global data, World Health Organisation (2003)

20. Vokó Z., Vítai J. et al.: Országos Lakossági Egészség-Felmérés, Összefoglaló Jelentés, Országos Epidemiológiai Központ (2002)