

Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση

Ανδριανή Ν. Λουκοπούλου,¹
Μίλτος Π. Βασιλείου,¹
Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης^{1,2}

¹«Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία» Κέντρο Έρευνας Καπνίσματος και Καρκίνου Πνεύμονος Χορηγία Γεωργίου Δ. Μπεχράκη, Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
²Πανεπιστήμιο Harvard, τμήμα Περιβαλλοντικής Ιατρικής, Σχολή Δημόσιας Υγείας

Λέξεις- Κλειδιά:

- κάπνισμα
- κύηση
- διακοπή καπνίσματος
- εντατικές παρεμβάσεις
- ελάχιστες παρεμβάσεις
- στρατηγικές

Αλληλογραφία:

Ανδριανή Λουκοπούλου
Β. Όθωνος 65, Κηφισιά,
ΤΚ 14561, Αττικής
Τηλ.: 210 8010248
E-mail: aloukopoulou@msn.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Το κάπνισμα κατά την κύηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το έμβρυο καθώς έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με τη δημιουργία επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης, δυσμενών εκβάσεων στον τοκετό και είναι υπεύθυνο για αρκετά προβλήματα υγείας στη νεογνική και παιδική ηλικία. Οι περισσότερες από τις επιπλοκές αυτές είναι αναστρέψιμες, εάν επιτευχθεί η διακοπή του καπνίσματος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η διακοπή του καπνίσματος αποδεδειγμένα συντελεί στην αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης και της προωρότητας του τοκετού, ενώ καθιστά αυτά τα παιδιά υγιέστερα (μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας). Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος θεωρούνται και οικονομικά συμφέρουσες, διότι όσο εντατικές και αν είναι, το κόστος είναι ελάχιστο συγκριτικά με το όφελος που προκύπτει από τα αποτελέσματά τους. Επωφελέστερες και αποτελεσματικότερες θεωρούνται οι εντατικές παρεμβάσεις γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου, που συμπεριλαμβάνουν: πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία, μεγαλύτερη χρονική διάρκεια συναντήσεων, περισσότερες συναντήσεις και παροχή ενός έντυπου οδηγού αυτοβοήθειας καθώς και συναντήσεις και μετά τον τοκετό ώστε να προλαμβάνουν την επανέναρξη του καπνίσματος. Υπάρχουν επιστημονικές διαφωνίες στη διεθνή έρευνα σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Πιο πρόσφατα, γίνεται αποδεκτή για πολύ εξαρτημένες καπνίστριες η χρήση προϊόντων θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης, έπειτα από προσεκτική εκτίμηση και πάντα σε στενή παρακολούθηση και με την προϋπόθεση ότι η έγκυος είναι αποφασισμένη να διακόψει το κάπνισμα. Όμως, δεν έχει αξιολογηθεί αρκετά η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους. *Πνεύμων 2011, 24(1):56-65.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα κατά την κύηση είναι η σημαντικότερη αιτία για τη δημιουργία επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης, που εύκολα όμως

προλαμβάνονται. Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του προβλήματος, το θέμα αυτό έχει απασχολήσει περισσότερο από 30 χρόνια τους ερευνητές στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τις καταλληλότερες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.¹ Η πρώτη έρευνα που μέσω μιας εντατικής παρέμβασης διακοπής καπνίσματος πέτυχε την αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης εξαιτίας της διακοπής του καπνίσματος δημοσιεύτηκε πριν από 26 χρόνια.²

Παρόλο που το 40% των εγκύων διακόπτουν αυθόρμητως το κάπνισμα πριν την πρώτη τους επίσκεψη στο γυναικολόγο,³ οι υπόλοιπες επιμένουν να καπνίζουν. Σε αυτές απευθύνονται τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση με αρκετά σημαντικό ποσοστό επιτυχίας.^{4,5} Ωστόσο 20-30% των εγκύων συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την κύηση, όπως αποδεικνύει η έρευνα των Coleman και Joyce σε δέκα Πολιτείες της Αμερικής.⁶

Η αυξημένη ευαισθητοποίηση των εγκύων καπνιστριών για το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης και η συνειδητοποίηση του νέου τους κοινωνικού ρόλου ως μητέρες, καθιστά τη διάρκεια της κύησης μια «εκπαιδευτική στιγμή» σημαντική για τη διακοπή του καπνίσματος. Καθώς αυξάνεται η δεκτικότητα τους απέναντι στα μηνύματα διακοπής του καπνίσματος.⁷

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην Ευρωπαϊκή στρατηγική του για τη διακοπή του καπνίσματος συνιστά ιδιαίτερη ευαισθησία στο γυναικείο φύλο και περαιτέρω έρευνα για την αποφυγή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και την υποτροπή μετά τον τοκετό.⁸

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (R.C.Ts) που αφορούν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.⁹ Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους σε ένα τύπο παρέμβασης και τον συγκρίνουν με τη συνήθη φροντίδα. Η εντατική παρέμβαση είναι η παρέμβαση στην οποία εστίαζαν το ενδιαφέρον τους συχνότερα οι περισσότερες έρευνες. Η παρέμβαση αυτή συγκρίνεται κυρίως με τη συνήθη φροντίδα ή με την ελάχιστη παρέμβαση.¹⁰

Όλες οι παρεμβάσεις συγκλίνουν στην παροχή πληροφοριών για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο νεογνό και την έκβαση της εγκυμοσύνης, δίνοντας έμφαση στα πλεονεκτήματα της διακοπής του καπνίσματος. Εν τούτοις οι παρεμβάσεις ποικίλουν ανάλογα με την εντατικότητα τους, με το αν δηλαδή αρκούνται στην απλή αναφορά «συνήθης παρέμβαση» χωρίς περαιτέρω περιγραφή της

παρέμβασης αυτής,^{11,12} αν παρέχουν ενημερωτικό υλικό, ή αν ταυτόχρονα παρέχουν και προσωπική συμβουλή, που τη συνδυάζουν με τη χορήγηση ενός έντυπου οδηγού αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.^{12,13} Η προσωπική συμβουλή μπορεί να παρέχεται με διάφορους τρόπους: Μέσω video,¹⁴ με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ή¹⁵ εξ ολοκλήρου τηλεφωνικά.¹⁶

Η χρήση του διαδικτύου στη διακοπή του καπνίσματος παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Πιστεύεται ότι δεν είναι άλλη μια μορφή παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά ότι αντιπροσωπεύει μια νέα και πολλά υποσχόμενη κατηγορία εργαλείων διακοπής καπνίσματος,¹⁷ λόγω της αυξανόμενης χρήσης του διαδικτύου. Το 2005 στις Η.Π.Α περισσότεροι από 8.6 εκατομμύρια καπνιστές ανέφεραν ότι στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα, είχαν χρησιμοποιήσει το διαδίκτυο τον προηγούμενο χρόνο.¹⁸ Επίσης θεωρείται και οικονομικά συμφέρουσα λύση γιατί με το ίδιο κόστος το ίδιο πρόγραμμα χρησιμοποιείται από πολλαπλάσιους χρήστες.

Όμως δεν θεωρούνται όλα τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος του διαδικτύου αξιόπιστα εύχρηστα και αποτελεσματικά, καθώς δεν έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά, ώστε να τεκμηριωθεί η λειτουργικότητα και η αποτελεσματικότητά τους. Κάποιοι από τους διαδικτυακούς αυτούς τόπους είναι ιδιαίτερα περίπλοκοι, άλλοι περιέχουν πολλές μη ασφαλείς πληροφορίες σε μορφή που μπορεί να εκτυπωθεί και δεν διαφέρει πολύ από τους έντυπους οδηγούς αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος.¹⁷

Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ι. Τα «5 A» της διακοπής του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

Σε πολλές έρευνες όπως διαπιστώνεται και από τη μετά-ανάλυση των Melvin και συνεργατών η συμβουλευτική έχει βασιστεί στα «5 A» (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), δηλαδή ρωτήστε, συμβουλευέστε, εκτιμήστε, βοηθήστε και προγραμματίστε¹⁹ (βλ. Πίνακα 1). Στα «τέσσερα βήματα», των Glynn και Manley²⁰ που συστήνονται από το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής συμπεριλαμβανομένου του «εκτιμήστε», όπου εκτιμάται η επιθυμία των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα. Τα «5 A» θεωρούνται τόσο σημαντικά στη συμβουλευτική ώστε συστήνεται η εφαρμογή τους και στις οδηγίες που εξέδωσε για τους επαγγελματίες υγείας το τμήμα Δημόσιας Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.²¹

ΤΑ «5 Α» της διακοπής του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

1. **ΡΩΤΗΣΤΕ** την έγκυο για την καπνιστική της κατάσταση στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη και συνεχίστε και στις επόμενες επισκέψεις. **Η έγκυος πρέπει να επιλέξει τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα την καπνιστική της κατάσταση:**
 - A. Δεν έχω καπνίσει ΠΟΤΕ ή έχω καπνίσει ΛΙΓΟΤΕΡΟ από 100 τσιγάρα στη διάρκεια της ζωής μου.
 - B. Σταμάτησα ΠΡΙΝ ανακαλύψω ότι ήμουν έγκυος, και δεν καπνίζω τώρα.
 - Γ. Σταμάτησα ΑΦΟΤΟΥ ανακάλυψα ότι ήμουν έγκυος, και δεν καπνίζω τώρα.
 - Δ. Καπνίζω μερικά τώρα, αλλά έχω περιορίσει στον αριθμό τσιγάρων ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ που ανακάλυψα ότι ήμουν έγκυος.
 - Ε. Καπνίζω τακτικά τώρα, σχεδόν το ίδιο όπως ΠΡΙΝ ανακαλύψω ήμουν έγκυος.

Εάν η έγκυος σταμάτησε πριν από ή αφότου ανακάλυψε ότι ήταν έγκυος (B ή Γ), ενισχύετε την απόφασή της να διακόψει, τη συγχαίρετε για την επιτυχία στη διακοπή, και την ενθαρρύνετε για να μείνει ελεύθερη από τον καπνό σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Εάν η έγκυος **καπνίζει ακόμα (Δ ή Ε), προχωρήστε να συμβουλευέστε, να αξιολογήσετε, να βοηθήσετε, και να προγραμματίσετε.**
2. **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ** Δώστε σαφείς και ισχυρές συμβουλές στην έγκυο, ώστε να διακόψει το κάπνισμα το ταχύτερο δυνατόν. Η διακοπή του καπνίσματος στην αρχή της εγκυμοσύνης προσφέρει σημαντικά οφέλη για το έμβρυο.
3. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ** την επιθυμία της εγκύου να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα μέσα σε 30 μέρες.
4. **ΒΟΗΘΗΣΤΕ** την έγκυο που ενδιαφέρεται για τη διακοπή με την παροχή συγκεκριμένου έντυπου υλικού σχεδιασμένου για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.
5. **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΕ** τις επόμενες επισκέψεις για να παρακολουθήσετε την πρόοδο της προσπάθειας της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα, συμπεριλάβετε περισσότερη ενθάρρυνση για τη διακοπή.

Πίνακας 1. Τα «5Α» της διακοπής του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη κατά τους Fiore και συνεργάτες,⁵ όπως τροποποιήθηκαν από το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων.²²

Σύμφωνα με αυτά τα «βήματα», οι καπνίστριες αρχικά ερωτώνται για την καπνιστική τους συμπεριφορά, εάν έχουν ήδη διακόψει το κάπνισμα είτε λίγο πριν την εγκυμοσύνη, είτε αμέσως μετά, αναγνωρίζεται η προσπάθειά τους και ενθαρρύνονται να παραμείνουν μη καπνίστριες. Εάν όμως είναι καπνίστριες καταγράφεται η καπνιστική τους κατάσταση και ακολουθούν τα επόμενα βήματα. Δέχονται σύντομες και προσωπικές συμβουλές για τη

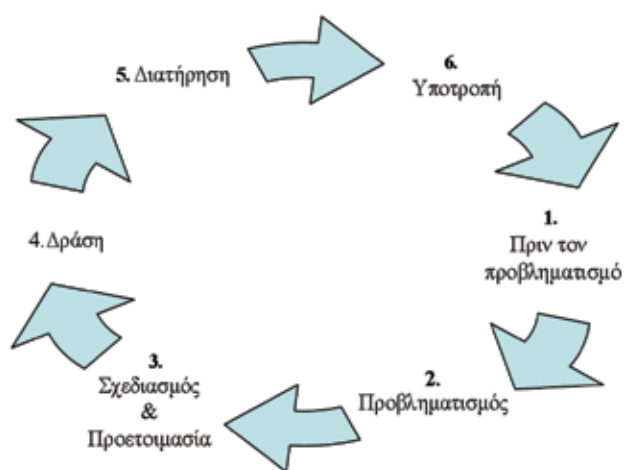
διακοπή του καπνίσματος και τις επιπτώσεις του τόσο στις ίδιες, όσο και στο έμβρυο.¹⁹

Κατόπιν εκτιμάται η πρόθεση τους να διακόψουν το κάπνισμα μέσα σε ένα μήνα. Εάν οι έγκυες εκφράσουν ότι επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, τότε δέχονται βοήθεια. Τους δίνεται ο οδηγός αυτοβοήθειας, ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν τις πρακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση διαφόρων δυσκολιών και να ζητήσουν βοήθεια από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Στο τελευταίο στάδιο προγραμματίζεται ένας περιοδικός έλεγχος, ώστε εάν καπνίζουν ακόμα να ενθαρρυνθούν να απέχουν.¹⁹ Το 2010 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων, προτείνει τα «5Α» ως παρέμβαση εκλογής, ώστε να εφαρμόζονται συστηματικά σε κάθε έγκυο, καθώς θεωρούνται σύντομα και εύχρηστα.²²

ii. Τα «Στάδια Αλλαγής»

Άλλες φορές στη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος ακολουθούνται τα «στάδια αλλαγής» σύμφωνα με το «διαθεωρητικό μοντέλο» (transtheoretical model), που αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente.²³ Αναλυτικότερα, στο πρώτο στάδιο που ονομάζεται «πριν τον προβληματισμό» διαπιστώνεται αν υπάρχει αδιαφορία για τη διακοπή του καπνίσματος, με αποτέλεσμα η παρέμβαση να εστιάζει στην πληροφόρηση. Στο δεύτερο στάδιο που λέγεται «προβληματισμός» διερευνάται αν έχει αρχίσει να υπάρχει προβληματισμός για τη διακοπή του καπνίσματος, που πρέπει να ενισχυθεί. Στο τρίτο στάδιο, το στάδιο του «σχεδιασμού και της προετοιμασίας», διαπιστώνεται αν υπάρχει η θέληση για τη διακοπή του καπνίσματος και χρειάζεται υποστήριξη. Το τέταρτο στάδιο ονομάζεται «δράση», γιατί κατά τη διάρκεια του υλοποιείται η απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος. Στο τέταρτο στάδιο η αποχή από το κάπνισμα είναι γεγονός και γίνονται προσπάθειες για αποφυγή της υποτροπής. Το επόμενο στάδιο λέγεται «διατήρηση», γιατί στόχος είναι η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα χωρίς τη εμφάνιση υποτροπής, η οποία σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει αποτυχία. Εστιάζοντας στους λόγους της υποτροπής προετοιμάζεται καλύτερα η επόμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (βλ. Σχήμα 1). Επομένως σύμφωνα με τα στάδια αλλαγής η παρέμβαση πρέπει να είναι αντίστοιχη του σταδίου που διαπιστώνεται ότι βρίσκεται ο καπνιστής.²³

Η στρατηγική των «σταδίων αλλαγής» στη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση έχει εφαρμοστεί από αρκετούς ερευνητές. Οι Hajek και συνεργάτες βάσισαν την παρέμβαση τους στα «στάδια αλλαγής» για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της σύντομης



ΣΧΗΜΑ 1. Τα «στάδια αλλαγής».²³

παρέμβασης (10-15 λεπτά), που παρέχει το προσωπικό των νοσοκομείων σε συνθήκες ρουτίνας για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Οι έγκυες που δεν ήθελαν να διακόψουν έλαβαν σύντομη παρέμβαση, που θα τις βοηθούσε να κινητοποιηθούν. Εκείνες που ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της παρέμβασης λάμβαναν την ανάλογη βοήθεια. Ενώ εκείνες που είχαν ήδη διακόψει το κάπνισμα έλαβαν παρέμβαση για την αποφυγή της υποτροπής. Παρόλα αυτά οι ανωτέρω παρεμβάσεις αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές, καθώς διέκοψε το κάπνισμα μόνο 7,8% από την ομάδα παρέμβασης και 5,8% από την ομάδα ελέγχου.¹¹

Στην έρευνα των Lawrence και συνεργατών συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, που βασίστηκαν στα «στάδια αλλαγής», με αυτά που προέκυψαν από τη συνήθη φροντίδα. Στην έρευνα συμμετείχαν 918 έγκυες, που διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε τη συνήθη φροντίδα, η δεύτερη ομάδα τους οδηγούς αυτοβοήθειας, βάσει του «διαθεωρητικού μοντέλου» των «σταδίων αλλαγής», ενώ η τρίτη ομάδα έλαβε την ίδια παρέμβαση με τη δεύτερη ομάδα συν εκπαίδευση με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με εξατομικευμένες συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος. Σύμφωνα με τα τελικά αποτελέσματα το κάπνισμα διέκοψαν 3,5% από τις έγκυες της πρώτης ομάδας, 4,7% από τη δεύτερη ομάδα και 8,1% από την τρίτη ομάδα.¹⁵ Ο συνδυασμός περισσότερων εκπαιδευτικών μεθόδων σε μια παρέμβαση αποδεικνύεται αποτελεσματικότερος.

iii. Οι Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Παρεμβάσεις

Η γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου παρέμβαση είναι βασισμένη στο γνωσιακό- συμπεριφοριστικό μοντέλο.

Αποτελείται από ένα συνδυασμό γνωστικών και συμπεριφοριστικών τεχνικών, που στόχο έχουν την τροποποίηση της συμπεριφοράς. Πρόκειται για σύντομη προσέγγιση, στόχο-προσανατολισμένη, ενεργητική με επίκεντρο το άτομο που αναζητά βοήθεια για ένα συγκεκριμένο θέμα.²⁴ Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο έχει εξελιχθεί με ταχύτερους ρυθμούς και θετικά αποτελέσματα. Η γνωσιακή διάσταση πρεσβεύει ότι η νοητική αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου, επιδρά αποφασιστικά στην ανθρώπινη συμπεριφορά.²⁵

Πολλές έρευνες χρησιμοποίησαν γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις με πολύ θετικά αποτελέσματα.^{16,26-29} Όπως στην R.C.T των Hegaard και συνεργατών στην οποία οι παρεμβάσεις και στις δύο ομάδες ήταν γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου συνοδευόμενες συμπληρωματικά από προαιρετική χρήση θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης.²⁸

Επίσης γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν οι Windsor και συνεργάτες για την αξιολόγηση του αντικτύπου των μεθόδων αγωγής υγείας στη συμπεριφορά. Στην έρευνα συμμετείχαν 814 καπνίστριες από 4 δημόσιες μαιευτικές κλινικές, η καπνιστική κατάσταση των οποίων επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με έλεγχο της κοτινίνης στο σάλιο, στην αρχή, στη μέση και στο τέλος της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με τα ευρήματα 14,3% από την πειραματική ομάδα και 8,5% από την ομάδα ελέγχου διέκοψε το κάπνισμα, αποδεικνύοντας ότι οι μέθοδοι αγωγής υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος είναι όχι μόνο αποτελεσματικές, αλλά και οικονομικά επωφελείς.²⁶

Οι Walsh και συνεργάτες στην προοπτική R.C.T. τους με ομάδα ελέγχου, χρησιμοποίησαν γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου στρατηγικές. Τα δημογραφικά δεδομένα δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Σύμφωνα με τις βιοχημικές μετρήσεις η αποχή από το κάπνισμα ήταν σημαντικά υψηλότερη στην πειραματική ομάδα (9%), που αφιερώθηκε περισσότερος χρόνος (7,15 λεπτά). Ενώ η σύντομη παρέμβαση (χρονικής διάρκειας 2 λεπτών) στην ομάδα ελέγχου κρίθηκε αναποτελεσματική, αφού η αποχή από το κάπνισμα ήταν 0%.²⁷

Τηλεφωνικά πραγματοποιήθηκαν οι παρεμβάσεις στην έρευνα των Rigotti και συνεργατών (442n). Η ομάδα παρέμβασης έλαβε πέντε τηλεφωνήματα με 68 λεπτά μέσο χρόνο συνομιλίας, ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε ένα τηλεφώνημα των πέντε λεπτών. Σύμφωνα με το βιοχημικό έλεγχο κατά τον τοκετό είχε διακόψει το κάπνισμα 10% από την ομάδα παρέμβασης και 7,5% από την ομάδα ελέγχου. Τρεις μήνες μετά όμως τα αποτελέσματα άλλαξαν, καθώς η ομάδα ελέγχου παρουσίασε υψηλότερα

ποσοστά αποχής από το κάπνισμα (7,1%) σε σχέση με την ομάδα παρέμβασης (6,7%). Αποδεικνύοντας, ότι η σύντομη πρακτική επικοινωνία ήταν αποτελεσματικότερη στις λιγότερο εξαρτημένες καπνίστριες και σε εκείνες που είχαν ήδη προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στη αρχή της εγκυμοσύνης.¹⁶

ΟΔΗΓΟΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Εκτός από τη συμβουλευτική πολλές έρευνες βάσισαν την παρέμβασή τους και στη χρήση ενός οδηγού αυτοβοήθειας (self-help manual). Ο ορισμός που χρησιμοποιείται για την περιγραφή του οδηγού αυτοβοήθειας βασίζεται στη συστηματική ερευνητική ανασκόπηση των Lancaster και Stead.³⁰ Ως αυτοβοήθεια καθορίζεται η παροχή δομημένων υλικών (έντυπων ή οπτικό-ακουστικών), που βοηθούν το άτομο στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα και το στηρίζουν να απέχει από αυτό χωρίς σημαντική βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας. Η αυτοβοήθεια μπορεί να παρέχεται γραπτά, με βίντεο, με το τηλέφωνο (με καταγεγραμμένα μηνύματα) ή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.²⁹ Στις περισσότερες έρευνες ο οδηγός αυτοβοήθειας είναι έντυπο ενημερωτικό υλικό, που μετά την παρουσίαση και την επεξήγησή του η έγκυος το παίρνει μαζί της και μπορεί να το διαβάσει όσες φορές θελήσει και να ανατρέξει σε αυτό οποτεδήποτε το χρειαστεί.^{15,27,29,31-35}

Ο οδηγός αυτοβοήθειας δεν περιορίζεται μόνο στην ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο νεογνό, των πιθανών επιπλοκών κατά την κύηση και των δυσμενών εκβάσεων στον τοκετό, αλλά συμπεριλαμβάνει και τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία των ίδιων των γυναικών, με σκοπό να εμποδιστεί η επανέναρξη του καπνίσματος μετά τον τοκετό.³⁶ Ένας τέτοιος οδηγός, που είχε χρησιμοποιηθεί αρχικά από τον Windsor το 1985 σε παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη σε συνδυασμό με σύντομη διαπροσωπική επικοινωνία υπήρξε διπλάσια αποτελεσματικός, σε σχέση με την παρέμβαση που παρείχε σύντομη διαπροσωπική επικοινωνία και έναν γενικό οδηγό διακοπής του καπνίσματος.³¹

ι. Η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα του οδηγού αυτοβοήθειας

Η χρησιμότητα του οδηγού αυτοβοήθειας έγκειται: στην αμεσότητά του, στη σφαιρική ενημέρωση, στην επίλυση ενδεχόμενων ερωτημάτων των εγκύων, και κυρίως στη σταδιακή προετοιμασία για τη διακοπή του

καπνίσματος, δίνοντας πρακτικές λύσεις και συμβουλές για τον χειρισμό συγκεκριμένων καταστάσεων.²⁹ Με βάση την αξιολόγηση ενός από τους πιο γνωστούς οδηγούς αυτοβοήθειας, έπειτα από είκοσι χρόνια χρήσης, αποδεικνύεται όχι μόνο οικονομικά αποτελεσματικός, αλλά και ιδιαίτερα επιτυχημένο εργαλείο για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.³⁵

Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ο οδηγός αυτοβοήθειας αποτελεί πανάκεια, γιατί όπου υιοθετήθηκε χωρίς να προσαρμοστεί στα δεδομένα του πληθυσμού που απευθύνεται ή χωρίς την αναγκαία εκπαίδευση του προσωπικού, που έκανε την παρέμβαση, δεν είχε ανάλογα αποτελέσματα, όπως στην R.C.T. των Gielen και συνεργατών στη Βαλτιμόρη.³² Σε αυτή συμμετείχαν χαμηλού εισοδήματος Αфро-Αμερικανίδες, η πειραματική ομάδα έλαβε τον οδηγό αυτοβοήθειας, που ήταν ιδιαίτερα επιτυχής στο Birmingham και η ομάδα ελέγχου έλαβε μόνο τη συνήθη παρέμβαση. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο ομάδων είχαν ελάχιστη διαφορά. Το ποσοστό διακοπής ήταν 6,2% στην πειραματική ομάδα και 5,6% στην ομάδα ελέγχου.³²

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

Η εντατική παρέμβαση, που διαρκεί περισσότερο από 15 λεπτά, στις περισσότερες έρευνες αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη,^{27,28,31} από τις συντομότερες και λιγότερο εξατομικευμένες παρεμβάσεις, που σε κάποιες έρευνες χαρακτηρίζονται ως «ελάχιστες παρεμβάσεις» ενώ σε άλλες «συνήθη φροντίδα» (<5 λεπτά).^{27,28,33,37,38} Ίσως αυτό να οφείλεται και στο ότι κάποιες έρευνες συμπεριελάμβαναν και επικοινωνία για ένα χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό και τελική βιοχημική μέτρηση 2-6 μήνες μετά,¹¹ ή τελική μέτρηση ακόμα και 12 μήνες μετά, όπως στην έρευνα των Hughes και λοιπών.³⁹ Στη συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση του Melvin και συνεργατών, προκειμένου να εντοπιστεί η αποτελεσματικότερη και συντομότερη συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη, προτείνεται ως αποτελεσματικότερη η εντατική παρέμβαση. Η διάρκεια της παρέμβασης αυτής προτείνεται να κυμαίνεται στα 15 λεπτά, να είναι γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου και να συνοδεύεται από χορήγηση έντυπου υλικού.¹⁹

Η αποτελεσματικότητα ενός οδηγού κλινικών οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση και οι μέθοδοι εκπαίδευσης ασθενούς αξιολογήθηκαν στην έρευ-

να των Windsor και συνεργατών. Όπου η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη φροντίδα, ενώ η πειραματική ομάδα, έλαβε την εντατική παρέμβαση που συμπεριελάμβανε έναν οδηγό αυτοβοήθειας, μια βιντεοκασέτα για τη διακοπή του καπνίσματος και σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση. Με αποτέλεσμα τα ποσοστά της διακοπής του καπνίσματος να είναι σημαντικά υψηλότερα στην πειραματική ομάδα (17,3%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (8,8%).³⁸

Στην τυχαιοποιημένη πολυσταδιακή κλινική δοκιμή των Moore και συνεργατών αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα των οδηγών αυτοβοήθειας στη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση (1.527n). Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από τους εργαζόμενους επαγγελματίες υγείας στα πλαίσια της καθημερινής ρουτίνας, δίνοντας στις εγκύους μία σειρά από πέντε έντυπα αυτοβοήθειας τόσο για τις ίδιες, όσο και τις οικογένειές τους και τους φίλους τους, με στόχο την αύξηση του κινήτρου των εγκύων να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς να διατεθούν παραπάνω από πέντε λεπτά στην επεξήγηση τους. Οι παρεμβάσεις αυτές πέτυχαν υψηλά ποσοστά διακοπής καπνίσματος, αλλά αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές ως προς την εντατικότητα τους, αφού η συχνότητα της διακοπής καπνίσματος ήταν χαμηλότερη στην ομάδα παρέμβασης (18,8%) από ότι στην ομάδα της συνήθους φροντίδας (20,7%). Αυτό απέδειξε ότι τα έντυπα μόνο δεν αρκούν, εάν δεν συνοδεύονται από μια προφορική επικοινωνία μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας.¹²

Στην έρευνα της Ferreira-Borges για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της σύντομης συμπεριφοριστικής παρέμβασης στις εγκύους καπνίστριες, ακόμα και η εντατική παρέμβαση, διάρκειας δώδεκα λεπτών, αποδείχθηκε αποτελεσματικότερη (33%) από τη συνήθη φροντίδα (8,3%). Η σύντομη αυτή εντατική παρέμβαση ήταν γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου και τα αποτελέσματα της επιβεβαιώθηκαν βιοχημικά με την καταγραφή του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα. Ωστόσο το μικρό δείγμα (58n) εμποδίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.²⁹

Κάποιες έρευνες δεν αρκέστηκαν μόνο στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά κατέγραψαν τόσο το βάρος των νεογνών,^{11,12} όσο και τον πρόωρο τοκετό.^{12,37} Στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Lumley και συνεργατών αποδεικνύεται ότι οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος αυξάνουν τη μέση τιμή του βάρους γέννησης των νεογνών κατά 33 γραμμάρια (95% CI 11 g έως 55 g) και ταυτόχρονα μειώνουν τον πρόωρο τοκετό (pooled RR 0,84, 95% CI 0,72 έως 0,98) στις εγκύους, που διέκοψαν το κάπνισμα.⁴⁰

Συμπερασματικά, η πιο εξατομικευμένη και εξειδικευ-

μένη παρέμβαση αποδεικνύεται επωφελέστερη για τις πολύ εξαρτημένες καπνίστριες, αλλά και για τη διατήρηση της διακοπής του καπνίσματος και μετά τον τοκετό. Ενώ όσο περισσότερος χρόνος διατίθεται στη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, τόσο πιο αυξημένα είναι τα ποσοστά της διακοπής. Όμως για να θεωρείται αξιόπιστη η διακοπή του καπνίσματος πρέπει να επιβεβαιώνεται και βιοχημικά.

Η ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ι. Είδη Βιοχημικών Ελέγχων: Διαφορές-Αδυναμίες

Ο ισχυρισμός των καπνιστριών ότι διέκοψαν το κάπνισμα στις περισσότερες έρευνες επιβεβαιώνεται και αποδεικνύεται βιοχημικά. Αυτό συμβαίνει είτε με δείγματα κοτινίνης στο σάλιο,^{14,32,34,38} είτε με δείγματα κοτινίνης στα ούρα,^{1,16,28,42} είτε με το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα,^{11,28,29,39} είτε με την ανάλυση τρίχας από το τριχωτό της κεφαλής για ανίχνευση νικοτίνης και κοτινίνης.⁴²

Το εκπνόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO) αποτελεί μια εύχρηστη, χαμηλού κόστους μέτρηση, που προσφέρει άμεσα αποτελέσματα για την αξιολόγηση της καπνιστικής κατάστασης.⁴³ Όμως ο σχετικά μικρός χρόνος ημιζωής του (3-6 ώρες) μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα⁴⁴ καθώς δεν μπορεί να εντοπίζει καπνιστές, που απέχουν από το κάπνισμα αρκετές ώρες.⁴³ Επομένως δεν θεωρείται ο πλέον αξιόπιστος δείκτης βιοχημικής εγκυρότητας για την επιβεβαίωση της διακοπής του καπνίσματος.

Το ίδιο ισχύει και για τη νικοτίνη οποία έχει χρόνο ημίσειας ζωής περίπου 2-3 ώρες στο αίμα.⁴⁵ Η νικοτίνη λόγω της μικρού χρόνου ημίσειας ζωής της μπορεί να μας πληροφορήσει μόνο για την πρόσφατη έκθεση στον καπνό.⁴⁶ Οι Dempsay και συνεργάτες, που μελέτησαν τον μεταβολισμό της νικοτίνης κατά την κύηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο η νικοτίνη όσο και η κοτινίνη μεταβολίζονται ταχύτερα κατά το δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Το εξαιρετικά μικρό δείγμα της έρευνας (10 n) όμως περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.⁴⁷

Η κοτινίνη είναι ο κυριότερος μεταβολίτης της νικοτίνης και αποτελεί ένα βιολογικό δείκτη, που μπορεί να καθορίσει την έκθεση στον καπνό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γιατί σε σύγκριση με το χρόνο ημίσειας ζωής της νικοτίνης (2-3 ώρες), έχει πολλαπλάσιο χρόνο ημίσειας ζωής (15-19 ώρες), σε διαφορετικά σωματικά υγρά (πλάσμα, ούρα, σάλιο).⁴⁸ Για τους λόγους αυτούς

η κοτινίνη θεωρείται ως βιολογικός δείκτης εκλογής για την έκθεση τόσο στο ενεργητικό, όσο και στο παθητικό κάπνισμα.⁴⁶ Λόγω του μεγαλύτερου χρόνου ημίσειας ζωής της κοτινίνης τα επίπεδά της συσσωρεύονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Επιπλέον, η κοτινίνη απεκκρίνεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι η νικοτίνη, αυτό οδηγεί σε σχετικά σταθερά επίπεδα της κοτινίνης όλη την ημέρα.⁴⁶

Όμως, η συγκέντρωση της κοτινίνης στα σωματικά υγρά των εγκύων γυναικών έχει αποδειχθεί ότι διαφέρει από τον κανονικό ενήλικο πληθυσμό.^{45,49,50} Οι Rebagliato και συνεργάτες βρήκαν χαρακτηριστικές διαφορές μεταξύ των προγεννητικών και μεταγεννητικών συγκεντρώσεων κοτινίνης στις καπνίστριες μετά από ελεγχόμενη κατανάλωση καπνού.⁵⁰ Οι ερευνητές συμπέραναν ότι ο μεταβολισμός και η κατανομή της νικοτίνης και της κοτινίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι τροποποιημένος, με υψηλότερα ποσοστά κάθαρσης της κοτινίνης συγκριτικά με τις μη εγκύους καπνίστριες.⁴⁵

Μια νέα μέθοδος βιοχημικής εγκυρότητας είναι η ανάλυση τρίχας από το τριχωτό της κεφαλής, η οποία ανάλογα με το μήκος της μπορεί να μας δώσει στοιχεία για την καπνιστική κατάσταση του τελευταίου εξαμήνου, καθώς τα μαλλιά μεγαλώνουν περίπου 1 εκ. το μήνα.⁵¹ Η έρευνα των Klein και συνεργατών, που ανέλυσε δείγματα τρίχας από το τριχωτό της κεφαλής 28 εγκύων που κάπνιζαν ακριβώς το ίδιο και στα τρία τρίμηνα της κύησης, βρήκε ότι υπάρχει αύξηση του μεταβολισμού της νικοτίνης κατά την κύηση. Όμως η κοτινίνη παρέμεινε σταθερή στην ανάλυση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να εξετάζονται και τα επίπεδα της κοτινίνης εφόσον αποδεικνύεται ότι προσφέρουν πιο αξιόπιστο ιστορικό έκθεσης στο ενεργητικό κάπνισμα. Ενώ, η μειωμένη συγκέντρωση νικοτίνης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη δεδομένης της αύξησης του μεταβολισμού της.⁴²

Ισχυρός συσχετισμός μεταξύ του μέσου αριθμού τσιγάρων που καπνίστηκαν ανά ημέρα και της νικοτίνης και της κοτινίνης στην τρίχα από το τριχωτό της κεφαλής και στα τρία τρίμηνα της κύησης παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Koren και συνεργατών.⁵³ Μια σημαντική μείωση στη νικοτίνη της τρίχας παρατηρήθηκε μεταξύ των σταθερών καπνιστών από το πρώτο στο τρίτο τρίμηνο παράλληλα με μια σημαντική αύξηση στην κοτινίνη της τρίχας. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί πολλές έγκυες γυναίκες αισθάνονται την ανάγκη να συνεχίσουν να καπνίζουν και γιατί η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης δεν είναι αποτελεσματική στη μείωση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε διάφορες κλινικές δοκιμές.⁵²

ii. Η αναφερόμενη διακοπή καπνίσματος και η αξιοπιστία της

Παρόλα αυτά κάποιες έρευνες δέχονται την αναφερόμενη διακοπή καπνίσματος ως αξιόπιστη, χωρίς αυτό να είναι βιοχημικά αποδεδειγμένο.⁵³ Η δήλωση όμως αρκετών καπνιστριών ότι διέκοψαν το κάπνισμα μπορεί να είναι αναληθής, όπως αποδεικνύεται σε πολλές έρευνες μέσω των βιοχημικών ελέγχων.^{27,41}

Στην έρευνα των Walsh και συνεργατών εκτός από τους ισχυρισμούς των καπνιστριών έγινε και βιοχημικός έλεγχος, όπου το ποσοστό ψευδούς δηλώσεως αποχής από το κάπνισμα ήταν υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου, από ότι στην πειραματική ομάδα. Επομένως μόνο η βιοχημικά επιβεβαιωμένη διακοπή καπνίσματος μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο αποτέλεσμα διακοπής καπνίσματος.²⁸ Σε αυτό συγκλίνουν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Webb και συνεργατών, όπου 48% των εγκύων, που δήλωναν μη καπνίστριες, όταν έγινε μέτρηση της κοτινίνης των ούρων αποδείχθηκε ότι είχαν μέση τιμή κοτινίνης άνω των 100 ng/mL.⁴¹

Η σημαντικότητα της βιοχημικής εγκυρότητας στη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση συνοψίζεται στο συμπέρασμα της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης των Lumley και συνεργατών,⁵⁴ που συμπεριλαμβάνει 72 RCTs, που διεξήχθησαν από το 1975 έως το 2008 και στις οποίες συμμετείχαν περισσότερες από 25.000 έγκυες καπνίστριες. Σύμφωνα λοιπόν με τους Lumley και συνεργάτες, οι έρευνες που δεν μετρούν βιοχημικά την καπνιστική κατάσταση των εγκύων προκειμένου να επιβεβαιώσουν την αναφερόμενη διακοπή του καπνίσματος, έχουν αυξημένη πιθανότητα λάθους και επομένως κρίνονται ως αναξιόπιστες.⁵⁴

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

i. Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης (NRT)

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν επιστημονικές διαφωνίες στο θέμα της χορήγησης φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με κάποιους οι πολύ εξαρτημένες καπνίστριες πιθανόν να μην μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy, NRT) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα να συστήνουν τη λήψη προϊόντων NRT πιστεύοντας ότι παρόλο που δεν είναι ακίνδυνη η λήψη τους, είναι λιγότερο επικίνδυνη από τα ίδια τα τσιγάρα.^{55,56}

Οι προαναφερθέντες ερευνητές έχουν ενδεχομένως επηρεαστεί από έρευνες μη εγκύων όπου η χορήγηση NRT σχεδόν διπλασιάζει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σύγκριση με τη χορήγηση placebo.²¹ Επειδή όμως στην εγκυμοσύνη οι γυναίκες μεταβολίζουν τη νικοτίνη και την κοτινίνη γρηγορότερα, είναι ασαφές εάν η NRT είναι εξίσου αποτελεσματική.⁵⁷

Οι Wisborg και συνεργάτες μελέτησαν τη χρησιμότητα της διαδερμικής χορήγησης νικοτίνης στη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Οι έγκυες διαχωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, στην ομάδα παρέμβασης, όπου εκτός από την ενημέρωση χορήγησαν νικοτίνη διαδερμικά και στην ομάδα ελέγχου, που χορήγησαν placebo. Μετά από 18 εβδομάδες 26% διέκοψε το κάπνισμα και ένα χρόνο μετά 14% συνέχιζε να απέχει από το κάπνισμα. Όμως δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, αποδεικνύοντας ότι η διαδερμική χορήγηση νικοτίνης δεν είχε καμία επίδραση.³⁴

Στην έρευνα των Hegaard και συνεργατών οι παρεμβάσεις στις δύο ομάδες της «εντατικής» και της «συνήθους φροντίδας» βασίστηκαν σε γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου στρατηγικές. Συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκε ως προαιρετική επιλογή η NRT. Με αποτέλεσμα τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα να είναι υψηλότερα στην ομάδα της εντατικής παρέμβασης (14%) από ότι την ομάδα της συνήθους φροντίδας (5%).²⁸

Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώνονται από την πρόσφατη διπλή τυφλή κλινική δοκιμή των Oncken και συνεργατών για την αποτελεσματικότητα της χορήγησης NRT στη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. Στην ομάδα παρέμβασης χορηγήθηκε νικοτίνη σε μορφή τσίκλας των 2 mg, ενώ στην ομάδα ελέγχου χορηγήθηκε τσίκλα placebo, όμως δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των δύο ομάδων που διέκοψαν το κάπνισμα. Συγκεκριμένα τα ποσοστά διακοπής ήταν 13% στην ομάδα που χορηγήθηκε NRT σε τσίκλα και 9.6% στην ομάδα ελέγχου μεταξύ της 32ης και 34ης εβδομάδας κύησης. Παρατηρήθηκε όμως, μείωση της χρήσης καπνού στην ομάδα παρέμβασης, με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους γέννησης των νεογνών σε επίπεδο παρόμοιο σχεδόν με των μη καπνιστριών και μείωση των πρόωρων τοκετών, που είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για τη νεογνική υγεία και ποιότητα ζωής.⁵⁸

Παρά τις όποιες θετικές παρατηρήσεις τους οι Oncken και συνεργάτες δεν συστήνουν την γενικευμένη χορήγηση της τσίκλας νικοτίνης προγεννητικά, λαμβάνοντας υπόψη τις αναφερόμενες παρενέργειες της χρήσης της σε ζώα.⁵⁹ Καθώς η νικοτίνη βρέθηκε ότι προκαλεί ανωμαλίες στον

πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων, που οδηγεί σε έναν μειωμένο αριθμό νευρώνων και τελικά στην αλλαγή της συναπτικής δραστηριότητας, συνδέοντάς το με το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου των Βρεφών.⁵⁹

Επειδή τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της χρήσης προϊόντων NRT,³⁴ η χρήση των προϊόντων αυτών για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη αποφεύγεται ή χρησιμοποιείται προαιρετικά.¹ Το U.S. Preventive Services Task Force κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση των προϊόντων NRT ή άλλων φαρμακευτικών ειδών για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος κατά τη κύησης και το θηλασμό δεν έχει αξιολογηθεί αρκετά, για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους.⁶⁰

Για τους λόγους αυτούς το 2010 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων απεφάνθη ότι η χρήση NRT κατά την εγκυμοσύνη πρέπει να γίνεται έπειτα από προσεκτική εκτίμηση και συνεχή παρακολούθηση και με την προϋπόθεση ότι η έγκυος είναι αποφασισμένη να διακόψει το κάπνισμα. Προηγείται βέβαια η ενημέρωση της εγκύου τόσο για τους κινδύνους από τη συνέχιση του καπνίσματος κατά την κύηση, όσο και για τους πιθανούς κινδύνους της λήψης NRT.²²

ii. Υδροχλωρική βουπροπιόνη και Βαρενικλίνη

Το μόνο φάρμακο χωρίς νικοτίνη και αποδεκτό κατά την εγκυμοσύνη σύμφωνα με άλλους είναι η υδροχλωρική βουπροπιόνη (bupropion), επειδή χρησιμοποιείται για πολλά χρόνια ως αντικαταθλιπτικό, χωρίς αναφερόμενες τερατογενέσεις σε ζώα, αλλά με περιορισμένα δεδομένα, που αφορούν τις επιπτώσεις στους ανθρώπους.⁶¹ Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών όμως συμπεριλαμβανομένης της υδροχλωρικής βουπροπιόνης, για τη διακοπή του καπνίσματος δεν συστήνεται κατά την κύηση, παρά τις έρευνες που έχουν δημοσιευθεί από τη φαρμακοβιομηχανία παρασκευής. Γιατί ενώ οι έρευνες έγιναν σε έγκυες, εντούτοις το δείγμα ήταν αρκετά μικρό για να γενικευτούν τα συμπεράσματα της έρευνας και να θεωρηθεί απόλυτα ασφαλής η χρήση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης.⁶²

Τέλος, η Βαρενικλίνη (Chantix) είναι ένα φάρμακο που επιδρά στους υποδοχείς της νικοτίνης στον εγκέφαλο παρεμποδίζοντας τους με το να μειώνει τα ευχάριστα αποτελέσματα που προκαλεί το κάπνισμα και συγχρόνως με το να ανακουφίζει από τα συμπτώματα στέρησης που προκαλούνται από τη διακοπή της νικοτίνης.⁶³ Όμως δεν υπάρχει έως τώρα γνώση ως προς την ασφαλή χρήση της Βαρενικλίνης κατά την κύηση.^{64,63}

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η ηλικία βρέθηκαν ότι επηρεάζουν άμεσα την απόφαση των εγκύων να διακόψουν το κάπνισμα. Καθώς γυναίκες χαμηλού εισοδήματος, χωρίς σύντροφο και με κοινωνικά προβλήματα συνηθίζουν να συνεχίζουν να καπνίζουν χωρίς καν να προσπαθήσουν να το μειώσουν.⁶⁵

Η ψυχολογία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να εμποδίσει τη διακοπή του καπνίσματος. Συγκεκριμένα η πιθανότητα συνέχισης του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη είναι ιδιαίτερα αυξημένη σε γυναίκες με επαγγελματικό στρες, οικογενειακή βία, κατάθλιψη και έλλειψη πρακτικής βοήθειας.^{66,67}

Η ύπαρξη καπνιστών στο κοινωνικό δίκτυο των εγκύων και η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος ως προς τη διακοπή του καπνίσματος ασκούν ισχυρή επίδραση. Συνήθως οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την κύηση έχουν καπνιστές συζύγους και ελάχιστη ενίσχυση από το οικογενειακό περιβάλλον.³ Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και από τις φίλες της εγκύου έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν περισσότερο ακόμα και από την υποστήριξη του συζύγου καθώς φάνηκε πως ήταν πιο πειστικές.⁶⁸

Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Mohsin και συνεργατών, όπου οι καπνίστριες που συνέχιζαν το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη ήταν έφηβες, άνεργες, χωρίς σύντροφο, με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χωρίς ικανότητα διαχείρισης του άγχους τους. Επίσης εκείνες που είχαν ελάχιστη γνώση σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος ήταν περισσότερο πιθανό να συνεχίσουν να καπνίζουν (73%). Ενώ εκείνες που ανησυχούσαν για τους κινδύνους από τη συνέχιση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη ήταν λιγότερο πιθανό να συνεχίσουν να καπνίζουν. Επομένως, η ενημέρωση για τους ενδεχόμενους κινδύνους από τη συνέχιση του καπνίσματος βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος άσχετα από την κοινωνική, οικονομική και ψυχολογική τους κατάσταση.⁶⁹

Αναγνωρίζοντας τους λόγους αυτούς οι Donatelle και συνεργάτες προσπάθησαν να μειώσουν την επίδραση αυτών των παραγόντων. Η παρέμβαση της ομάδας ελέγχου συμπεριελάμβανε συμβουλευτική και ένα οδηγό αυτοβοήθειας. Ενώ η εντατική παρέμβασή συνδύαζε τα ανωτέρω με κοινωνική υποστήριξη και οικονομική ανταμοιβή. Ως αποτέλεσμα η εντατική παρέμβαση υπήρξε εξαιρετικά αποτελεσματική, αποδεικνύοντας ότι η θετική ενθάρρυνση και η κοινωνική υποστήριξη επιφέρουν ευεργετικά αποτελέσματα.³³

Δεν πρέπει όμως να παραβλέπουμε και τη μεταβαλλόμενη ψυχολογία των εγκύων ανά τρίμηνο κύησης, καθώς περνούν από τρία διαφορετικά στάδια, που αντιστοιχούν περίπου στα αντίστοιχα τρίμηνα.⁷⁰ Αναλυτικότερα, το πρώτο ψυχολογικό στάδιο ξεκινά όταν η γυναίκα μαθαίνει ότι είναι έγκυος και διαρκεί μέχρι να αντιληφθεί τις πρώτες εμβρυικές κινήσεις περίπου στα μέσα του 4^{ου} μήνα. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου γίνεται η αποδοχή της εγκυμοσύνης, όπου συνήθως η έγκυος βιώνει αμφιθυμία σε σχέση με την εγκυμοσύνη της, ενώ συχνά ενυπάρχει έντονος ο φόβος της αποβολής.⁷¹

Στα μέσα του Β' τριμήνου, όταν γίνουν αντιληπτές οι πρώτες εμβρυικές κινήσεις, μεταφέρεται στο δεύτερο ψυχολογικό στάδιο όπου η γυναίκα συνειδητοποιεί ότι υπάρχει μέσα της ζωή. Στο στάδιο αυτό ξεκινά ο συναισθηματικός δεσμός με το έμβρυο, που πλέον η έγκυος αρχίζει να το αντιλαμβάνεται ως ξεχωριστό άτομο. Το στάδιο αυτό διαρκεί μέχρι τον 7^ο μήνα.⁷¹ Το τρίτο και τελευταίο ψυχολογικό στάδιο της κύησης συμπεριλαμβάνει τρία κύρια θέματα που απασχολούν την έγκυο: το άγχος για τον τοκετό, τα σωματικά ενοχλήματα που εμφανίζονται πάλι στο 50% των εγκύων⁷² και την προετοιμασία για την άφιξη του μωρού.⁷³ Επιπλέον συνυπάρχει το άγχος τους ότι θα πάρουν βάρος ή το άγχος τους για το πώς θα φροντίσουν το νεογέννητο, αλλά και την κοινωνική πίεση που δέχονται προκειμένου να μην καπνίζουν κατά την κύηση.²⁹

Τέλος, υπάρχει μια κατηγορία γυναικών οι λεγόμενες «αυθόρμητα» μη καπνίστριες που σταματούν πιο εύκολα το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη στιγμή της ζωής τους, αυτές συνήθως καπνίζουν λιγότερο, μπορεί να μην έχουν καπνιστές συντρόφους και έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των κινδύνων που διατρέχουν από το κάπνισμα.⁷ Ωστόσο μόνο το ένα τρίτο αυτών συνεχίζει να μην καπνίζει μετά από ένα χρόνο.⁷⁴ Άρα όσο εύκολα γίνεται η διακοπή του καπνίσματος από αυτή την κατηγορία καπνιστριών κατά την εγκυμοσύνη, τόσο εύκολα υποτροπιάζουν μετά το πέρας αυτής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την κύηση, καθιστούν επιτακτική τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει συστηματικά εντοπίζουν τις

εγκύους καπνίστριες και να τις συμβουλεύουν σχετικά.

Αποδεικνύεται ότι επωφελέστερες και αποτελεσματικότερες είναι οι εντατικές παρεμβάσεις γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου, που συμπεριλαμβάνουν: μεγαλύτερη χρονική διάρκεια συναντήσεων, περισσότερες συναντήσεις, παροχή έντυπου οδηγού αυτοβοήθειας και συναντήσεις και μετά τον τοκετό για πρόληψη επανέναρξης του καπνίσματος. Για τις πολύ εξαρτημένες καπνίστριες κατά Fragestrom⁷⁵ είναι προτιμητέα η διακοπή του καπνίσματος πριν την εγκυμοσύνη. Πρόσφατα, για αυτή την κατηγορία εγκύων καπνιστριών προτείνεται η χρήση προϊόντων θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης έπειτα από προσεκτική εκτίμηση, συνεχή παρακολούθηση και με την προϋπόθεση ότι η έγκυος είναι αποφασισμένη να διακόψει το κάπνισμα.²²

Δεν πρέπει να αγνοείται και η θετική οικονομική επίπτωση της διακοπής του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη αφού έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωρους τοκετούς, μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών και μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.⁷⁶

Αποδεδειγμένα πλέον είναι τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση όσον αφορά το βάρος γέν-

νησης του νεογνού. Η διακοπή του καπνίσματος κατά τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, οδηγεί σε γέννηση παιδιών με παρόμοιο βάρος προς τα νεογνά μητέρων, που δεν κάπνισαν ποτέ.⁷⁷ Το θετικό αυτό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος δεν παρατηρείται σε περιπτώσεις απλής ελάττωσης του αριθμού των τσιγάρων.^{78,79} Τα παιδιά αυτά μεγαλώνοντας έχουν μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας, καθώς πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα και έχουν λιγότερες μαθησιακές δυσκολίες.^{80,81} Ενώ, εάν όλες οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν 15 ή περισσότερα τσιγάρα ημερησίως σταματούσαν το κάπνισμα, θα μπορούσε να αποφευχθεί το 5% των νοσοκομειακών εισαγωγών παιδιών μικρότερων των 8 μηνών.⁸²

Είναι φανερό, ότι το ουσιαστικά ελάχιστο κόστος των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη οδηγεί σε ασύγκριτα μεγαλύτερο όφελος,⁸³ που σχετίζεται πρώτιστα με την υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών χωρίς να αγνοούνται οι οικονομικές και κοινωνικές θετικές επιπτώσεις αυτής της διακοπής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

(Βλέπε αγγλικό κείμενο)