



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΜΟΡΦΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΤΣΙΛΙΕΡΗΣ

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

ΑΝΔΡΙΑΝΗ Ν. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ, MSc

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2012

Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

ΑΡΧΑΙΟ ΚΕΙΜΕΝΟ:

« Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἱητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, Ἱστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπιῆς κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.»

Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ:

« Ορκίζομαι στο θεό Απόλλωνα τον ιατρό και στο θεό Ασκληπιό και στην Υγεία και στην Πανάκεια και επικαλούμενος τη μαρτυρία όλων των θεών ότι θα εκτελέσω κατά τη δύναμη και την κρίση μου τον όρκο αυτόν και τη συμφωνία αυτή. Να θεωρώ τον διδάσκαλό μου της ιατρικής τέχνης ίσο με τους γονείς μου και την κοινωνό του βίου μου. Και όταν χρειάζεται χρήματα να μοιράζομαι μαζί του τα δικά μου. Να θεωρώ την οικογένειά του αδέρφια μου και να τους διδάσκω αυτήν την τέχνη αν θέλουν να την μάθουν χωρίς δίδακτρα ή άλλη συμφωνία. Να μεταδίδω τους κανόνες ηθικής, την προφορική διδασκαλία και όλες τις άλλες ιατρικές γνώσεις στους γιους μου, στους γιους του δασκάλου μου και στους εγγεγραμμένους μαθητές που πήραν τον ιατρικό όρκο, αλλά σε κανέναν άλλο. Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη. Παρομοίως, δεν θα εμπιστευτώ σε έγκυο μέσο που προκαλεί έκτρωση. Θα διατηρώ αγνή και άσπιλη και τη ζωή και την τέχνη μου. Δεν θα χρησιμοποιώ νυστέρι ούτε σε αυτούς που πάσχουν από λιθίαση, αλλά θα παραχωρώ την εργασία αυτή στους ειδικούς της τέχνης. Σε όσα σπίτια πηγαίνω, θα μπαίνω για να βοηθήσω τους ασθενείς και θα απέχω από οποιαδήποτε εσκεμμένη βλάβη και φθορά, και ιδίως από γενετήσιες πράξεις με άνδρες και γυναίκες, ελεύθερους και δούλους. Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά. Αν τηρώ τον όρκο αυτό και δεν τον παραβώ, ας χαίρω πάντοτε υπολήψεως ανάμεσα στους ανθρώπους για τη ζωή και για την τέχνη μου. Αν όμως τον παραβώ και επιορκήσω, ας πάθω τα αντίθετα.»

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΕΩΣ : 12/04/2006.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 10/10/2007.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Παναγιώτης Μπεχράκης

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Μαρία Λυμπέρη

Καθηγητής κ. Μιχαήλ Κουτσιλιέρης

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΣ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:
09/01/2008.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 13/07/12.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 18/07/12.

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ: Καθηγητής κ. Μελέτιος-Αθανάσιος
Δημόπουλος.**

ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

1. Καθηγητής κ. Γεώργιος Κρεατσάς
2. Καθηγητής κ. Μιχαήλ Κουτσιλιέρης
3. Καθηγητής κ. Δημήτριος Μπότσης
4. Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Παναγιώτης Μπεχράκης
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Μαρία Λυμπέρη
6. Επίκουρος Καθηγητής κ. Χαράλαμπος Χρέλιας
7. Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Παναγούλα Αγγελολιάννη

Η ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΚΡΙΘΗ ΟΜΟΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ «ΑΡΙΣΤΑ».

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο: Ανδριανή Λουκοπούλου

Όνομα Πατρός : Νικόλαος

Ημερομηνία Γεννήσεως: 28/02/1977

ΣΠΟΥΔΕΣ

- **09/01/2008-τώρα:** Εκπόνηση διδακτορικής Διατριβής στο Εργαστήριο Φυσιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- **2003-2004:** Φοίτηση στο τμήμα της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου του Εδιμβούργου, του Ηνωμένου Βασιλείου, ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια. Αποφοίτηση με τον **Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην Νοσηλευτική (MSc in Nursing)**. Στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών εκπονήθηκε μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με θέμα: «**Ποιές είναι οι ανάγκες των νέων νοσηλευτών για συνεχόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση;**».
- **1996-2000:** Φοίτηση στο τμήμα της Νοσηλευτικής Α΄, των Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Αποφοίτηση το 2000 με **βαθμό πτυχίου «λίαν καλώς»**. Εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: « **Κάπνισμα και Υγεία, ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη**», η οποία βαθμολογήθηκε με «Άριστα».

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- **04/10/2011-τώρα:** Εκτελώ χρέη **προϊσταμένης καρδιολογικής κλινικής** Σισμανογλείου-Παραρτήματος (πρώην 1^{ου} Νοσοκομείου Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ Αθηνών) με ανάθεση καθηκόντων.

- **01/06/2011:** Από 01/06/2011 (ΦΕΚ β 1034/ 27.5.11) ως υπηρετούσα υγειονομική υπάλληλος του 1^{ου} Νοσοκομείου Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ μεταφέρθηκα με την ίδια εργασιακή σχέση, οργανική θέση, κλάδο, ειδικότητα και βαθμό στο Σισμανόγλειο Γ.Π.Ν Αττικής.
- **02/05/2011-03/10/2011:** Εργάστηκα ως νοσηλεύτρια στο **Γραφείο Νοσηλευτικής Υποδιεύθυνσης** του πρώην 1^{ου} Νοσοκομείου Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ Αθηνών, νυν Σισμανογλείου-Παραρτήματος.
- **01/10/2004-01/05/11:** Εργάστηκα ως υπεύθυνη νοσηλεύτρια στο **Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων** του 1^{ου} Νοσοκομείου Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ Αθηνών.
- **16/03/2007-11/03/2008:** Εργάστηκα ως **Νοσηλεύτρια Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων (Ν.Ε.Λ)** μερικής απασχόλησης στο 1^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (αρ.πρωτ. 4175/16/3/07) ταυτόχρονα με την εργασία μου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.
- **20/01/2003 -20/09/2003:** Εργάστηκα ως **νοσηλεύτρια αναισθησιολογικού τμήματος** του 1^{ου} Νοσοκομείου Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ Αθηνών.
- **20/01/2003:** **Ορκίστηκα** και ανέλαβα υπηρεσία στο **1^ο Νοσοκομείο Ι.Κ.Α-ΕΤΑΜ.**
- **19//02/2002:** **Διορίστηκα** σαν δόκιμος τακτικός υγειονομικός υπάλληλος στον κλάδο ΤΕ Νοσηλευτικής του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (ΦΕΚ 282/19-12-2002)
- **08/06/2000-18/01/2003:** Εργάστηκα ως νοσηλεύτρια αναισθησιολογικού τμήματος στην **«Ευρωκλινική Αθηνών».**

ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Μ. Κούγιας^{1,2}, Ε. Αυλωνίτου^{1,2}, Α. Λουκοπούλου^{1,2}, Β. Ευαγγελοπούλου¹, Μ.Π. Βασιλείου¹, Π.Κ. Μπεχράκης^{1,2} «Αντιστάσεις ροής του αναπνευστικού συστήματος σύμφωνα με τη μέθοδο των εξαναγκασμένων ταλαντώσεων πριν και μετά την έκθεση σε καπνό τσιγάρου». 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 26 - 29 Νοεμβρίου 2009, Θεσσαλονίκη.

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

2. Μ. Κούγιας^{1,2}, Ε. Αυλωνίτου^{1,2}, Α. Λουκοπούλου^{1,2}, Β. Ευαγγελοπούλου¹, Μ.Π. Βασιλείου¹, Π.Κ. Μπεχράκης^{1,2} «Φλεγμονώδης απάντηση του αναπνευστικού συστήματος ως άμεση αντίδραση μετά από έκθεση σε καπνό τσιγάρου». 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 26 - 29 Νοεμβρίου 2009, Θεσσαλονίκη.

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

3. Μ. Κούγιας^{1,2}, Α. Λουκοπούλου^{1,2}, Β. Ευαγγελοπούλου¹, Μ.Π. Βασιλείου¹, Π.Κ. Μπεχράκης^{1,2} «Οι δείκτες αντίστασης και χωρητικής αντίστασης του αναπνευστικού συστήματος πριν και μετά βρογχοδιαστολή σύμφωνα με τη μέθοδο των εξαναγκασμένων ταλαντώσεων». 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 26 - 29 Νοεμβρίου 2009, Θεσσαλονίκη.

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

4. Μ. Κούγιας^{1,2}, A. Λουκοπούλου^{1,2}, Β. Ευαγγελοπούλου¹, Μ.Π. Βασιλείου¹, Π.Κ. Μπεχράκης^{1,2} «**Συχνότητα συντονισμού του Α.Σ. και παράμετροι της μεθόδου των εξαναγκασμένων ταλαντώσεων κατά τη διάρκεια αυτόματης αναπνοής**» 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, 26 - 29 Νοεμβρίου 2009, Θεσσαλονίκη.

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

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. RN. Andriani Loukopoulou, ^{1,2}, Dr. Constandine Vardavas, ^{1,3}, Mr. Marios Kougias, , MD^{1,2}, Mr. Nektarios Anagnostopoulos, MD^{1,2}, Prof. Dr George Farmakides, MD⁴, Prof. Dr Manolis Tatzarakis⁵, Prof. Dr Aristidis Tsatsakis⁵, Dr. Vassiliki Evangelopoulou, MD¹ and Prof. Dr Panagiotis Behrakis, MD^{1,2,6}. **High and low intensity interventions for smoking cessation during pregnancy, an RCT. European Respiratory Society Annual Congress 2011 (Abstract Number: 850775)** September 24-28, 2011 Amsterdam, Netherlands

1. Smoking and Lung Cancer Research Center, Donation of G.D. Behrakis, Athens, Greece, Hellenic Cancer Society, Athens, Greece; 2. Medical Faculty, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece; 3. Center for Global Tobacco Control, Harvard School of Public Health, Boston, United States; 4. 6th Maternity Clinic, General Maternity District Hospital "Helena Venizelou", Athens, Greece; 5. Laboratory of Toxicology, Medical School of

the University of Crete, Heraklion, Greece; 6. Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health, Boston, United States.

2. Loukopoulou A N, Vardavas C I, Farmakides G, Rossolymos Ch, Chrelas Ch, Tzatzarakis M, Tsatsakis A, Evangelopoulou V, Lymberi M, Behrakis P.K **Maternal Smoking Cessation during Pregnancy, the M-SCOPE study. 9th Annual Conference of the International Society for the Prevention of Tobacco Induced Diseases (ISPTID) 21st to 23rd September 2011, Vienna – Austria.** This research is partially funded by the Smoking and Lung Cancer Research Center of the Hellenic Cancer Society and through the Behrakis Foundation via the “HEART” project (Hellenic Action for Research Against Tobacco).

3. Marios S. Kougias, MD; Nektarios Anagnostopoulos, MD; Constantine I. Vardavas, PhD; Andriani Loukopoulou, BSc; Vassiliki Evangelopoulou, MD; Miltos Vassiliou, MD and Panagiotis K. Behrakis, MD. **Immediate Effects of Smoking of a Single Cigarette on Exhaled Nitric Oxide and Lung Mechanics in Young Adults.** Hellenic Cancer Society , Center of Smoking Research ,Donation of G.D. Behrakis, Athens, Greece .**CHEST 2010: AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP) ANNUAL MEETING.** October 30, 2010 - November 4, 2010, Vancouver, BC, Canada

4. Loukopoulou AN, Vardavas CI, Tzatzarakis M, Farmakides G, Rossolymos Ch, Chrelas Ch, Tsatsakis A, Conolly G, Behrakis PK. **Urinary Nicotine and Cotinine as a Method for Assessing the Effectiveness of an Intervention to Aid Smoking Cessation During Pregnancy. CHEST 2012: AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP) ANNUAL MEETING. October 20-25 2012. Atlanta, Georgia. (ACCEPTED).**

ΟΜΙΛΙΕΣ

9/12/2011: Ομιλία με θέμα «**Η διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση, έρευνα M-SCOPE**» στα πλαίσια του 2^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου για τον Έλεγχο του Καπνίσματος που διεξήχθη στην Αθήνα στις 8-10/12/2011 με θέμα «μαθαίνω να μην καπνίζω», Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

1. α. Λουκοπούλου Α, Ευαγγελοπούλου Β, Μπεχράκης Π. (2010) **Κάπνισμα και κύηση «Πνεύμων»** 23 (2) σελ.153-159.
1. β Loukopoulou A, Evangelopoulou V, Behrakis P. (2010) **Smoking and pregnancy.** ‘Pneumon’, 23 (2) pp160-167. (Review).
2. α Λουκοπούλου ΑΝ, Βασιλείου ΜΠ, Μπεχράκης ΠΚ. (2011) **Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση «Πνεύμων»**, 24(1):381-391.
2. β Loukopoulou AN, Vasiliou MP, Behrakis PK. (2011) **Interventions for smoking cessation during Pregnancy** Pneumon, 24(1):381-391(Review).
3. Andriani N. Loukopoulou, Constantine I. Vardavas, George Farmakides, Christos Rossolymos, Charalambos Chrelias, Manolis N. Tzatzarakis, Aristidis Tsatsakis, Maria Lymberi, Gregory N. Connolly, Panagiotis K.Behrakis. **Design and study protocol of the Maternal Smoking Cessation during Pregnancy study, (M-SCOPE).** BMC Public Health 2011; 11:903.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΤΑ Μ.Μ.Ε.

Συμμετοχή σε ντοκιμαντέρ που προβλήθηκε από την **ΕΤ1 στις 15/01/2011, στις 15:45**, με τίτλο **“Απαγορεύεται το κάπνισμα”**, σε σκηνοθεσία Βασίλη Ντούρου. Το επεισόδιο ήταν το έβδομο της σειράς ντοκιμαντέρ κοινωνικού περιεχομένου, **«Μία κοινωνία... ένα όνειρο»**. Όπου παρουσίασα την έρευνα με τίτλο: **«Η αποτελεσματικότητα της εντατικής και της ελάχιστης παρέμβασης στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη»**. Εταιρία παραγωγής **Bee Group ΑΕ**. Το video της παρουσίασης είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο ακόλουθο site:

http://www.youtube.com/watch?v=Nc55_bWhlqc

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ

2002: Επίτευξη της πρώτης υποτροφίας του **Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (Ι.Κ.Υ)**, για μεταπτυχιακές σπουδές στο Εξωτερικό ύστερα από επιτυχή συμμετοχή σε ειδικούς διαγωνισμούς στην επιστήμη, που διεξήχθησαν από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών.

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Άριστη Γνώση Αγγλικών.

ΑΛΛΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

- Γνώση χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή (windows xp professional, word, excel, SPSS, power-point).
- Γνώση χρήσης του διαδικτύου (internet) και άντλησης βιβλιογραφίας από τις Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως: Excerpta Medica Online (EMBASE), Index Medicus online (MEDLINE), Cumulative Index of Nursing, Allied Health Literature (CINAHL) και COHRANE library.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- **15/9, 04/12 & 18/12/2010:** Παρακολούθηση κλινικού Φροντιστηρίου διάρκειας δεκαπέντε 15 ωρών με θέμα «**ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ – SPSS**» που διοργανώθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Νοσηλευτικής Έρευνας και Εκπαίδευσης με τη συνεργασία των τμημάτων της Νοσηλευτικής Α΄ και Β΄ του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας.
- **6/11/2001-29/01/2002:** Παρακολούθηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας με θέμα «**Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση Νεοπλασμάτων**», υπό την αιγίδα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας.

ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

- Μέλος της Ένωσης Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος .
- Μέλος της Ελληνικής Αντικαρκινικής και Αντικαπνιστικής Εταιρίας.
- Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Νοσηλευτικής Έρευνας και Εκπαίδευσης
- Μέλος του Διεθνούς Δικτύου **GLOBALink** , Global Tobacco Control.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ 16 ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΑΙ ΗΜΕΡΙΑΔΕΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας έρευνας διήρκησε από τον Νοέμβριο 2009 έως τον Φεβρουάριο 2012. Μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της έρευνας έχει δημοσιευθεί στο περιοδικό «Πνεύμων» (2010, 2011). Το ερευνητικό πρωτόκολλο έχει δημοσιευθεί στο περιοδικό BMC Public Health (2011). Ενώ μέρος των αποτελεσμάτων ανακοινώθηκε σε συνέδρια τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα: European Respiratory Society 2011, ISPTID 2011, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τον Έλεγχο του Καπνίσματος 2011, Chest 2012.

Στην ολοκλήρωση αυτής της έρευνας συνέβαλαν καθοριστικά δάσκαλοι και συνεργάτες τους οποίους θέλω να ευχαριστήσω ως ακολούθως:

Ιδιαίτερώς θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παναγιώτη Μπεχράκη, Αναπληρωτή Καθηγητή Φυσιολογίας της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α), για την ανάθεση της παρούσας έρευνας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, για την έμπειρη καθοδήγηση, την έμπρακτη και άμεση υποστήριξή του, καθώς και για την βοήθεια του για την εκπόνηση και την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Αισθάνομαι πραγματικά ευγνώμων, που μου δόθηκε η δυνατότητα να συνεργαστώ μαζί του και να μάθω από έναν τόσο εμπνευσμένο και ακούραστο Δάσκαλο.

Ευχαριστώ θερμά τον Καθηγητή κ. Μιχαήλ Κουτσιλιέρη, Διευθυντή του Εργαστηρίου Φυσιολογίας της Ιατρικής σχολής του Ε.Κ.Π.Α., χωρίς την έγκριση του οποίου δεν θα είχε πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα. Ευχαριστώ την κ. Μαρία Λυμπέρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φυσιολογίας της Ιατρικής σχολής του Ε.Κ.Π.Α., και μέλος της τριμελούς επιτροπής παρακολούθησης αυτής της έρευνας για τις χρήσιμες υποδείξεις της.

Στον καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας και πρώην Διευθυντή της Γ' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», κ. Εμμανουήλ Σαλαμαλέκη εκφράζω τις ευχαριστίες μου για την

συμμετοχή της κλινικής του στην έρευνα. Στον νυν Διευθυντή της Γ΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής, Καθηγητή κ. Δημήτριο Κασσάνο, εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες μου για την καλή συνεργασία καθόλη την διάρκεια της έρευνας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ Χαράλαμπο Χρέλια, αναπληρωτή Καθηγητή της Γ΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής για την καλή συνεργασία, καθώς και όλους τους καθηγητές, τους ιατρούς και το προσωπικό της κλινικής.

Τον Διευθυντή της ΣΤ΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», κ. Γεώργιο Φαρμακίδη ολόθερμα ευχαριστώ για την άμεση, ένθερμη υποστήριξη και συνεργασία του καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Ομοίως ευχαριστώ τον Διευθυντή της Ε΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής κ. Χρήστο Ροσόλυμο για το ερευνητικό του ενδιαφέρον και την έμπρακτη συμμετοχή και υποστήριξή του. Ευχαριστώ επίσης όλους τους ιατρούς και το προσωπικό των ανωτέρω κλινικών.

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε μερικώς από το Behrakis Foundation, μέσω του HEART project (Hellenic Action for Research Against Tobacco) και μερικώς από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για το λόγο αυτό ευχαριστώ θερμά τον κ. Γεώργιο Δ. Μπεχράκη, που με την χορηγία του συνετέλεσε στην πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης. Επίσης, ιδιαίτερα ευχαριστώ τον πρόεδρο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Καθηγητή κ. Σταύρο Μπεσμπέα για το ενδιαφέρον και τη συνεργασία του.

Ευχαριστώ ολόψυχα όλους τους συνεργάτες του Κέντρου Έρευνας Καπνίσματος και Καρκίνου του Πνεύμονος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας για την καλή συνεργασία και την συμπαράσταση. Ιδιαίτερος θερμά ευχαριστώ την Πνευμονολόγο, Διευθύντρια της ΜΕΘ του Νοσοκομείου «ΚΥΑΝΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» κ. Βασιλική Ευαγγελοπούλου για την ηθική, ουσιαστική και άοκνη συμπαράσταση και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Στον Αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Μιλτιάδη

Βασιλείου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την συνεργασία του στα διάφορα στάδια της έρευνας και τις πολύτιμες οδηγίες του. Ευχαριστώ θερμά τον κ. Κωνσταντίνο Βαρδαβά, ερευνητή του Harvard University και συνεργάτη του Κέντρου Έρευνας Καπνίσματος και Καρκίνου του Πνεύμονος για την καλή συνεργασία και το ενδιαφέρον του καθώς και για την συμμετοχή του στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στο εργαστήριο Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης εκφράζω τις ευχαριστίες μου για τις αναλύσεις των δειγμάτων κοτινίνης και νικοτίνης ούρων. Ιδιαίτερως ευχαριστώ τον κ. Αριστείδη Τσατσάκη, Καθηγητή Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, και τον κ. Εμμανουήλ Τζατζαράκη, Λέκτορα Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, για την πολύ καλή συνεργασία.

Ευχαριστώ θερμά την Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υποδιεύθυνσης του «Σισμανογλείου ΓΝΑ-Παραρτήματος» κ. Μαρία Τελειώνη για την ενθάρρυνση και την ηθική της υποστήριξη καθ' όλο το χρονικό διάστημα της συνεργασίας μας, καθώς και το προσωπικό της Καρδιολογικής Κλινικής για την υποστήριξή του.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την Καθηγήτρια μου κ. Γεωργία Σαββοπούλου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του τμήματος της Νοσηλευτικής Α΄ του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας, που με τις συμβουλές της ενθάρρυνε τους φοιτητές να διευρύνουν επιστημονικά τους ορίζοντες τους και αποτέλεσε πρότυπο για πολλούς από εμάς.

Θερμά ευχαριστώ όλες τις έγκυες καπνίστριες που συμμετείχαν στην έρευνα για το χρόνο τους και την προσπάθεια που κατέβαλλαν.

Τέλος, ευχαριστώ ολόψυχα τους γονείς μου, Νικόλαο και Βασιλική, για την ηθική τους συμπαράσταση και κατανόηση. Ιδιαίτερα ευχαριστώ την αδελφή μου Μαρία, Δικηγόρο Παρ' Αρείω Πάγω, για την υπομονή, τη διαρκή συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθειά της καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	13
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	21

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	24
1.2 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΔΙΕΘΝΩΣ.....	26
1.3 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	29
1.4 ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	31
1.5 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ.....	33
1.6 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

2.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ.....	37
2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ.....	39
2.2.1 Κάπνισμα και Καρκίνος.....	39
2.2.2 Καρδιαγγειακές Παθήσεις και Κάπνισμα.....	41
2.2.3 Αναπνευστικό Σύστημα και Κάπνισμα.....	43
2.2.2 Κάπνισμα και Ανδρική Υπογονιμότητα.....	44
2.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	45
2.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ.....	47
2.4.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ.....	47
2.4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ

3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	
3.1.1 Εισαγωγή.....	50
3.1.2 Ανωμαλίες Πλακούντα.....	51
3.1.3 Έκτοπη Κύηση.....	52
3.1.4 Αποκόλληση Πλακούντα	52
3.1.5 Προδρομικός Πλακούντας.....	53
3.1.6 Πρόωρη Ρήξη Εμβρυικών Υμένων	55
3.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ	
3.2.1 Μητρικό Κάπνισμα και Χαμηλό Βάρος Γέννησης Νεογνού.....	56
3.2.2 Το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου των Βρεφών.....	57
3.2.3 Μητρικό Κάπνισμα και Αναπνευστικό Σύστημα του Παιδιού.....	58
3.2.4 Διαταραχή Συμπεριφοράς, Ελλειμματική Προσοχή και Υπερκινητικότητα.....	60
3.2.5 Καθημερινό Μητρικό Κάπνισμα και Αυτισμός.....	61
3.2.6 Η Επίδραση του Μητρικού Καπνίσματος στη Γονιμότητα των Αγοριών.....	61
3.2.7 Συγγενείς Ανωμαλίες και Μητρικό Κάπνισμα.....	62
3.2.8 Μητρικό Κάπνισμα και Αυξημένη Νοσοκομειακή Νοσηλεία των Παιδιών.....	63
3.2.9 Αύξηση Παιδικού Καρδιαγγειακού Κινδύνου και Μητρικό Κάπνισμα.....	64
3.3 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	67
4.2 Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	69
4.2.1 Τα «5 Α» της Διακοπής του Καπνίσματος στην Εγκυμοσύνη.....	69
4.2.2 Τα «Στάδια Αλλαγής».....	71
4.2.3 Οι Γνωσιακές –Συμπεριφοριστικές Παρεμβάσεις.....	73
4.3 Ο ΟΔΗΓΟΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	75
4.3.1 Η Χρησιμότητα και η Αποτελεσματικότητα του Οδηγού Αυτοβοήθειας.....	76
4.4 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ	77

4.5 Η ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	80
4.5.1 Είδη Βιοχημικών Ελέγχων: Διαφορές-Αδυναμίες.....	80
4.5.2 Η Αναφερόμενη Διακοπή Καπνίσματος και η Αξιοπιστία της.....	82
4.6 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	84
4.6.1 Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης	84
4.6.2 Υδροχλωρική Βουπροπιόνη και Βαρενικλίνη.....	86
4.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	88
4.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	92
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	94
5.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	96
5.4 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	97
5.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.....	101
5.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	103

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΙ

6.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ.....	105
6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	107
6.3 ΜΕΛΕΤΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	107
6.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	109
6.4.1 Κριτήρια Ενταξης.....	109
6.4.2 Κριτήρια Αποκλεισμού.....	109
6.5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	110
6.5.1 Ελάχιστη Παρέμβαση	110
6.5.2 Εντατική Παρέμβαση	110

6.6 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΔΗΓΟΥ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ.....	111
6.7. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	114
6.7.1 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας - 28 Ερωτήσεων του Goldberg (Goldberg's General Health Questionnaire).....	113
6.7.1.1 Υπολογισμός του Goldberg's General Health Questionnaire.....	116
6.7.2. Κλίμακα Υπολογισμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη του Fagerstrom (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence).....	117
6.7.2.1 Υπολογισμός του Fagerstrom Test for Nicotine Dependence.....	117
6.8 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	118
6.8.1. Εκπνεόμενο Μονοξείδιο του Άνθρακα.....	118
6.8.2. Κοτινίνη Ούρων.....	120
6.8.3. Νικοτίνη Ούρων.....	121
6.8.4 Η Επίδραση της Κύησης στο Μεταβολισμό της Νικοτίνης και της Κοτινίνης.....	121
6.9 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	123
6.9.1 Αντιδραστήρια.....	123
6.9.2 LC MS Ανάλυση.....	123
6.10 Η ΗΘΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	125
6.11 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	127
7.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	129
7.2.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	130
7.2.2 Ιστορικό Καπνίσματος των Συμμετεχουσών.....	131
7.2.2.1 Αποτελέσματα από την Κλίμακα Υπολογισμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη-Fagerstrom Test for Nicotine Dependence.....	134
7.2.3 Στοιχεία από το Ατομικό Ιστορικό των Συμμετεχουσών.....	135
7.2.4 Αποτελέσματα από το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28 Ερωτήσεων- Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ).....	136
7.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	138
7.4. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	140
7.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ.....	143
7.5.1 Επεξεργασία των Τιμών της Νικοτίνης 6 Μήνες μετά τον Τοκετό.....	145
7.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ.....	146
7.6.1 Επεξεργασία των Τιμών της Κοτινίνης 6 Μήνες μετά τον Τοκετό.....	148
7.7 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	149

7.8 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	151
7.8.1 Τα Επίπεδα Κοτινίνης Ούρων της Ομάδας Έλεγχου μετά την Παρέμβαση Ανάλογα με την Αναφερόμενη Μεταβολή της Καπνιστικής Κατάστασης.....	153
7.8.2 Τα Επίπεδα Κοτινίνης Ούρων της Πειραματικής Ομάδας μετά την Παρέμβαση Ανάλογα με την Αναφερόμενη Μεταβολή της Καπνιστικής Κατάστασης.....	155
7.9 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	157
7.10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ.....	159
7.11 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ.....	160
7.12 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΩΝΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ.....	162

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	163
8.1.1 Συσχέτιση της Ομάδας Παρέμβασης με την Αποτελεσματικότητα της Διακοπής Καπνίσματος.....	168
8.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ.....	169
8.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	171
8.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	172
 ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	 173
 SUMMARY.....	 175
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	 177
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	 208

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα κατά την κύηση είναι η σημαντικότερη αιτία για τη δημιουργία επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης, που εύκολα όμως προλαμβάνονται.[1] Στο συμπέρασμα αυτό συγκλίνει και η μετά-ανάλυση των Castles και συνεργατών, που επισημαίνει ότι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης πλακούντα, έκτοπης κύησης και πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων.[2] Επίσης, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης: υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, με πρόωρο τοκετό [3] και με το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών.[4]

Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του προβλήματος, το θέμα αυτό έχει απασχολήσει περισσότερα από 30 χρόνια τους ερευνητές στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τις καταλληλότερες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση.[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. [5]

Παρόλο που το 40% των εγκύων διακόπτουν αυθορμήτως το κάπνισμα πριν την πρώτη τους επίσκεψη στο γυναικολόγο,[6] οι υπόλοιπες επιμένουν να καπνίζουν. Σε αυτές απευθύνονται τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση με αρκετά σημαντικό ποσοστό επιτυχίας.[3, 7] Ωστόσο, 20-30% των εγκύων συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την κύηση, όπως αποδεικνύει η έρευνα των Coleman και Joyce σε δέκα Πολιτείες της Αμερικής.[8]

Ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλει ανάλογα με τη χώρα. Στην Ευρώπη, στη Νότιο Αφρική και την Αυστραλία ένα ποσοστό 20-45% όλων των εγκύων γυναικών καπνίζουν, ενώ η επίπτωση του καπνίσματος στη Νότιο Αμερική είναι σχετικά χαμηλότερη περίπου 20%.[9, 10, 11, 12, 13, 14, 15] Στη Σουηδία, μια χώρα που

διεξήγαγε συνεχή καμπάνια για τη μείωση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη, η μείωση του καπνίσματος των εγκύων βάση των συστηματικών καταγραφών ήταν εντυπωσιακή. Ενώ το 1994 κάπνιζε το 29% των εγκύων καθημερινά, το 1997 το ποσοστό μειώθηκε στο 15%.**[16]**

Επομένως, αρκετές γυναίκες συνεχίζουν να καπνίζουν και κατά τη διάρκεια της κύησης. Έστω και αν δεν συνειδητοποιείται το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη είναι άλλη μια μορφή παθητικού καπνίσματος, στην έκθεση του οποίου υποβάλλεται υποχρεωτικά το έμβρυο που κυοφορούν, με αποτέλεσμα να δέχεται όλες τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, που μπορεί να το οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο, καθώς δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα που να θεωρείται ασφαλές.**[17]**

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι 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.**[18]**

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το κάπνισμα φύλλων ήταν διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των αρχαίων λαών, στους Δελφούς για παράδειγμα η Πυθία χρησιμοδοτούσε μόνο υπό τέτοιες συνθήκες. Το κάπνισμα του καπνού όμως συσχετίστηκε με την εισαγωγή του από την Αμερική γιατί οι πρώτοι Ευρωπαίοι, που παρατήρησαν το κάπνισμα φύλλων καπνού, ήταν το πλήρωμα του Χριστόφορου Κολόμβου.[19] Η νικοτίνη το κύριο συστατικό του καπνού οφείλει το όνομά της στον Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot, που διέδωσε τον καπνό γιατί πίστευε ότι είχε «θεραπευτικές ιδιότητες». Λόγω αυτών των υποτιθέμενων ιδιοτήτων ο κόσμος εκείνη την εποχή άρχισε να ονομάζει τον καπνό βότανο πανάκεια (Herba Panaceja). Το όνομα του Nicot δόθηκε και στο ίδιο το φυτό το οποίο μέχρι τότε λεγόταν ταμπάκο (tobacco), αλλά έκτοτε μετονομάστηκε σε νικοτιανή (Herba Nikotiana. **εικόνα 1**).[20]

Οι Ευρωπαίοι αρχικά αντέδρασαν στη συνήθεια του καπνίσματος, ο Ιάκωβος ο Α΄ της Αγγλίας αποκήρυξε το κάπνισμα, και ο Λουδοβίκος ΙΓ΄ της Γαλλίας έστειλε τους καπνιστές στα κάτεργα. Το κάπνισμα άρχισε να γίνεται κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια στο Δυτικό κόσμο, όταν εμφανίστηκαν τα πρώτα τσιγάρα τον 18^ο αιώνα.[21] Το κάπνισμα διαδόθηκε ευρέως στους άνδρες κατά τη διάρκεια του 1^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου και στις γυναίκες μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο.[22] Στην εξάπλωση του καπνίσματος συνετέλεσε η βιομηχανική επανάσταση, η διαφήμιση και η απελευθέρωση των γυναικών.[23] Η αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των Ευρωπαίων γυναικών υπήρξε σταθερά ανοδική, για παράδειγμα στη Σουηδία τα ποσοστά σχεδόν τετραπλασιάστηκαν και ενώ το 1946 ήταν 9% το 1980 έφτασε να καπνίζει το 33% των γυναικών.[24]

Ιδιαίτερα σημαντικός αποδείχθηκε ο ρόλος της διαφήμισης, που παρουσίαζε το κάπνισμα ως «πηγή απόλαυσης». Ταυτόχρονα όμως με την βοήθεια της χημείας εξακριβώθηκαν τα είδη των ουσιών που εμπεριέχονται στα φύλλα του καπνού. Το 1950 όλος ο κόσμος έμαθε πόσο επιβλαβής είναι ο καπνός για τον άνθρωπο, όταν δημοσιεύθηκαν τα πρώτα αποτελέσματα των ερευνών της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας. [20]

Εικόνα 1. Καπνός (Nicotiana)



Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

Τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στην υγεία άρχισαν να μελετώνται από το 1950 και έπειτα.[25] Αυτή τη στιγμή υπολογίζεται ότι οι καπνιστές παγκοσμίως ξεπερνούν το 1.000.000.000. Αν και έχει σημειωθεί μείωση του καπνίσματος στα ανεπτυγμένα κράτη, υπάρχει παγκόσμια αύξηση στη χρήση προϊόντων καπνού, διότι η επιδημία του καπνίσματος έχει στραφεί προς τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Ειδικότερα, περισσότεροι από το 80% των καπνιστών προέρχονται από τις φτωχότερες και μεσαίου εισοδήματος χώρες σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.[26]

Οι παράμετροι της καπνιστικής συνήθειας, που κατεξοχήν μελετώνται είναι: η χρονική διάρκεια, η ηλικία έναρξης, ο επιπολασμός (το ποσοστό του πληθυσμού που σε μια ορισμένη χρονική στιγμή αναφέρει ότι καπνίζει), η ποσότητα του καπνού που καταναλώνεται (συνήθως αριθμός τσιγάρων/ανά ημέρα), η συχνότητα της διακοπή του καπνίσματος, η μορφή του καταναλισκόμενου καπνού (πούρο, τσιγάρο, πίπα, με φίλτρο ή χωρίς) και ο τρόπος του καπνίσματος (εάν καπνίζεται ολόκληρο το τσιγάρο, σε πόσες εισπνοές αντιστοιχεί ένα τσιγάρο, εάν εισπνέεται ο καπνός).[27] Καθώς η αύξηση του σχετικού κινδύνου είναι ανάλογη προς τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται και τη διάρκεια της συνήθειας του καπνίσματος, που αποτιμάται σε χρόνια από την έναρξη του καπνίσματος. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι περισσότερο επιβλαβές από το κάπνισμα πούρου ή πίπας, όμως η διαφορά δεν είναι τόσο σημαντική όσο πιστεύεται. Η εισπνοή του καπνού είναι επιβλαβής για τους ελαφρείς καπνιστές, αλλά έχει ελάχιστη σημασία για τους βαρείς καπνιστές και θεωρείται σημαντική για τον περιφερικό καρκίνο του πνεύμονα. [28]

Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής μεταξύ των Κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ανίχνευση της στάσης των Ευρωπαίων απέναντι στο κάπνισμα σχεδόν 53%

δήλωσε ότι καπνίζει. Εκ των οποίων το 90% σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη, δήλωσε ότι καπνίζει καθημερινά. Υπάρχει όμως σημαντική στατιστική διαφορά στην ποσότητα κατανάλωσης καπνού μεταξύ των Κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού ο μέσος όρος ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων ποικίλει από 12,3 τσιγάρα στη Σλοβακία και φτάνει στα 23 τσιγάρα ημερησίως στην Ελλάδα. [29]

Τέσσερεις στους πέντε Ευρωπαίους συνηθίζουν να καπνίζουν στο σπίτι, εκ των οποίων οι μισοί δηλώνουν ότι καπνίζουν στο αυτοκίνητο, όταν είναι μόνοι τους, ενώ αντιστοίχως οι Έλληνες καπνίζουν σε ποσοστό 73%. Το 49% των Ελλήνων όμως, συνεχίζει να καπνίζει στο αυτοκίνητο ακόμα και όταν συνοδεύεται από μη καπνιστή, ενώ το 21% συνεχίζει να καπνίζει ακόμα και όταν συνοδεύεται από παιδιά σε αντίθεση με το 9% των Σουηδών και των Σλοβάκων σε ανάλογη περίπτωση. [29]

Τελευταία στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζεται μείωση στα ποσοστά του καπνίσματος των ανδρών, ωστόσο αυξάνονται τα ποσοστά των γυναικών που καπνίζουν κυρίως στα ανατολικά, κεντρικά και δυτικά της Ευρώπης. [30] Ενδεικτική είναι η εικόνα της χώρας μας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2007 οι Ελληνίδες καπνίστριες κατείχαν την πρώτη θέση στην παγκόσμια κατανάλωση καπνού με ποσοστό 31%. Ενώ οι άνδρες βρέθηκαν στην τέταρτη θέση της παγκόσμιας κατάταξης με ποσοστό κατανάλωσης καπνού 46%. Οι Έλληνες αποδεικνύεται πως είναι από τους βαρύτερους καπνιστές παγκοσμίως, αφού το ποσοστό των καπνιστών που καπνίζει καθημερινά στη χώρα μας ανέρχεται στο 38,6%. [31]

Εάν δεν ληφθούν άμεσα τα απαραίτητα μέτρα, ο αριθμός των καπνιστών θα συνεχίσει να αυξάνεται παγκοσμίως. Αυτό οφείλεται στην αύξηση του καπνίσματος στις χαμηλού εισοδήματος χώρες λόγω της σταθερής αύξησης του πληθυσμού τους, με αποτέλεσμα οι καπνοβιομηχανίες να στοχεύουν σε αυτές προκειμένου να εξασφαλίζουν εκατομμύρια εξαρτημένους καπνιστές ετησίως. Και αυτό δεν είναι δύσκολο γιατί τα αποτελέσματα του

καπνίσματος δεν είναι άμεσα εμφανή και οι ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα εμφανίζονται μετά από χρόνια ή δεκαετίες από την έναρξη του.[26]

Ως εκ τούτου στις αναπτυσσόμενες χώρες, που είναι ακόμα στα αρχικά στάδια της επιδημίας του καπνίσματος, δεν έχουν βιώσει ακόμα τα πλήρη αποτελέσματα του, και τις σχετιζόμενες με αυτό ασθένειες και θανάτους, που είναι ήδη εμφανή στα ανεπτυγμένα κράτη σχεδόν έναν αιώνα.[26] Για το λόγο αυτό υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 100 εκατομμύρια κινέζοι, που είναι τώρα <30 ετών, θα πεθάνουν από το κάπνισμα.[32] Στην Ινδία περίπου το ένα τέταρτο των θανάτων ανδρών μέσης ηλικίας οφείλεται στο κάπνισμα.[33]

1.2 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα τελευταία τριάντα χρόνια αυξήθηκε εντυπωσιακά η ετήσια κατά κεφαλήν κατανάλωση καπνού στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, ενώ το 1970-1972 η χώρα μας είχε λάβει τη δέκατη έκτη θέση στην παγκόσμια κατάταξη με βάση την ετήσια κατ' άτομο κατανάλωση καπνού, η οποία ανέρχονταν στα 2.640 τσιγάρα, δέκα χρόνια αργότερα το 1980-1982 ανέβηκε στην τέταρτη θέση της παγκόσμιας κατάταξης με ετήσια κατ' άτομο κατανάλωση 3.440 τσιγάρα ημερησίως. Ενώ, το 1990-1992 η Ελλάδα έλαβε τη δεύτερη θέση στην παγκόσμια κατάταξη με βάση την ετήσια κατανάλωση καπνού, με κατανάλωση 3.590 τσιγάρα κατ' άτομο ημερησίως. [34]

Από το 1984 - 1998 φαίνεται πως αυξήθηκε σταδιακά η συνήθεια του καπνίσματος στη χώρα μας από 34,8% σε 37,6%. Ωστόσο, εντυπωσιακή είναι η επί μέρους διαμόρφωση των ποσοστών, καθώς ενώ στους άνδρες παρουσιάστηκε μείωση, από 54% το 1984 σε 47% το 1998, στις γυναίκες αντιστοίχως υπήρξε μεγάλη άνοδος, καθώς από 19.5% το 1984 έφτασε στο 29% το 1998.[35] Ενώ, το 2007 το ποσοστό των Ελληνίδων καπνιστριών ανήλθε στο 31.3% καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση παγκοσμίως. [31] Η θλιβερή αυτή πρωτιά συνεχίστηκε και το 2009, όπου το ποσοστό του καπνίσματος στις γυναίκες ανήλθε στο 39% και και στους άνδρες στο 63.4%.[36] Συγκρίνοντας τα ευρήματα από την πανελλαδική έρευνα του 2011, που διεξήχθη από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2009, που διεξήχθη από το ΚΕΕΛΠΝΟ, που είχαν παρόμοια ερωτήματα και μεθοδολογία, είναι φανερό ότι το κάπνισμα μειώθηκε κατά 4,1% τα δύο τελευταία χρόνια και στα δύο φύλα. [37]

Ειδικότερα, στις μικρότερες ηλικίες βρέθηκε ότι δεν υπάρχει πλέον καμία στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην κατανάλωση καπνού, ενώ μερικά χρόνια πριν τα αγόρια κάπνιζαν περισσότερο από τα κορίτσια. [38, 39] Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη χρήση του καπνού από τους μαθητές σε δείγμα 6.378 αγοριών και κοριτσιών ηλικίας 13-15

ετών, το 32% των μαθητών αυτής της ηλικίας είχε δοκιμάσει το κάπνισμα στο παρελθόν, ενώ 16% συνέχιζε να καπνίζει. Το πιο συγκλονιστικό είναι ότι από τα παιδιά που κάπνιζαν, το ένα στα τέσσερα είχε αρχίσει να καπνίζει από την ηλικία των δέκα ετών. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι το 90% των μαθητών εκτίθεντο σε παθητικό κάπνισμα στο ίδιο τους το σπίτι και το 94% στους δημόσιους χώρους. Με αποτέλεσμα 20% όλων των μαθητών να αναφέρει πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος τα επόμενα χρόνια, η πιθανότητα αυτή ήταν ίδια και για τα δύο φύλα.

[40]

Η αυξημένη έκθεση των μαθητών στο κάπνισμα μέσα στο ίδιο τους το σπίτι επιβεβαιώνεται και από άλλη πρόσφατη έρευνα, που έδειξε ότι στο 62% των Ελληνικών νοικοκυριών που μελετήθηκαν, ένας από τους δύο γονείς καπνίζει, ενώ στο 26% των νοικοκυριών καπνίζουν και οι δύο γονείς. Αυτό το ποσοστό αποδεικνύει πόσο πολύ κινδυνεύουν τα Ελληνόπουλα όχι μόνο από το παθητικό κάπνισμα, που τα οδηγεί στον εθισμό, αλλά και από το παράδειγμα των γονιών τους, τους οποίους μιμούνται, καθώς οι γονείς αποτελούν πρότυπο συμπεριφοράς για κάθε παιδί. **[41]**

1.3 ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το φύλο, από μόνο του επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς, η εκδήλωση όμως μιας τέτοιας συμπεριφοράς καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς, οικονομικούς, μορφωτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.[21] Ως εκ τούτου η συχνότητα της συνήθειας του καπνίσματος είναι πιο αυξημένη στις γυναίκες που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας (26.9%) συγκριτικά με εκείνες, που ζουν πάνω από τα όρια της φτώχειας (17.6%).[42] Όπως και στις νεαρότερες γυναίκες, κάτω των 20 ετών, οι οποίες είναι πέντε φορές πιο πιθανό να καπνίσουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με τις έγκυες άνω των 35 ετών.[43]

Η εκπαίδευση έχει ιδιαίτερη σημασία στη διαμόρφωση της καπνιστικής συμπεριφοράς, καθώς η συχνότητα του καπνίσματος φαίνεται πως είναι αντιστρόφως ανάλογη με τα χρόνια εκπαίδευσης. Έχει υπολογιστεί πως το κάπνισμα είναι συχνότερο στις γυναίκες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (38.8%), λιγότερο συχνό στις γυναίκες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (30%) και ακόμα λιγότερο συχνό στις γυναίκες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης 7,4%-9.6% (ανάλογα με τα χρόνια εκπαίδευσης).[42] Όμως, στην Ευρωπαϊκή Ένωση η επίδραση της εκπαίδευσης στην καπνιστική συμπεριφορά των γυναικών είναι διαφορετική, καθώς το κάπνισμα συνδέεται με την ελάχιστη εκπαίδευση μόνο στα κράτη της βόρειας Ευρώπης, ενώ αντίθετα στα κράτη της νότιας Ευρώπης το κάπνισμα των γυναικών συνδέεται με ένα σχετικά καλό επίπεδο εκπαίδευσης.[44]

Επιπλέον, η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα, που συνδέεται με το κάπνισμα των γυναικών, καθώς είναι στενά συνδεδεμένη με το κάπνισμα και οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη από τους άνδρες. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν η κατάθλιψη είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα του καπνίσματος, ή αν κοινοί παράγοντες προδιαθέτουν τους ανθρώπους και στα δύο. Οι γυναίκες καπνίζουν προσπαθώντας να διώξουν τα αρνητικά

συναισθήματα και αυτό επιβεβαιώνεται από μια εθνογραφική έρευνα, όπου αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες εξέφραζαν συναισθηματική εξάρτηση από τον καπνό ιδιαίτερα στις δύσκολες στιγμές της ζωής τους.[45]

Επίσης, η έλλειψη συντρόφου επιτελεί σημαντικό ρόλο, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Φιλανδία, διότι διπλασίαζε την πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος στις μοναχικές γυναίκες συγκριτικά με τις παντρεμένες γυναίκες με ποσοστά καπνίσματος 35% και 18% αντιστοίχως.[24]

Ο φόβος των γυναικών ότι θα πάρουν βάρος και η εντύπωση πως μέσω του καπνίσματος ελέγχουν το βάρος τους είναι ένας ακόμα παράγοντας, που επιδρά στη έναρξη και την συνέχιση του καπνίσματος. Αυτή η λανθασμένη άποψη έχει επικρατήσει, γιατί η γυναίκα έχει γίνει στόχος των καπνοβιομηχανιών τις τελευταίες δεκαετίες, οι οποίες εκτενώς προβάλλουν το γυναικείο σώμα ως καλλίγραμμη σιλουέτα, και το τσιγάρο ως μέσο απόκτησής της.[46]

1.5 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ

Σύμφωνα με έρευνα του Centers for Disease Control and Prevention 78% των καπνιστών τσιγάρων στις Η.Π.Α καπνίζουν καθημερινά.[47] Η αυξημένη συχνότητα των καθημερινών καπνιστών δείχνει την εξαιρετικά εθιστική φύση των τσιγάρων.[48] Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι εκείνη που οδηγεί στη συνέχιση του καπνίσματος. Η νικοτίνη επηρεάζει τη διάθεση, την απόδοση και έχει ενοχοποιηθεί ως πηγή εθισμού στον καπνό. Οι άνθρωποι καπνίζουν για να προσφέρουν τις επιθυμητές δόσεις νικοτίνης στον οργανισμό τους, με συγκεκριμένη συχνότητα και συγκεκριμένα διαστήματα μεταξύ των δόσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι συμπεριφορές αυτές να είναι συνήθως καθημερινά σταθερές για ένα άτομο. [49]

Τα κριτήρια (ICD-10) του εθισμού από τη νικοτίνη περιλαμβάνουν: καταναγκαστική χρήση, ανοχή, ανάπτυξη συμπτωμάτων στέρησης και τάση για υποτροπή μετά τη διακοπή. Επιπλέον, η νικοτίνη ενεργοποιεί τις περιοχές ανταμοιβής του εγκεφάλου κατά τρόπο παρόμοιο με εκείνο των άλλων εθιστικών ουσιών.[50]

Οι παράγοντες, που συμβάλουν στην εθιστική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνουν: (α) τις νευρικές προσαρμογές, που παρουσιάζονται με την επίμονη χρήση της νικοτίνης (π.χ., η ανοχή), (β) την παρουσίαση συμπτωμάτων στέρησης, όταν η πρόσληψη έχει σταματήσει, και (γ) τις επιδράσεις της νικοτίνης, που ενισχύουν την εξάρτηση. Από τις κύριες επιδράσεις της νικοτίνης είναι η θετική ενέργεια που δίνει (δηλαδή, η ικανοποίηση που παίρνει κανείς όταν καπνίζει) και η ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης και της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα. [51, 52].

Πολυάριθμες μελέτες αποδεικνύουν την ύπαρξη συνδρόμου στέρησης από τη νικοτίνη στους ανθρώπους.[53]. Τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης είναι τα εξής: ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, άγχος, ανησυχία, αυξημένη πείνα, καταθλιπτική διάθεση, λαχτάρα για τον καπνό [54] και ξύπνημα κατά τη διάρκεια του ύπνου. [55] Τα

συμπτώματα αναπτύσσονται εντός 12 ωρών και μπορεί να παραμείνουν για 3 εβδομάδες, αν και η όρεξη αυξάνεται για περισσότερο από 10 εβδομάδες. [53]

Σημαντικά εργαλεία – ερωτηματολόγια, που χρησιμοποιήθηκαν από ερευνητές για τον καθορισμό του βαθμού της εξάρτησης είναι το Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) [56] και το Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). [57]. Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, το πρώτο ερώτημα, που αφορά το χρόνο του πρώτου τσιγάρου μετά το πρωινό ξύπνημα, αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα υποτροπής. [58]

1.6 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα στην προσπάθεια της να ευθυγραμμιστεί με τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη και να ακολουθήσει μια υπεύθυνη στρατηγική για την επίλυση ενός τόσο σοβαρού προβλήματος για την δημόσια υγεία όπως είναι το κάπνισμα, αναγνώρισε την σπουδαιότητα της **«Σύμβασης Πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού»**, με την κύρωση αυτής με τον Νόμο 3420 (ΦΕΚ 298 Α/ 6.12.2005).

Η «Σύμβασης Πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης της Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού», (Framework Convention on Tobacco Control -FCTC) [59] παρέχει οδηγίες για τον έλεγχο του καπνίσματος. Αφού αναγνωρίζει πρωτίστως τη σοβαρότητα και την παγκόσμια διάσταση του προβλήματος, καθώς και τις αδιάσειστες επιστημονικές αποδείξεις ότι η κατανάλωση καπνού και η έκθεση σε αυτόν προκαλούν ασθένειες, αναπηρίες και θάνατο. Δίνει κατευθυντήριες οδηγίες για τα μέτρα, που πρέπει να ληφθούν για τη μείωση της ζήτησης του καπνού, για τα μέτρα προστασίας από την έκθεση στον καπνό, αλλά και για τα μέτρα απαγόρευσης της πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους (άρθρο16) [59].

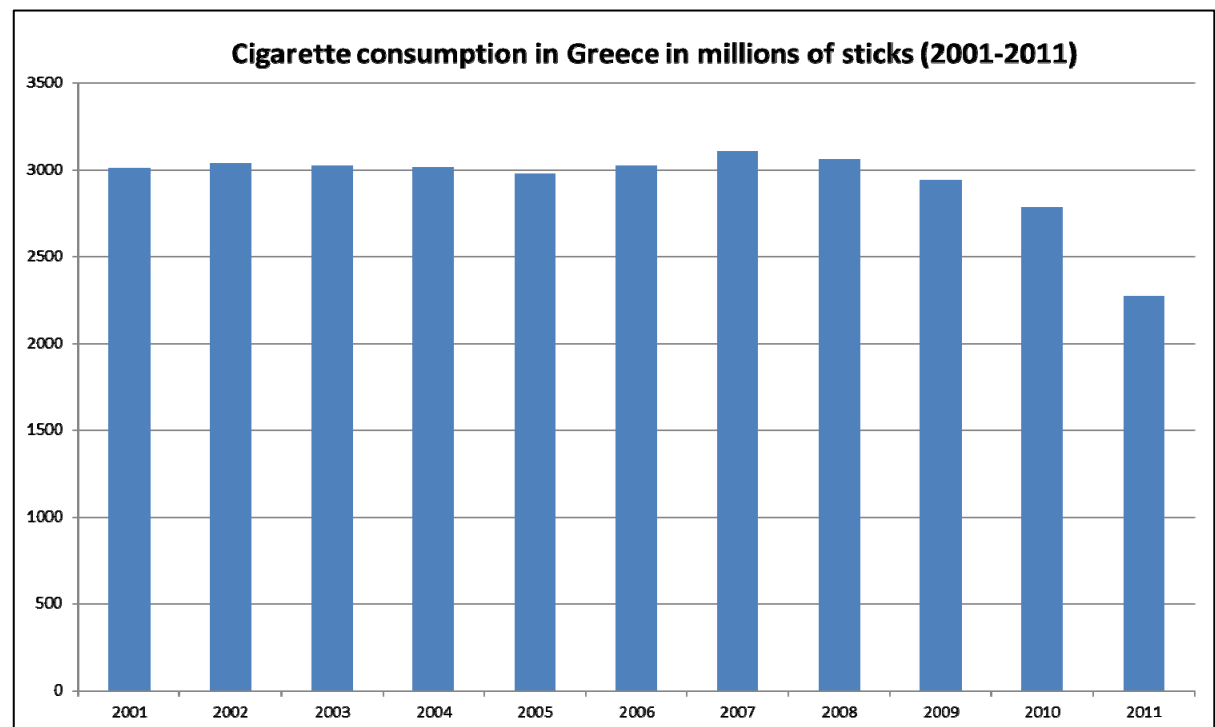
Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού, η οποία θα επιτευχθεί, εάν όλες οι Υπηρεσίες Υγείας φροντίσουν για την εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών. Το κοινό πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από την κατανάλωση καπνού και την έκθεση σε αυτόν, αλλά και για τα οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος (άρθρο 12) [59].

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η εξάρτηση από τον καπνό και η διακοπή της χρήσης του, προτείνεται ο σχεδιασμός και η εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, νοσηλευτικά ιδρύματα, σε χώρους άθλησης και εργασίας, ώστε να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες όλοι όσοι πάσχουν από εξάρτηση από τον καπνό (άρθρο 14) [59]. Προς το παρόν στην χώρα μας τα μόνα επίσημα

προγράμματα διακοπής καπνίσματος που υπάρχουν είναι αυτά που παρέχονται από τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του προβλήματος το 2009 με υπουργική απόφαση συγκροτήθηκε στη χώρα μας Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για το Κάπνισμα με στόχο την προώθηση της αντικαπνιστικής πολιτικής στην Ελλάδα.[60] Η εφαρμογή των νέων νομοθετικών διατάξεων, που αφορούν την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημοσίους χώρους και τον ειδικό φόρο κατανάλωσης καπνού είχαν άμεση επίδραση στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων. [60] Αναλυτικότερα, ενώ το 2008 η κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων έφτανε τα 3.055 τσιγάρα, το 2009 έφτασε τα 2,942 τσιγάρα και το 2010 μειώθηκε στα 2.458 τσιγάρα κατά κεφαλήν.[61] Η σταθερή μείωση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων μεταξύ των ετών 2000-2011 απεικονίζεται στο γράφημα που ακολουθεί (**Εικόνα 2**).

Εικόνα 2. Η κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων μεταξύ των ετών 2000-2011.[61]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

2.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Το κάπνισμα είναι η βασικότερη αιτία θανάτων παγκοσμίως, που θα μπορούσαν να προλαμβάνονται. Αποτελεί το μοναδικό σε νόμιμη χρήση καταναλωτικό προϊόν, που σκοτώνει.[26] Επιδημιολογικές έρευνες διαφόρων χωρών τα τελευταία 30 χρόνια καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ολική θνησιμότητα των καπνιστών είναι αυξημένη από 50% μέχρι 116%, με μέση αύξηση 70%, ανάλογα με την ηλικία του καπνιστή, την ποσότητα κατανάλωσης καπνού και τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος.[62] Με αποτέλεσμα το κάπνισμα να σκοτώνει από το ένα τρίτο μέχρι τους μισούς από όσους καπνίζουν, οι οποίοι πεθαίνουν κατά μέσο όρο 15 χρόνια νωρίτερα.[63] Η συσχέτιση αυτή του καπνίσματος με τη μείωση της αναμενόμενης ζωής των βαρέων καπνιστών κατά 8,5 περίπου χρόνια σε σχέση με τους μη καπνιστές είχε ήδη γίνει γνωστή από το 1969 σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας του Hammond στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. [64]

Το 2000 υπολογίστηκε ότι 4.830.000 πρόωροι θάνατοι παγκοσμίως οφείλονταν στο κάπνισμα, 2.410.000 στις αναπτυσσόμενες χώρες και 2.430.000 στις ανεπτυγμένες χώρες, εκ των οποίων τα 3.840.000 ήταν θάνατοι ανδρών και ένα εκατομμύριο θάνατοι γυναικών. Μεταξύ 30 και 69 ετών ήταν 2.690.000 θάνατοι, που αποδίδονται στο κάπνισμα, ενώ 2.140.000 ήταν 70 ετών και άνω. Κύριες αιτίες θανάτου από το κάπνισμα στις ανεπτυγμένες χώρες ήταν: οι καρδιαγγειακές παθήσεις με 1,02 εκατομμύρια θανάτους, ο καρκίνος του πνεύμονα με 520.000 θανάτους και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια με 310.000 θανάτους.[65] Κάθε τσιγάρο που καπνίζεται έχει υπολογιστεί ότι αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή

του καπνιστή. Ένας άνθρωπος πεθαίνει κάθε 10 δευτερόλεπτα παγκοσμίως εξαιτίας του καπνίσματος.[21]

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για το 2007 [26] ένας στους δέκα θανάτους παγκοσμίως οφείλεται στο κάπνισμα, ενώ εξαιτίας της συνήθειας του καπνίσματος το 2007 έχασαν τη ζωή τους περισσότεροι από 5.000.000 άνθρωποι μέσα σε ένα χρόνο παγκοσμίως. [66]

Στην Ευρώπη περισσότεροι από 650.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος, ένας από τους επτά θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλεται στο κάπνισμα.[17] Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περισσότεροι από 276.000 άνδρες και 142.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του καπνίσματος.[67] Ο αριθμός των θανάτων ετησίως, που οφείλονται στον καπνό είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό των θανάτων, που οφείλονται συνολικά στη χρήση ναρκωτικών, αλκοόλ, στο Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, στα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, στις αυτοκτονίες και στις δολοφονίες.[68, 69]

Ο αριθμός των γυναικών, που υπολογίζεται ότι πέθαναν από τη χρήση καπνού μεταξύ 1950 και 2000, ανέρχεται περίπου στα 10.000.000, όμως ο αριθμός των θανάτων των γυναικών, που θα αποδίδεται στο κάπνισμα τα επόμενα 30 χρόνια αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί. [70]

2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Το κάπνισμα βλάπτει σχεδόν κάθε όργανο του ανθρώπινου σώματος, προκαλεί πολλές ασθένειες και μειώνει γενικά το επίπεδο της υγείας των καπνιστών.[71] Μόνο στην Ευρώπη ο αριθμός αυτών που υποφέρουν από σοβαρές, χρόνιες παθήσεις εξαιτίας του καπνίσματος υπολογίζεται ότι είναι πάνω από 13.000.000. [17]

2.2.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Τα πρώτα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το κάπνισμα και τον καρκίνο, δημοσιεύτηκαν το 1950 από τους Wynder και Graham. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 684 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίοι συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είχαν παρατεταμένο ιστορικό καπνίσματος συγκριτικά με τους μη καπνιστές και ότι η χρήση του καπνού για μεγάλη χρονική διάρκεια αύξανε τον σχετικό κίνδυνο εμφάνισης βρογχογενούς καρκίνου.[72]

Αποδεδειγμένα το κάπνισμα αποτελεί τη βασική αιτία του καρκίνου του πνεύμονα. Ειδικότερα το 90% του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και το 79% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα.[73] Ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα είναι 22 φορές μεγαλύτερος για έναν άνδρα καπνιστή, από ότι για έναν μη καπνιστή και για μια γυναίκα καπνίστρια 12 φορές μεγαλύτερος, από ότι για μια μη καπνίστρια. [67] Η αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα και στα δύο φύλα είναι ανάλογη με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και τη διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας. Αναλυτικότερα, όσοι καπνίζουν > 40 τσιγάρα ημερησίως διατρέχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο από εκείνους, που καπνίζουν < 20 τσιγάρα. Όσοι μάλιστα ξεκίνησαν να καπνίζουν από την ηλικία των 15 ετών

διατρέχουν σχεδόν τετραπλάσιο κίνδυνο από εκείνους που ξεκίνησαν να καπνίζουν μετά το 25ο έτος. [21]

Ο καρκίνος του πνεύμονα όμως μπορεί να δημιουργηθεί και από το παθητικό κάπνισμα, όπως απέδειξε η μελέτη σταθμός του Καθηγητή Τριχόπουλου και των συνεργατών του σε Ελληνίδες μη καπνίστριες με συζύγους καπνιστές, όπου διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα ήταν αυξημένος 2,4 –3,4 φορές, ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων, που καταναλώνει ο καπνιστής σύζυγος. [74]

Επίσης, το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία όλων των ανθρώπινων καρκίνων και όχι μόνο του καρκίνου του πνεύμονα.[28] Αφού επαρκή ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι το ενεργό κάπνισμα προκαλεί καρκινογένεση στους ανθρώπους.[75] Υπολογίζεται ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο περίπου για το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες και πως αν οι παρούσες καπνιστικές συνήθειες συνεχίσουν μια επιδημία καρκίνου σχετιζόμενη με το κάπνισμα αναμένεται να εμφανιστεί στις αναπτυσσόμενες χώρες.[76]

Πιο συγκεκριμένα το κάπνισμα εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση του καρκίνου του φάρυγγα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του παγκρέατος, του στομάχου, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών και της μυελογενούς λευχαιμίας.[71]

Ειδικότερα, το 92% των καρκίνων της στοματικής κοιλότητας, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του στόματος, της γλώσσας, των σιελογόνων αδένων και του φάρυγγα σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα των ανδρών και το 61% των καρκίνων αυτών σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα των γυναικών.[73] Ιδιαίτερα αυξημένος είναι και ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα, εάν λάβουμε υπόψη ότι ο κίνδυνος εμφάνισης του είναι δέκα φορές μεγαλύτερος στους άνδρες καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές και οκτώ φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες καπνίστριες από ότι στις μη καπνίστριες.[77] Με αποτέλεσμα το 82% να

σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα.[73] Επίσης και το 80% του καρκίνου του οισοφάγου αποδίδεται στο κάπνισμα με τη χρήση του αλκοόλ να δρα συνεργικά και να αυξάνει τον κίνδυνο.[21]

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στομάχου είναι κατά μέσο όρο 50-60 % υψηλότερος στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές. Σε αρκετές έρευνες ο κίνδυνος είναι 100% υψηλότερος σε αυτούς που καπνίζουν συγκριτικά με εκείνους που δεν κάπνισαν ποτέ, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει δόσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων και των χρόνων που καπνίζει κάποιος, με την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του στομάχου.[78]

Επιπλέον με το κάπνισμα συνδέεται και ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του ήπατος.[32,79] Όπως αποδεικνύεται τα άτομα που δεν πίνουν αλκοόλ, αλλά καπνίζουν, συγκρινόμενα με τα άτομα που ούτε καπνίζουν, ούτε πίνουν αλκοόλ, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ήπατος σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε και στην Ελλάδα. [79]

2.2.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα τσιγάρων προδιαθέτει το άτομο σε διάφορα κλινικά σύνδρομα, συμπεριλαμβανομένων: της σταθερής στηθάγχης, των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, του αιφνιδίου θανάτου, του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, της εμφάνιση διαλείπουσας χωλότητας και των κοιλιακών αορτικών ανευρυσμάτων.[80] Ενδεικτικά, το κάπνισμα διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους καπνιστές.[81] Ενώ, η πιθανότητα θανάτου από ρήξη κοιλιακού αορτικού ανευρύσματος είναι συχνότερη στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές.[71]

Η καπνιστική συνήθεια συγκαταλέγεται στους μείζονες προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.[67] Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές υπάρχει δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου. Συγκεκριμένα, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου είναι ανάλογος του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει κάποιος καθημερινά, και της χρονικής διάρκειας του καπνίσματος.[82] **Ενώ, η συνέχιση του καπνίσματος μετά το αρχικό έμφραγμα μπορεί να διπλασιάσει τον κίνδυνο επανεμφράγματος.[83]**

Στη μέση ηλικία το κάπνισμα τριπλασιάζει τον κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο και στα δύο φύλα.[67] Αρκετοί μηχανισμοί ενοχοποιούνται για τις επιβλαβείς επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα μεταξύ των οποίων είναι: η προαγωγή της αθηροσκλήρωσης, η αλλαγή του λιπιδαιμικού προφίλ με αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στον ορό του αίματος [84] η αύξηση της προδιάθεσης για θρόμβωση [85] η αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης, που οφείλονται στην αύξηση της απελευθέρωσης κατεχολαμινών λόγω της νικοτίνης, που περιέχει ο καπνός.[86]

Σύμφωνα με έρευνα των Stefanadis και συνεργατών αποδεικνύεται ότι το κάπνισμα προκαλεί μείωση των ελαστικών ιδιοτήτων της αορτής. Η μείωση αυτή είναι εμφανής ακόμα και μετά από ένα λεπτό από το κάπνισμα και παραμένει για τουλάχιστον 20 λεπτά αργότερα. Αποτέλεσμα της αύξησης της σκληρότητας της αορτής είναι η καταπόνηση της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και η μείωση της ροής του αίματος στα στεφανιαία αγγεία.[87] Δυσμενής επίδραση στις ελαστικές ιδιότητες της αορτής όμως προκαλεί και το παθητικό κάπνισμα, όπως διαπιστώθηκε σε επόμενη έρευνα, που διενεργήθηκε από τους Stefanadis και συνεργάτες. [88]

Νεότερη μελέτη διερεύνησε όχι μόνο την οξεία, αλλά και τη χρόνια επίδραση του καπνίσματος στις ελαστικές ιδιότητες της ανιούσας αορτής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το κάπνισμα οξέως αυξάνει τη συστολική, τη διαστολική και την πίεση παλμού.

Επίσης, βρέθηκε ότι το κάπνισμα ελαττώνει τη διατασιμότητα της ανιούσας αορτής. Σε χρόνια βάση, οι καπνιστές είχαν ελαττωμένη διατασιμότητα της ανιούσας αορτής συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές. Συμπερασματικά, η επίδραση του καπνίσματος στη διατασιμότητα της ανιούσας αορτής φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητη από τη δόση και τη διάρκεια του καπνίσματος. [89]

2.2.3 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα συνδέεται με δεκαπλάσια αύξηση του κινδύνου θανάτου από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π), με αποτέλεσμα **περίπου το 90% των θανάτων από Χ.Α.Π να συσχετίζεται με τη συνήθεια του καπνίσματος.**[71] Ο κίνδυνος εμφάνισης Χ.Α.Π είναι κλιμακωτός σε συνάρτηση με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται. Ειδικότερα, οι καπνιστές μισού, ενός, δύο ή άνω των δύο πακέτων τσιγάρων ημερησίως, έχουν αντίστοιχα 5, 10, 15 και 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από Χ.Α.Π, συγκριτικά με τους μη καπνιστές. [90]

Η αυξημένη αυτή επίπτωση της Χ.Α.Π στους καπνιστές οφείλεται στις παθοφυσιολογικές διεργασίες που προκαλούνται από το κάπνισμα στο αναπνευστικό σύστημα. Οι διεργασίες αυτές αφορούν: αλλαγές στους περιφερικούς αγωγούς, στις κυψελίδες, στα τριχοειδή και στο ανοσοποιητικό σύστημα. Με αποτέλεσμα οι καπνιστές να παρουσιάζουν μειωμένες τιμές των διαφόρων παραμέτρων της λειτουργικότητας των πνευμόνων καθώς και ταχύτερο ρυθμό μείωσης του βίαια εκπνεόμενου αέρα σε 1 sec (FEV1) με την πάροδο της ηλικίας.[91]

Βάση πολυετών ερευνητικών δεδομένων υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ καπνίσματος και χρόνιας βρογχίτιδας, αλλά και μεταξύ καπνίσματος και οξέων λοιμώξεων του πνευμονικού παρεγχύματος συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας. [71] Οι καπνιστές και των δύο φύλων

κινδυνεύουν να πεθάνουν από εμφύσημα και βρογχίτιδα 10 φορές περισσότερο από ότι οι μη καπνιστές.[67] Όσον αφορά στα συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα, που προκαλούνται από το κάπνισμα, έχει διαπιστωθεί ότι ο αριθμός της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων αποτελεί το μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου για χρόνια βήχα, απόχρεμψη και δύσπνοια.[91]

2.2.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Αρνητική είναι η επίδραση του καπνίσματος στο σπέρμα, όπως παρουσιάζεται σε αρκετές έρευνες. [92, 93] Το κάπνισμα αποδεικνύεται ότι επηρεάζει τόσο την πυκνότητα και τη μορφολογία, όσο και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Η συνολική όμως επίδραση του καπνίσματος στην ικανότητα του σπέρματος προς γονιμοποίηση είναι λιγότερο εμφανής, αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο ότι στη συγκεκριμένη έρευνα δεν συμμετείχαν βαρείς καπνιστές > 20 τσιγάρων ημερησίως.[93]

2.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ο καρκίνος του πνεύμονα, του οποίου η συχνότητα ήταν κάποτε σπάνια στις γυναίκες, στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ξεπέρασε τον αριθμό των θανάτων από τον καρκίνο του μαστού, αφού μεταξύ των ετών 1960-1990 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες αυξήθηκαν περισσότερο από 400%.^[94] Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία υπολογίζει ότι το 1994, 64.300 γυναίκες πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα και 44.300 από καρκίνο του μαστού.^[95]

Επίσης, το κάπνισμα προκαλεί μείωση της γονιμότητας των γυναικών, που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία.^[71] Επιδημιολογικές έρευνες, που διερεύνησαν τις πιθανότητες αυθόρμητης σύλληψης συμπέραναν ότι ενώ το 38% των μη καπνιστριών συλλαμβάνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου κύκλου, το 28% των καπνιστριών χρειάζεται περισσότερο από ένα χρόνο για να συλλάβει.^[96] Τα ανωτέρω επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Neal και συνεργατών, οι οποίοι διαπίστωσαν επιπροσθέτως, ότι οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στη μείωση της γονιμότητας είναι εξίσου σημαντικές με τις επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος.^[97]

Επιπλέον, η συνολική έκθεση στον καπνό, συνυπολογίζοντας τον αριθμό των τσιγάρων και τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος (pack years), συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση πρόωρης εμμηνόπαυσης. Στις περιπτώσεις μεγαλύτερης κατανάλωσης καπνού, σχεδόν διπλασιάζονταν οι πιθανότητες εμφάνισης πρόωρης εμμηνόπαυσης, αποδεικνύοντας ότι η σχέση μεταξύ συνολικής έκθεσης στον καπνό και πρόωρης εμμηνόπαυσης είναι δοσοεξαρτώμενη. Η διακοπή του καπνίσματος περισσότερο από δέκα χρόνια πριν την εμμηνόπαυση, μειώνει σημαντικά την εμφάνισή πρόωρης εμμηνόπαυσης.^[98]

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές καπνίστριες ο κίνδυνος εμφάνισης κατάγματος του ισχίου αυξάνεται περισσότερο από ότι στις μη καπνίστριες, εξαιτίας της μείωσης της οστικής μάζας, που προκαλείται από το κάπνισμα.^[99]

Επιπροσθέτως, αυξημένος είναι ο σχετικός κίνδυνος για στεφανιαία νόσο στις καπνίστριες, που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια.[100] Συγκεκριμένα, η θνησιμότητα που ενδεχομένως οφείλονταν στη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών σε συνδυασμό με το κάπνισμα διερευνήθηκε από τους Vessey και συνεργάτες. Στη μελέτη συμμετείχαν 17.032 γυναίκες, οι οποίες είχαν χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά χάπια, διάφραγμα ή μια ενδομήτρια συσκευή αντισύλληψης, ηλικίας 25-39 ετών κατά την είσοδο τους στην έρευνα (1968-1974). Η θνησιμότητα αξιολογήθηκε από τα στοιχεία, που καταγράφηκαν στα τέλη του 2000, όπου αναλύθηκαν 889 θάνατοι. Οι γυναίκες που είχαν χρησιμοποιήσει μόνο αντισυλληπτικά χάπια είχαν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (OR 7,2, 95% CI 1.1-3.03), και μειωμένη θνησιμότητα από άλλο καρκίνο της μήτρας (OR 0,2, 95% CI 0.0-0.8) και ωοθηκών (OR 0,4, 95% CI 0.2-0.7). Τα αντισυλληπτικά χάπια είχαν δυσμενή επίπτωση στους θανάτους από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις γυναίκες, που κάπνιζαν ≥ 15 τσιγάρα ημερησίως. Παρόλο που δεν υπήρξε καμία επιβλαβής επίδραση από τη λήψη αντισυλληπτικών χαπιών στη γενική θνησιμότητα, ο θάνατος από όλα τα αίτια ήταν υπερδιπλάσιος στις καπνίστριες ≥ 15 τσιγάρων ημερησίως από ότι στις μη καπνίστριες. [101]

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

2.4.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Στη δεκαετία του 1990 στην Ελλάδα το 20% των θανάτων των ανδρών και το 3% των θανάτων των γυναικών αποδίδονταν στο κάπνισμα. Τα αντίστοιχα ποσοστά το 1955 ήταν 10% για τους άνδρες και 2% για τις γυναίκες.[102] Οι τρεις βασικές αιτίες θανάτου του Ελληνικού πληθυσμού στη δεκαετία του 1990 ήταν κατά σειρά: α) νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, β) κακοήγη νεοπλάσματα, γ) νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος [21]. Το 1996 οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούσαν την κύρια αιτία θανάτου και ευθύνονταν για το 51,2% των θανάτων, ακολουθούσαν τα νεοπλάσματα με 22,2%, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 5% και τα ατυχήματα με 4,5%.[21] Το 1997 ο υπολογιζόμενος ετήσιος αριθμός θανάτων, που οφείλονταν στο κάπνισμα ανέρχονταν στους 15.000 θανάτους, «...σαν να συντρίβονταν δηλαδή κάθε μήνα επί δώδεκα μήνες το χρόνο 3 αεροπλάνα χωρίς επιζώντες». [103]

Το ποσοστό των πρώιμων θανάτων, που προκύπτει από τον υπολογισμό των χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής κατ' έτος και αιτία θανάτου και στα δύο φύλα, για τη δεκαετία του 1990 αντιστοιχούσε στο 18 % του συνολικού αριθμού των θανάτων και για τα δύο φύλα ηλικίας άνω των 25 ετών. Η Ελλάδα μαζί με την Ολλανδία κατέχουν τη δεύτερη χειρότερη θέση μετά τη Δανία, όσον αφορά στους πρώιμους θανάτους εξαιτίας του καπνίσματος.[21] Το 2005 το ποσοστό της θνησιμότητας, που αποδίδονταν στο κάπνισμα στην Ελλάδα έφτανε το 19,3% ενώ το ποσοστό των χαμένων χρόνων ζωής έφτανε το 12,9%.[104]

2.4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αρκετά στατιστικά στοιχεία για τον επαρκή υπολογισμό των δεικτών νοσηρότητας. Τα μόνα αξιόπιστα στοιχεία είναι εκείνα, που αφορούν την καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών, που εκφράζουν όμως περισσότερο τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και λιγότερο τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.[21]

Η Ελλάδα, λόγω της συνεχόμενης αύξησης τόσο της συχνότητας του καπνίσματος, όσο και του αριθμού των καταναλισκόμενων τσιγάρων, έχει από το 1990 τη μεγαλύτερη επίπτωση ετησίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση στα νεοπλάσματα του πνεύμονα στους νέους άνδρες <45 ετών, με συχνότητα 4,1 ανά 100.000 κατοίκους, σχεδόν διπλάσια από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, που ήταν 2,5 ανά 100.000 κατοίκους. [105]

Η επιδημιολογική έρευνα «ΑΤΤΙΚΑ», πραγματοποιήθηκε το 2001-2002 για την αξιολόγηση των επιπέδων επίδρασης διαφόρων παραγόντων κινδύνου στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.042 ανδρών και γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα 51% των ανδρών και 39% των γυναικών ήταν καπνιστές ($p<0.05$). Υπερτασικοί ήταν 37% των ανδρών και 25% των γυναικών, ενώ αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης ($> 200\text{mg/dl}$) στον ορό του αίματος είχε το 46% των ανδρών και το 40% των γυναικών. [106]

Τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα από Έλληνες ερευνητές, αλλά δεν συμπεριλαμβάνουν χαρακτηριστικά ή συνήθειες μόνο του Ελληνικού πληθυσμού και έχουν χρησιμοποιηθεί στην διεθνή βιβλιογραφία ως έρευνες αναφοράς, αναφέρονται στο κεφάλαιο, που αφορά την επίπτωση του καπνίσματος στη νοσηρότητα του πληθυσμού παγκοσμίως. Όπως για παράδειγμα: η μελέτη του Καθηγητή Τριχόπουλου, που απέδειξε ότι ο καρκίνος του πνεύμονος μπορεί να δημιουργηθεί και από το παθητικό κάπνισμα [74], οι έρευνες για την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στο σπέρμα [92, 93] οι έρευνες των Stefanadis και συνεργατών, που αποδεικνύουν ότι το ενεργητικό κάπνισμα προκαλεί μείωση

των ελαστικών ιδιοτήτων της αορτής,[87] η έρευνα που αναφέρει τη δυσμενή επίδραση του παθητικού καπνίσματος στις ελαστικές ιδιότητες της αορτής [88] και η έρευνα που διαπίστωσε ότι η επίδραση του καπνίσματος στην διατασιμότητα της ανιούσας αορτής είναι ανεξάρτητη από τη δόση και τη διάρκεια του καπνίσματος.[89]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ

3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

3.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κύρια παράγωγα του καπνού, που ευθύνονται για τη δυσμενή επίδραση του στην έκβαση της κύησης, είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη.[107] Μέσω της διαπλακουντικής επικοινωνίας της μητέρας με το έμβρυο, η νικοτίνη ανιχνεύεται στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε υψηλότερα επίπεδα από τη νικοτίνη που ανιχνεύεται στις ίδιες τις μητέρες κατά $1,12 \pm 0,30$. Επίσης, τα επίπεδα νικοτίνης, που ανιχνεύτηκαν στο αμνιακό υγρό είναι υψηλότερα από εκείνα, που ανιχνευτήκαν στο πλάσμα του αίματος των μητέρων κατά 1,54.[108] Με αποτέλεσμα η νικοτίνη να μειώνει την παροχή του οξυγόνου προς το έμβρυο, συντελώντας στη μη φυσιολογική ανταλλαγή των αερίων μέσα στον πλακούντα. Ως εκ τούτου η έκθεση αυτή οδηγεί στην αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης του εμβρύου. [109]

Ομοίως το μονοξείδιο του άνθρακα διαπερνά τον πλακούντα και μπορεί να ανιχνευθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε επίπεδα άνω του 15% των επιπέδων του μονοξειδίου του άνθρακα, που ανιχνεύονται στις μητέρες,[110] προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου οξυγόνου προς το έμβρυο.[111] Αποτέλεσμα της στέρησης οξυγόνου είναι τα νεογνά αυτά να γεννιούνται με μικρότερο βάρος και μήκος και να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας κατά τη νεογνική περίοδο.[112]

Αποτέλεσμα του καπνίσματος κατά την κύηση είναι να συνδέεται μεταξύ άλλων με πρόωρο τοκετό και με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.[113] Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαιτίας του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη ανέρχεται στο 150% [114] και της αύξησης των πρόωρων τοκετών στο 15%.[115] Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη στα νεογνά των εγκύων καπνιστριών ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων που αυτές καπνίζουν ημερησίως. Κύρια αιτία είναι η ανοξία και η προωρότητα, που οφείλεται στις συχνές αιμορραγίες από την αποκόλληση πλακούντα ή τον προδρομικό πλακούντα και την πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων.[116] Επίσης, η κατανάλωση καπνού βρέθηκε ότι προκαλεί πρόωρη γήρανση του πλακούντα, εντάσσοντας τις εγκύους καπνίστριες σε πρόγραμμα κύησης υψηλού κινδύνου.[117]

3.1.2 ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Σύμφωνα με έρευνα που μελέτησε τις επιπτώσεις του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση στη μορφολογία του πλακούντα, αποδεικνύεται ότι δημιουργούνται παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον πλακούντα, όπως ελάττωση της επιφάνειας των εμβρυϊκών τριχοειδών και ελάττωση του όγκου των μεσολάχιων διαστημάτων, όπως προκύπτει από την ιστολογική εξέταση πλακούντων εγκύων καπνιστριών. Οι αλλοιώσεις αυτές προκαλούν ελάττωση της διάχυσης του οξυγόνου μέσω του πλακούντα με αποτέλεσμα το έμβρυο να αναπτύσσεται σε συνθήκες υποξικού στρες. [118]

Η επίδραση του καπνίσματος στη μορφολογία του πλακούντα επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες, όπου διαφαίνεται ότι το κάπνισμα της μητέρας βλάπτει την πλακούντια ανάπτυξη, με την αλλαγή της ισορροπίας μεταξύ του πολλαπλασιασμού και της διαφοροποίησης της κυτταροτροφοβλάστης. Εντυπωσιακή είναι η διαπίστωση ότι η παθητική

έκθεση της εγκύου στον καπνό των τσιγάρων είχε τα ίδια αποτελέσματα με το ενεργό κάπνισμα στην ανάπτυξη του πλακούντα. [119]

3.1.3 ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Πρόκειται για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας, συνήθως μέσα στη σάλπιγγα. [120] Σύμφωνα με έρευνα που διήρκησε από το 1983 -1987, οι γυναίκες που κάπνιζαν είχαν υπερδιπλάσιο κίνδυνο για έκτοπη κύηση με αναλογία πιθανότητας 2,5 συγκριτικά με εκείνες που δεν κάπνισαν ποτέ. Ο υπολογιζόμενος σχετικός κίνδυνος ανέρχονταν από 1,4 για τις γυναίκες, που κάπνιζαν < 10 τσιγάρα ημερησίως, έως 5 για εκείνες που κάπνιζαν > 1,5 πακέτο τσιγάρα ημερησίως. [121]

Ακολούθως και η έρευνα των Saraiya και συνεργατών απέδειξε ότι το κάπνισμα αποτελεί ανεξάρτητο και δόσοεξαρτώμενο παράγοντα κινδύνου για έκτοπη κύηση καθώς η αύξηση του κινδύνου για έκτοπη κύηση ήταν αντίστοιχη της αύξησης του αριθμού των τσιγάρων, που κάπνιζε η έγκυος. Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο σχετικός κίνδυνος έκτοπης κύησης ήταν 1,6 στις γυναίκες που κάπνιζαν από 1 έως 5 τσιγάρα ημερησίως, ο σχετικός αυτός κίνδυνος αυξάνονταν στο 2,3 στις γυναίκες που κάπνιζαν 11 με 20 τσιγάρα ημερησίως. [122]

3.1.4 ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Ως πρόωρη αποκόλληση πλακούντα ονομάζεται ο διαχωρισμός του φυσιολογικά προσφυόμενου πλακούντα από τη μήτρα πριν τη γέννηση του εμβρύου. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται μετά την 20ή εβδομάδα κύησης και κυρίως κατά το τρίτο τρίμηνο, παρόλο που μπορεί να εκδηλωθεί καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. [123] Η αύξηση της συχνότητας της αποκόλλησης πλακούντα στις εγκύους καπνίστριες διαπιστώθηκε αρχικά από την έρευνα των Meyer και συνεργατών το 1976, όπου η συχνότητα της αποκόλλησης πλακούντα αυξήθηκε

κατά 23% στις εγκύους καπνίστριες, που κάπνιζαν λιγότερο από ένα πακέτο ημερησίως και 86% στις εγκύους, που κάπνιζαν περισσότερο από ένα πακέτο ημερησίως. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι συσχετιζόμενες με το κάπνισμα αυξημένες αιμορραγίες κατά το τρίτο τρίμηνο κύησης ήταν υπεύθυνες σχεδόν για το 50% της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.[124] Όπως προέκυψε από τη μετά-ανάλυση οκτώ ερευνών η αποκόλληση του πλακούντα στις εγκύους καπνίστριες ήταν αρκετά αυξημένη με αναλογία πιθανότητας 1,62%.[2]

Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία, όπου συμμετείχαν 526.690 γυναίκες, που γέννησαν διαδοχικά με μονήρεις κυήσεις τα δύο πρώτα τους παιδιά από το 1983 έως το 2001, αποδεικνύει τη συσχέτιση του καπνίσματος με τον αυξημένο κίνδυνο αποκόλλησης πλακούντα στην δεύτερη κύηση. Όταν η γυναίκα κάπνιζε κατά τη διάρκεια και των δύο κυήσεων ο κίνδυνος αύξανε σχεδόν 11 φορές. Το μεγάλο μέγεθος του δείγματος της έρευνας δεν αυξάνει μόνον τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων, αλλά δίνει και την δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες. [125]

3.1.5 ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Όταν ο πλακούντας εμφυτεύεται και αναπτύσσεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας ονομάζεται προδρομικός.[116] Η εμφάνιση του προδρομικού πλακούντα έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με το κάπνισμα κατά την κύηση. Σύμφωνα με έρευνα 28.358 τοκετών, η επίπτωση του προδρομικού πλακούντα γενικά ήταν 6.4 ανά 1.000 τοκετούς. Ειδικότερα, στις εγκύους που κάπνιζαν < 1 πακέτο ημερησίως η επίπτωση ήταν 8,2 ανά 1.000 τοκετούς, ενώ στην ομάδα των εγκύων που κάπνιζαν 1 πακέτο ημερησίως η επίπτωση έφτανε στο 13,1 στους 1.000 τοκετούς. [124]

Ο συσχετισμός αυτός μεταξύ προδρομικού πλακούντα και καπνίσματος κατά την κύηση ενισχύεται και από νεότερες μελέτες. Σύμφωνα με τη μετά-ανάλυση των Castles και συνεργατών, το κάπνισμα κατά την κύηση συσχετίζεται με την εμφάνιση προδρομικού πλακούντα με odds ratio 1,58% σε έξι έρευνες.[2] Τα στοιχεία από το Σουηδικό ιατρικό αρχείο γεννήσεων, που αντιπροσωπεύει περίπου 2.000.000 γεννήσεις για περισσότερα από 18 έτη, συμπεριελάμβαναν 2.345 περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα. Η γενική αναλογία πιθανότητας για εμφάνιση προδρομικού πλακούντα μεταξύ των καπνιστριών ήταν 1,53. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρατηρήθηκε μια δόσο-εξαρτώμενη σχέση με αναλογία πιθανότητας 1,40 μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν <10 τσιγάρα ημερησίως και 1,72 μεταξύ εκείνων που καπνίζουν >10 τσιγάρα καθημερινά. [126]

Επίσης, σύμφωνα με την αναδρομική μελέτη σειρών (Cohort study), που βασίστηκε στα στοιχεία των αρχείων γεννητικότητας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Η.Π.Α) από το 1989 - 1998 και συμπεριέλαβε 37.956.020 μονήρεις κυήσεις και 961.578 δίδυμες κυήσεις, ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίστηκαν σε ημερήσια βάση παρουσίασε δόσοεξαρτώμενη σχέση με την εμφάνιση προδρομικού πλακούντα και στις δύο ομάδες. Ο σχετιζόμενος με το κάπνισμα κίνδυνος εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, που αποδίδονταν στους ανωτέρω πληθυσμούς ήταν 4.4% μεταξύ των μονήρων γεννήσεων και 2,7% μεταξύ των διδύμων γεννήσεων. [127]

3.1.6 ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ ΕΜΒΡΥΙΚΩΝ ΥΜΕΝΩΝ

Ως πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων νοείται η αυτόματη ρήξη των υμένων πριν από το τέρμα της κύησης,[2] ενώ η πρόωμη πρόωρη ρήξη των υμένων (Preterm premature rupture of the membranes), πριν την συμπλήρωση της 37 εβδομάδας κύησης αποτελεί την πιο συχνή αιτία πρόωρου τοκετού,[128] αφού αντιστοιχεί σχεδόν στο 30% όλων των πρόωρων τοκετών. [129] Το κάπνισμα θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αιτίες της πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων καθώς συσχετίζεται με αναλογία πιθανότητας 1,81%, σε έξι έρευνες.[2] Σε αυτό συνηγορούν και τα αποτελέσματα των Williams και συνεργατών σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες, που κάπνιζαν καθ' όλη την εγκυμοσύνη είχαν 2,2 φορές αύξηση του κινδύνου για πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων και 2,1 φορές αύξηση του κινδύνου για πρόωρο αυτόματο τοκετό σε σχέση με τις μη καπνίστριες. [128]

3.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ

Όταν η έγκυος καπνίζει, το έμβρυο εξαναγκάζεται να καπνίζει με αποτέλεσμα να είναι ο πρώτος παθητικός καπνιστής με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξή του.[59] Ήδη από την πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1957 διαπιστώθηκαν διαφορές, όχι μόνο στο βάρος γέννησης των νεογνών των καπνιστριών, αλλά και στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά όπως στο ύψος, στην περίμετρο κεφαλής, θώρακος και ώμων.[130] Το παθητικό κάπνισμα του εμβρύου επηρεάζει την ανάπτυξη των πνευμόνων και του εγκεφάλου, [131] με αποτέλεσμα να επιβαρύνει την υγεία αυτού του παιδιού για όλη του τη ζωή. [132]

3. 2.1 ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΟΥ

Το βάρος γέννησης του νεογνού δεν αντικατοπτρίζει μόνο την εμβρυϊκή ανάπτυξη, αλλά αποτελεί έναν από τους κυριότερους δείκτες καθορισμού της βρεφικής νοσηρότητας. [133] Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση υπολογίστηκε ότι ευθύνεται για το 20-30% των λιποβαρών νεογνών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α).[99] Η συχνότητα εμφάνισης πρόωρων λιποβαρών νεογνών συσχετίζεται θετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι έγκυες καπνίστριες. [134] Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν κατά μέσο όρο 150-250gr μικρότερου βάρους γέννησης νεογνά συγκριτικά με τις μη καπνίστριες. [135]

Πρόσφατη έρευνα των Stein και συνεργατών σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών στις Η.Π.Α μελέτησε το πόσο πιο ευάλωτα είναι τα λιποβαρή παιδιά σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας, μάθησης και συμπεριφοράς, συγκριτικά με αυτά που έχουν κανονικό βάρος γέννησης.[136] Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι τα μικρού βάρους

γέννησης νεογνά, σε σχέση με τα κανονικού βάρους γέννησης, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας υγείας, πάσχουν συχνότερα από χρόνια νοσήματα, εμφανίζουν συχνότερα μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή στη συγκέντρωση και υπερκινητικότητα.[136]. Εντυπωσιακά αυξημένη είναι η συχνότητα της νοσηρότητας των πάρα πολύ μικρού βάρους γέννησης νεογνών, ιδιαίτερα στην μετά-νεογνική περίοδο. Μεγαλώνοντας τα παιδιά αυτά τα ακολουθούν διάφορα προβλήματα υγείας, όπως αναπνευστικά προβλήματα, [137] αλλά και αύξηση της αρτηριακής τους πίεσης από την πρώτη κιόλας ώρα ζωής τους μέχρι την ηλικία των δύο ετών. [138]

3. 2.2 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

Τα νεογνά των καπνιστριών κινδυνεύουν ιδιαίτερα από το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου των Βρεφών (SIDS), που ορίζεται ως ο αιφνίδιος θάνατος ενός υγιούς νεογνού μικρότερου του ενός έτους, του οποίου η αιτία θανάτου δεν μπορεί να προσδιοριστεί ούτε από το ιατρικό ιστορικό, ούτε από τη νεκροψία.[139] Αναλυτικότερα τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά την κύηση κινδυνεύουν 2,3 φορές περισσότερο από το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου, από ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν. Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται 3 φορές στα βρέφη των οποίων οι μητέρες συνεχίζουν να καπνίζουν και μετά την εγκυμοσύνη. [140, 141] Σε νεογνά που πέθαναν από το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου βρέθηκαν αυξημένες συγκεντρώσεις νικοτίνης στους πνεύμονές τους και αυξημένα επίπεδα κοτινίνης συγκριτικά με νεογνά που πέθαναν από άλλες αιτίες. [142]

3. 2.3 ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση μειώνει την αναπνευστική λειτουργία των νεογνών. [143, 144, 145] Οι αλλαγές αυτές στην αναπνευστική λειτουργία τους (πχ. μείωση της μέγιστης λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας, Vmax FRC και μείωση της αναλογίας του χρόνου να επιτευχθεί η μέγιστη εκπνευστική ροή στο συνολικό εκπνευστικό χρόνο, TPTEF:TE) είναι εμφανείς ακόμα και 7 εβδομάδες πριν από την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού, δείχνοντας ότι οι αρνητικές επιπτώσεις από την προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα δεν περιορίζονται στις τελευταίες εβδομάδες της κύησης, αλλά έχουν ήδη εγκατασταθεί νωρίτερα. [145]

Πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι το μητρικό κάπνισμα αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα κινδύνου για το άσθμα της παιδικής ηλικίας. [146, 147] Ο Jaakkola και οι συνεργάτες του, που διερεύνησαν ένα δείγμα 5.951 παιδιών ηλικίας οκτώ έως δώδεκα ετών από εννέα Ρωσικές πόλεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα τσιγάρου, εξαιτίας του μητρικού καπνίσματος, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο διαγνωσμένου άσθματος αυτών των παιδιών.[147] Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία σε κορίτσια των οποίων οι μητέρες είχαν καπνίσει > 20 τσιγάρα ημερησίως κατά την κύηση, είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων άσθματος ακόμα και σε μεγαλύτερη ηλικία από αυτή που παρατηρήθηκε στην προηγούμενη Ρωσική έρευνα (έως και 14 ετών).[147] Επίσης, το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση θεωρείται σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης ασθματικής βρογχίτιδας τον πρώτο χρόνο ζωής. [148]

Σύμφωνα με νεώτερα ερευνητικά δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από ένα πανελλαδικά αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.374 παιδιών προσχολικής ηλικίας, επιβεβαιώνεται ότι το ενεργητικό κάπνισμα της εγκύου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου όχι μόνο για την εμφάνιση συμπτωμάτων βρογχικού άσθματος, αλλά και για την διαγνωσμένη ύπαρξη άσθματος

σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η ανωτέρω εκδήλωση άσθματος ήταν δοσοεξαρτώμενη καθώς φάνηκε πώς για κάθε ένα τσιγάρο, που κάπνιζε η έγκυος κατά την διάρκεια της κύησης αύξανε κατά 1% η πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων συριγμού ή η ύπαρξη διαγνωσμένου βρογχικού άσθματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλούν τα ευρήματα που αφορούν την έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα κυρίως κατά την διάρκεια του γ' τριμήνου κύησης, το οποίο συνδέεται με την εκδήλωση άσθματος και συμπτωμάτων που σχετίζονται με την αλλεργία.

[149]

Εκτός από το άσθμα στην παιδική ηλικία και στη εφηβεία, τα αποτελέσματα από μια πρόσφατη προοπτική μελέτη προτείνουν ότι και στην ενήλικη ζωή το άσθμα μπορεί να συνδεθεί με το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει η έρευνα των Skorge και συνεργατών, που διήρκεσε 11 χρόνια (1985-1997) και εξέτασαν την επίπτωση του άσθματος και των αναπνευστικών συμπτωμάτων 3.786 ατόμων, ηλικίας 15–70 ετών. [150]

Τα περιορισμένα στοιχεία για την αναπνευστική λειτουργία των πρόωρων νεογνών στην ενηλικίωση, οδήγησαν τους Narang και συνεργάτες σε μια διαχρονική έρευνα αξιολόγησης της λειτουργίας των αεραγωγών 21 χρόνια μετά τον πρόωρο τοκετό. Μελετήθηκαν δηλαδή πρώην-πρόωρα νεογνά, που συμμετείχαν στην έρευνα όταν γεννήθηκαν και είχαν υπερβολικά αναπνευστικά συμπτώματα και απόφραξη των αεραγωγών στα μέσα της παιδικής τους ηλικίας. Η έρευνα διαπίστωσε ότι, εαν και δεν υπάρχουν πλέον στοιχεία εμμένουσας απόφραξης των αεραγωγών, ούτε βρογχική υπεραντιδραστικότητα, εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα και 21 χρόνια μετά την πρόωρη γέννηση σημαντικά αναπνευστικά συμπτώματα. [151]

3.2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η έκθεση στο κάπνισμα τσιγάρου κατά την κύηση μπορεί να έχει επιπτώσεις στο εμβρυϊκό νευρικό σύστημα, που θα μπορούσαν έπειτα να οδηγήσουν σε διαταραχές της συμπεριφοράς στο νεογνό, το παιδί, ή ακόμα και το νέο ενήλικα. [152, 153] Φαίνεται ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με την ελλειμματική προσοχή των παιδιών, [154] την υπερκινητικότητα, με περισσότερες μαθησιακές διαταραχές [30], αλλά και με διαταραχή της συμπεριφοράς. [155]

Έχει διαπιστωθεί ισχυρή σχέση μεταξύ μητρικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης και της κάτω του μετρίου ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών στην ηλικία των 15 ετών. [156] Εντούτοις, παραμένει ασαφές εάν η αναφερόμενη σχέση μεταξύ του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και των μετρήσεων της γνωστικής λειτουργίας συσχετίζονται αιτιολογικά ή εάν οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα μετά τη γέννηση ή στα κοινωνικοοικονομικά και λοιπά χαρακτηριστικά των καπνιστριών μητέρων, καθώς το μητρικό κάπνισμα μπορεί να συσχετιστεί με ένα λιγότερο προνομιακό οικογενειακό περιβάλλον.[157, 158] Ενδεχομένως να αντανakλάται η επίδραση χαρακτηριστικών, που αφορούν τις διαφορές στο οικογενειακό περιβάλλον των καπνιστών και των μη καπνιστών σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, όπως διαφορές στις δεξιότητες που έχουν ως γονείς και στο χρόνο και την προσοχή που αφιερώνουν στο παιδί. [159]

3.2.5 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΥΤΙΣΜΟΣ

Παρόλο που είναι σπάνιος ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού με συχνότητα 1/1.000 γεννήσεις, [160] εντούτοις συνδέεται με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα, που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία.[161] Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι σύμφωνα με τις παρατηρήσεις τους που προέρχονται από δείγμα 408 παιδιών, που γεννήθηκαν από το 1974-1993, επίσημα διαγνωσμένων με αυτισμό, υπάρχει η πιθανότητα μια υπό-ομάδα παιδιών να αναπτύσσουν αυτισμό γιατί πάσχουν από τον ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης και εκτίθενται στη δυσμενή εμβρυική ασφυξία. Αυτό συνάδει με αρκετά από τα συμπεράσματα που είναι σύμφωνα με τη μη γενετική διαμεσολάβηση κινδύνων που οδηγούν στην εμφάνιση του αυτισμού. [161]

3.2.6 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΓΟΡΙΩΝ

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα των αγοριών που θα γεννηθούν. Το πρώτο στάδιο της έρευνας ξεκίνησε το 1984-1987, ως έρευνα για το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και τις επιπτώσεις του στο έμβρυο. Το 2005-2006, σε δεύτερο στάδιο της έρευνας, συγκεντρώθηκαν 347 δείγματα σπέρματος των ανδρών, που συμμετείχαν από έμβρυα στην έρευνα. Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, όσο περισσότερο καπνίζει η μητέρα κατά την κύηση, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση στη μείωση του όγκου και της συγκέντρωσης του σπέρματος. Αναλυτικότερα, άνδρες των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν > 19 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης, εμφάνισαν σχεδόν

19% χαμηλότερο όγκο σπέρματος, 17% χαμηλότερη συγκέντρωση σπέρματος και συνολικά 38% χαμηλότερο σπερματικό επίπεδο. [162]

3.2.7 ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η συσχέτιση του καπνίσματος κατά την κύηση με την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών έχει θεωρηθεί από πολλούς αμφιλεγόμενη, γιατί πίστευαν ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη δεν θα μπορούσε να οδηγήσει στην τερατογένεση. Ωστόσο, διάφορες μελέτες διαπίστωσαν ότι, όταν η μητέρα είναι καπνίστρια, αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών, ιδιαίτερα η εμφάνιση *λυκοστόματος και λαγώχειλου*. [163] Ειδικότερα, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των δεδομένων 9 ερευνών, που έχουν δημοσιευθεί μεταξύ 1974-2001 και εξέτασαν συνολικά στοματοπροσωπικές σχιστίες, διαπιστώθηκε σύνδεση μεταξύ μητρικού καπνίσματος και 34% αύξηση του κινδύνου για λαγώχειλο με ή χωρίς λυκόστομα και 22% αύξηση του κινδύνου για λυκόστομα [164]

Η μεγαλύτερη έρευνα για τη διερεύνηση της σχέσης του μητρικού καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και του σχετικού κινδύνου γέννησης παιδιού με πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία, διεξήχθη στις Η.Π.Α, όπου χρησιμοποιήθηκε η εθνική βάση δεδομένων γεννητικότητας του 2001 και του 2002. [165] Ειδικότερα, εξετάστηκαν τα αρχεία 6.839.854 γεννήσεων και ανευρέθηκαν 5.171 νεογνήτα με μεμονωμένη *πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία* και συγκρίθηκαν με 10.342 νεογνά χωρίς συγγενείς ανωμαλίες προκειμένου οι ερευνητές να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα 1-10 τσιγάρων ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέθηκε με 29% αύξηση του σχετικού κινδύνου. Το κάπνισμα 11-20 τσιγάρων ημερησίως αύξανε το σχετικό κίνδυνο στο 38%, ενώ το κάπνισμα > 21 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέθηκε με 78% αύξηση του σχετικού κινδύνου

γέννησης παιδιού με μεμονωμένη πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία. Τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας είναι στατιστικά σημαντικά λόγω του μεγάλου δείγματος, συγκεκριμένα το δείγμα αντιπροσώπευε το 84% των γεννήσεων στις Η.Π.Α, το οποίο δεν θεωρείται υπερβολικό, αλλά κρίνεται αναγκαίο στις επιδημιολογικές μελέτες για την διερεύνηση σπάνιων ασθενειών. Όμως ακόμα κι αν αυξάνεται αρκετά ο σχετικός κίνδυνος, ο αριθμός των νεογνών που κινδυνεύουν να γεννηθούν με συγγενείς ανωμαλίες παραμένει ακόμα αρκετά μικρός, αφού τα ποσοστά εμφάνισης τέτοιων γενετικών ανωμαλιών είναι ιδιαίτερα σπάνια με συχνότητα 1 στις 2.000-2.500 γεννήσεις. [165]

3.2.8 ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Σύμφωνα με τη μελέτη 1.974 παιδιών των Wisborg και συνεργατών, που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ καπνίσματος στην κύηση και νοσηλείας σε νοσοκομείο βρεφών <8 μηνών, το 8% των παιδιών αυτών νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο κατά του πρώτους 8 μήνες ζωής τους. Ειδικότερα, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν ≥ 15 τσιγάρων ημερησίως είχαν διπλάσιο κίνδυνο να νοσηλευθούν, από εκείνα που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν. Συμπερασματικά, το κάπνισμα ≥ 15 τσιγάρων ημερησίως επηρεάζει την υγεία των παιδιών σε τέτοιο βαθμό, που εάν όλες οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν ≥ 15 τσιγάρα ημερησίως σταματούσαν το κάπνισμα, θα μπορούσε να αποφευχθεί το 5% των νοσοκομειακών εισαγωγών παιδιών μικρότερων των 8 μηνών. [166]

3.2.9 ΑΥΞΗΣΗ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η έκθεση του εμβρύου στο μητρικό κάπνισμα συνδέεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στα νεογνά σύμφωνα με την έρευνα των Beratis και συνεργατών στην οποία μελετήθηκαν 73 νεογνά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της κύησης. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι η αύξηση της ΑΠ των νεογνών συσχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν οι μητέρες ημερησίως. Το κάπνισμα ≥ 15 τσιγάρων ημερησίως μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ΑΠ σε νηπιακό στάδιο, αλλά η ΑΠ τείνει να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα κατά το δεύτερο έτος ζωής. [167]

Η συσχέτιση του καπνίσματος με τα μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης σε υγιή οκτάχρονα παιδιά, που εκτέθηκαν στο μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και τον περιβαλλοντικό καπνό (ETS) διερεύνησε η διαχρονική προοπτική μελέτη των Ayer και συνεργατών.[168] Στην έρευνα συμμετείχαν 616 νεογνά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση. Έπειτα από συνεχείς μετρήσεις λιποπρωτεϊνών και αρτηριακής πίεσεως από τη γέννηση τους, έως την ηλικία των 8 ετών βρέθηκε ότι τα παιδιά αυτά είχαν χαμηλότερα επίπεδα HDL χοληστερόλης (1,32 έναντι 1,50 mmol/L), υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (1,36 έναντι 1,20 mmol/L), και υψηλότερη συστολική Αρτηριακή Πίεση (102,1 έναντι 99,9 mmHg).[168]

3.3 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η επίδραση του καπνίσματος κατά την κύηση φαίνεται πως είναι αναστρέψιμη αφού, όταν επιτυγχάνεται η διακοπή, έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωρους τοκετούς, μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών και μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.[3] Επίσης, όταν διακόπτονταν το κάπνισμα, μειώνονταν και ο σχετικός κίνδυνος για πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων. Επιπλέον, όταν η διακοπή του καπνίσματος γίνονταν πριν τη σύλληψη, ο κίνδυνος ήταν ίδιος με εκείνον που διέτρεχαν οι μη καπνίστριες.[128] Τα παιδιά που οι μητέρες τους διέκοψαν το κάπνισμα κατά την κύηση μεγαλώνοντας είναι υγιέστερα (έχουν μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας), καθώς πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα και έχουν λιγότερες μαθησιακές δυσκολίες.[169, 170]

Η διακοπή του καπνίσματος αποδεδειγμένα συντελεί στην αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης του νεογνού. Ειδικότερα, η διακοπή του καπνίσματος κατά τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, οδηγεί σε γέννηση παιδιών με παρόμοιο βάρος προς τα νεογνά των μητέρων, που δεν κάπνισαν ποτέ. [74] Το θετικό αυτό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος δεν παρατηρείται όμως σε περιπτώσεις απλής ελάττωσης του αριθμού των τσιγάρων.[91]

Η προοπτική μελέτη, που διεξήχθη στην Κρήτη (2007-2008), στην οποία συμμετείχαν 1.400 ζεύγη μητέρας-παιδιού, εξέτασε τη σχέση μεταξύ ενεργού μητρικού καπνίσματος και διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, καταγράφοντας τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των νεογνών και των δυσμενών εκβάσεων της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα κατά την κύηση συσχετίστηκε με: χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, μικρό μήκος γέννησης και μικρότερη περίμετρο κεφαλή των νεογνών των καπνιστριών, σε σύγκριση με τα νεογνά μη καπνιστριών, ενώ η διακοπή καπνίσματος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης τροποποίησε σημαντικά τα προαναφερόμενα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης. Επομένως, τα

ευρήματα αυτά ενισχύουν τις ισχύουσες κατευθυντήριες γραμμές που τονίζουν τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. **[171]**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

4.1 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. [172]

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (R.C.Ts) που αφορούν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.[173] 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.[174]

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, [175, 176] 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. [176, 177] Η προσωπική συμβουλή μπορεί να παρέχεται με διάφορους τρόπους: Μέσω video,[178] με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή [179] ή εξ ολοκλήρου τηλεφωνικά. [180]

Η χρήση του διαδικτύου στη διακοπή καπνίσματος παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Πιστεύεται ότι δεν είναι άλλη μια μορφή παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος, αλλά ότι αντιπροσωπεύει μια νέα και πολλά υποσχόμενη κατηγορία εργαλείων διακοπής καπνίσματος, λόγω της αυξανόμενης χρήσης του διαδικτύου. [181] 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.[182] 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 τρόπους 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.[181]

4.2 Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.2.1 ΤΑ «5 Α» ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σε πολλές έρευνες όπως διαπιστώνεται και από την μετά-ανάλυση των Melvin και συνεργατών η συμβουλευτική έχει βασιστεί στα «5 Α» (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), δηλαδή ρωτήστε, συμβουλευέστε, εκτιμήστε, βοηθήστε και προγραμματίστε [183] (βλ. Πίνακα 1). Στα «τέσσερα βήματα», των Glynn και Manley, [184] 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 Α» 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.[7]

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.

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. [183] 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.[185]

Πίνακας 1. Τα «5Α» της διακοπής του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη κατά τους Fiore και συνεργάτες,[7] όπως τροποποιήθηκαν από το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων–Γυναικολόγων.[185]

Τα «5 Α» της διακοπής του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

(Ask, Advise, Asses, 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 ή αφότου ανακάλυψε ότι ήταν έγκυος (B ή Γ), ενισχύετε την απόφασή της να διακόψει, την συγχαίρετε για την επιτυχία στη διακοπή, και την ενθαρρύνετε για να παραμείνει ελεύθερη από τον καπνό σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.

Εάν η έγκυος καπνίζει ακόμα (Δ ή Ε), προχωρήστε να συμβουλευέστε, να αξιολογήσετε, να βοηθήσετε, και να προγραμματίστε

2. ΣΥΜΒΟΥΛΕΨΤΕ 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.

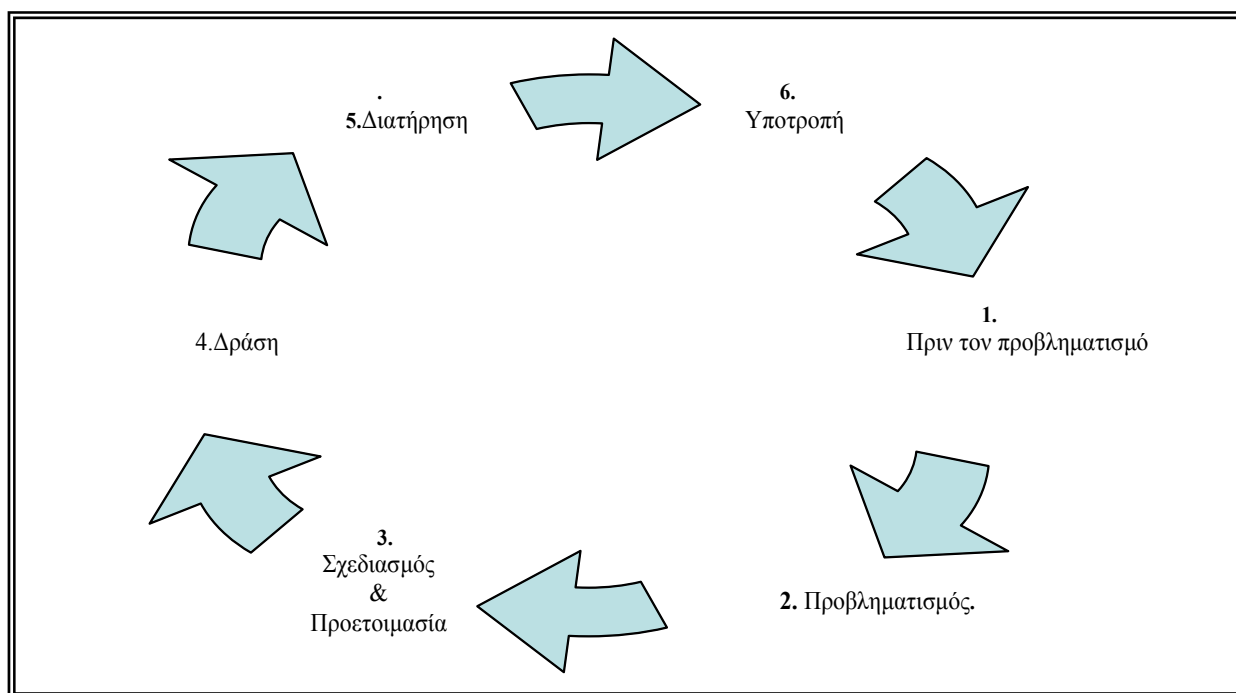
4. ΒΟΗΘΗΣΤΕ την έγκυο που ενδιαφέρεται για τη διακοπή με την παροχή συγκεκριμένου έντυπου υλικού σχεδιασμένου για την διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.

5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΕ τις επόμενες επισκέψεις για να παρακολουθήσετε την πρόοδο της προσπάθειας της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα, συμπεριλάβετε περισσότερη ενθάρρυνση για την διακοπή.

4.2.2 ΤΑ «ΣΤΑΔΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ»

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.[186] 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 την 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 την εμφάνιση υποτροπής, η οποία σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει αποτυχία. Εστιάζοντας στους λόγους της υποτροπής προετοιμάζεται καλύτερα η επόμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (**Εικόνα 3**). Επομένως σύμφωνα με τα στάδια αλλαγής η παρέμβαση πρέπει να είναι αντίστοιχη του σταδίου που διαπιστώνεται ότι βρίσκεται ο καπνιστής. [186]

Εικόνα 3. Τα «στάδια αλλαγής». ¹⁸⁶



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 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 το κάπνισμα έλαβαν σύντομη παρέμβαση, που θα τις βοηθούσε να κινητοποιηθούν. Εκείνες που ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της παρέμβαση 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.

[175]

Στην έρευνα των Lawrence και συνεργατών συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, που βασίστηκαν στα «στάδια αλλαγής», με αυτά που προέκυψαν από την

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 την δεύτερη ομάδα συν εκπαίδευση με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με εξατομικευμένες συμβουλές για την διακοπή του καπνίσματος. Σύμφωνα με τα τελικά αποτελέσματα το κάπνισμα διέκοψαν 3,5% από τις έγκυες της πρώτης ομάδας, 4,7% από την δεύτερη ομάδα και 8,1% από την τρίτη ομάδα. [179] Ο συνδυασμός περισσότερων εκπαιδευτικών μεθόδων σε μια παρέμβαση αποδεικνύεται αποτελεσματικότερος.

4.2.3 ΟΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ –ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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. [187] Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο έχει εξελιχθεί με ταχύτατους ρυθμούς και θετικά αποτελέσματα Η γνωσιακή διάσταση πρεσβεύει ότι η νοητική αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου, επιδρά αποφασιστικά στην ανθρώπινη συμπεριφορά.[188]

Πολλές έρευνες χρησιμοποίησαν γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις με πολύ θετικά αποτελέσματα.[26, 27, 28, 29, 180,189, 190, 191, 192] Όπως στην κλινική δοκιμή 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. [191]

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 την διακοπή του καπνίσματος είναι όχι μόνο αποτελεσματικές, αλλά και οικονομικά επωφελής. [185]

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 %.[190]

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. Τρείς 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. [180]

4.3 ΟΔΗΓΟΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Εκτός από την συμβουλευτική πολλές έρευνες βάσισαν την παρέμβαση 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. [193] **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 καταγραμμένα μηνύματα) ή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.[192] 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. [179, 190, 194, 195, 196, 197, 198, 199]

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. [200] Ένας τέτοιος οδηγός αυτοβοήθειας, 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 πιο αποτελεσματικός, σε σχέση με την παρέμβαση, που παρείχε σύντομη διαπροσωπική επικοινωνία και έναν γενικό οδηγό διακοπής του καπνίσματος. [194]

4.3.1 Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Η χρησιμότητα του οδηγού αυτοβοήθειας έγκειται: στην αμεσότητά του, στη σφαιρική ενημέρωση, στην επίλυση ενδεχόμενων ερωτημάτων των εγκύων, και κυρίως στην σταδιακή προετοιμασία για τη διακοπή του καπνίσματος, δίνοντας πρακτικές λύσεις και συμβουλές για το χειρισμό συγκεκριμένων καταστάσεων.[192] 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. [198]

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 στην Βαλτιμόρη. [195] 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.[195]

4.4 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, [190, 191, 194] από τις συντομότερες και λιγότερο εξατομικευμένες παρεμβάσεις, που σε κάποιες έρευνες χαρακτηρίζονται ως «ελάχιστες παρεμβάσεις», ενώ σε άλλες «συνήθη φροντίδα» (<5 λεπτά).[190, 191, 196, 200,201] 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,[175] ή τελική μέτρηση ακόμα και 12 μήνες μετά, όπως στην έρευνα των Hughes και λοιπών. [202] Στη συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των 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. [183]

Η αποτελεσματικότητα ενός οδηγού κλινικών οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση και οι μέθοδοι εκπαίδευσης ασθενούς αξιολογήθηκαν στην έρευνα 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 την 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%).[201]

Στην τυχαιοποιημένη πολυσταδιακή κλινική δοκιμή των Moore και συνεργατών αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα των οδηγιών 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 για 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. [176]

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 της έρευνας (58n) εμποδίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. [192]

Κάποιες έρευνες δεν αρκέστηκαν μόνο στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά κατέγραψαν τόσο το βάρος των νεογνών, [176, 177] όσο και τον πρόωρο τοκετό.[176,200] 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 53 γραμμάρια και ταυτόχρονα μειώνουν τον πρόωρο τοκετό στις εγκύους, που διέκοψαν το κάπνισμα. [203]

Συμπερασματικά, η πιο εξατομικευμένη και εξειδικευμένη παρέμβαση αποδεικνύεται επωφελέστερη για τις 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.

4.5 Η ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.5.1 ΕΙΔΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ-ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ

Ο ισχυρισμός των καπνιστριών ότι διέκοψαν το κάπνισμα στις περισσότερες έρευνες επιβεβαιώνεται και αποδεικνύεται βιοχημικά. Αυτό συμβαίνει είτε με δείγματα κοτινίνης στο σάλιο, [178, 195, 197,201] είτε με δείγματα κοτινίνης στα ούρα, [1, 180, 191, 204] είτε με το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα, [175, 191, 192, 202] είτε με την ανάλυση τρίχας από το τριχωτό της κεφαλής για ανίχνευση νικοτίνης και κοτινίνης. [205]

Το **εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO)** αποτελεί μια εύχρηστη, χαμηλού κόστους μέτρηση, που προσφέρει άμεσα αποτελέσματα για την αξιολόγηση της καπνιστικής κατάστασης. [206] Όμως ο σχετικά μικρός χρόνος ημιζωής του (3-6 ώρες) μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα [207] καθώς δεν μπορεί να εντοπίζει καπνιστές, που απέχουν από το κάπνισμα αρκετές ώρες. [206] 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.[208] Η νικοτίνη λόγω της μικρού χρόνου ημίσειας ζωής της μπορεί να μας πληροφορήσει μόνο για την πρόσφατη έκθεση στον καπνό.[209] 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 (10n) όμως περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. [210]

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). [211] Για τους λόγους αυτούς η κοτινίνη θεωρείται βιολογικός δείκτης εκλογής για την έκθεση τόσο στο

ενεργητικό, όσο και στο παθητικό κάπνισμα.[209] 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 κοτινίνης όλη την ημέρα.[209]

Όμως, η συγκέντρωση της κοτινίνης στα σωματικά υγρά των εγκύων γυναικών έχει αποδειχθεί ότι διαφέρει από τον κανονικό ενήλικο πληθυσμό. [208, 212, 213] Οι Rebagliato και συνεργάτες βρήκαν χαρακτηριστικές διαφορές μεταξύ των προγεννητικών και μεταγεννητικών συγκεντρώσεων κοτινίνης στις καπνίστριες μετά από ελεγχόμενη κατανάλωση καπνού.[209] 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.[208]

Μια νέα μέθοδος βιοχημικής εγκυρότητας είναι η ανάλυση τρίχας από το τριχωτό της κεφαλής, η οποία ανάλογα με το μήκος της μπορεί να δώσει στοιχεία για την καπνιστική κατάσταση του τελευταίου εξαμήνου, καθώς τα μαλλιά μεγαλώνουν περίπου 1 εκ. το μήνα.[214] 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 καθόλη 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.[205]

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.[215] Μια σημαντική

μείωση στη νικοτίνη της τρίχας παρατηρήθηκε μεταξύ των σταθερών καπνιστριών 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.[214]

4.5.2 Η ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ.

Παρόλα αυτά κάποιες έρευνες δέχονται την αναφερόμενη διακοπή καπνίσματος ως αξιόπιστη, χωρίς αυτό να είναι βιοχημικά αποδεδειγμένο.[203] Η δήλωση όμως αρκετών καπνιστριών ότι διέκοψαν το κάπνισμα μπορεί να είναι αναληθής, όπως αποδεικνύεται σε πολλές έρευνες μέσω των βιοχημικών ελέγχων.[190, 204]

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.[190] 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. [204]

Η σημαντικότητα της βιοχημικής εγκυρότητας στη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση συνοψίζεται στο συμπέρασμα της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης των Lumley και συνεργατών,[203] 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.[203]

4.6 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

4.6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

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 την 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.[216, 217]

Οι προαναφερθέντες ερευνητές έχουν ενδεχομένως επηρεαστεί από έρευνες μη εγκύων, όπου η χορήγηση NRT σχεδόν διπλασιάζει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σύγκριση με την χορήγηση placebo.[7] Επειδή όμως στην εγκυμοσύνη οι γυναίκες μεταβολίζουν τη νικοτίνη και την κοτινίνη γρηγορότερα, είναι ασαφές εάν η NRT είναι εξίσου αποτελεσματική. [218]

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% συνέχισε 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. [197]

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%).[191].

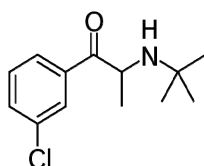
Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαιώνονται από την πρόσφατη διπλή τυφλή κλινική δοκιμή των Oncken και συνεργατών για την αποτελεσματικότητα της χορήγησης NRT στην διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. Στην ομάδα παρέμβασης χορηγήθηκε νικοτίνη σε μορφή τσίκλας των 2 mg, ενώ στην ομάδα ελέγχου χορηγήθηκε 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 κύσεως. 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 την νεογνική υγεία και ποιότητα ζωής .[219]

Παρά τις όποιες θετικές παρατηρήσεις τους οι Oncken και συνεργάτες δεν συστήνουν τη γενικευμένη χορήγηση της τσίκλας νικοτίνης προγεννητικά, λαμβάνοντας υπόψη τις αναφερόμενες παρενέργειες της χρήσης της σε ζώα.[219] 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. [220]

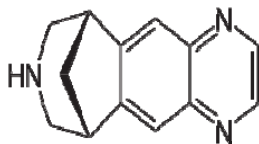
Επειδή τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της χρήσης προϊόντων NRT, [197] η χρήση των προϊόντων αυτών για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη αποφεύγεται ή χρησιμοποιείται προαιρετικά.[1] Το U.S. Preventive Services Task Force κατέληξε στο συμπέρασμα ότι **η χρήση των προϊόντων NRT ή άλλων φαρμακευτικών ειδών για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση και το θηλασμό δεν έχει αξιολογηθεί αρκετά, για να καθοριστεί η αποτελεσματικότητά και η ασφάλειά τους.** [221]

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. [185]

4.6.2 ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ ΚΑΙ ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ



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 τερατογεννέσεις σε ζώα, αλλά με περιορισμένα δεδομένα, που αφορούν τις επιπτώσεις στους ανθρώπους. [222] 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 την φαρμακοβιομηχανία παρασκευής. Γιατί ενώ οι έρευνες έγιναν σε έγκυες, εντούτοις το δείγμα ήταν αρκετά μικρό για να γενικευτούν τα συμπεράσματα των ερευνών και να θεωρηθεί απόλυτα ασφαλής η χρήση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης κατά την κύηση. [223]



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.[224] Όμως δεν υπάρχει έως τώρα γνώση ως προς την ασφαλή χρήση της Βαρενικλίνης κατά την κύηση.[224, 225]

4.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ 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.[226]

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.[227, 228]

Η ύπαρξη καπνιστών στο κοινωνικό δίκτυο των εγκύων και η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος ως προς την διακοπή του καπνίσματος ασκούν ισχυρή επίδραση. Συνήθως οι γυναίκες, που καπνίζουν κατά την κύηση, έχουν καπνιστές συζύγους και ελάχιστη ενίσχυση από το οικογενειακό περιβάλλον.[6] 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. [229]

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. [230]

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. [196]

Δεν πρέπει όμως να παραβλέπουμε και την μεταβαλλόμενη ψυχολογία των εγκύων ανά τρίμηνο κύησης, καθώς περνούν από τρία διαφορετικά στάδια, που αντιστοιχούν περίπου στα αντίστοιχα τρίμηνα.[231] 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 την 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.[232]

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.[232] 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 εγκύων [233] και την προετοιμασία για την άφιξη του μωρού.[234] Επιπλέον, συνυπάρχει το άγχος τους ότι θα πάρουν βάρος ή το άγχος τους για το πως θα φροντίσουν το νεογέννητο, αλλά και την κοινωνική πίεση που δέχονται προκειμένου να μην καπνίζουν κατά την κύηση. [192]

Τέλος, υπάρχει μια κατηγορία γυναικών οι λεγόμενες «**αυθόρμητα**» μη καπνίστριες, που σταματούν πιο εύκολα το κάπνισμα κατά την 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.[18] Ωστόσο μόνο το ένα τρίτο αυτών συνεχίζει να μην καπνίζει μετά από ένα χρόνο.[235] Άρα όσο εύκολα γίνεται η διακοπή του καπνίσματος από αυτή την κατηγορία καπνιστριών κατά την εγκυμοσύνη, τόσο εύκολα υποτροπιάζουν μετά το πέρας αυτής.

4.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα για τις επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την κύηση, καθιστούν επιτακτική την διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Όπως αποδεικνύεται 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.

Είναι φανερό, ότι το ουσιαστικά ελάχιστο κόστος των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη οδηγεί σε ασύγκριτα μεγαλύτερο όφελος, που σχετίζεται πρώτιστα με την υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών χωρίς να αγνοούνται οι οικονομικές και κοινωνικές θετικές επιπτώσεις αυτής της διακοπής. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα πρέπει συστηματικά να εντοπίζουν τις εγκύους καπνίστριες και να τις συμβουλεύουν σχετικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα για τη διακοπή καπνίσματος θεωρείται ως ο «χρυσός κανόνας» των προληπτικών παρεμβάσεων.[236] Διότι η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 30 ετών μπορεί να μειώσει τον σχετικό κίνδυνο των ασθενειών εξ αιτίας του καπνίσματος στο επίπεδο εκείνων που δεν κάπνισαν ποτέ. Αλλά και στην ηλικία των 50 ετών η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει κατά 50% τον κίνδυνο θνησιμότητας από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. [237]

Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα των επιπτώσεων του καπνίσματος ο Π.Ο.Υ συνιστά στους επαγγελματίες υγείας να ρωτούν κάθε ασθενή για την καπνιστική του κατάσταση και να προσφέρουν σύντομες συμβουλές και φαρμακοθεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος.[238]

Ήδη από το 1995 ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών αναφέρει σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος ότι **«...η εκπαίδευση του ασθενούς και οι προληπτικές παρεμβάσεις φροντίδας υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελούν μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής»**.[239] Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διακοπή καπνίσματος,[240] γιατί αποτελούν τον πολυπληθέστερο αριθμό επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως.[241] Συγκεκριμένα, υπάρχουν τουλάχιστον 17 εκατομμύρια νοσηλευτές σε όλο τον κόσμο,[242] οι οποίοι καθημερινά συναντούν καπνιστές, που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και μπορούν να επιδράσουν σημαντικά στη μείωση της χρήσης καπνού. Επίσης, οι νοσηλευτές είναι στην πρώτη γραμμή

της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σε κατάλληλη θέση να συμβουλευθούν όλες τις ηλικιακές ομάδες. [243]

Ιδιαίτερα κατά την κύηση οι νοσηλευτές έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τις εγκύους, οι οποίες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας, επομένως μπορούν να ενθαρρύνουν τις έγκυες καπνίστριες να διακόψουν το κάπνισμα. [244] Επιπλέον, σύμφωνα με τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Rice και Stead στην οποία συμπεριελήφθησαν 42 έρευνες αποδείχθηκε ερευνητικά ότι υπάρχει όφελος από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος καθώς υπάρχουν σαφή στοιχεία για την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων. [245]

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 14 της «Σύμβασης Πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού», [59] που κυρώθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο το 2006 και αποτελεί σήμερα Νόμο του Κράτους, **ο ρόλος των νοσηλευτών δεν περιορίζεται μόνο στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την χρήση του καπνού (αρ. 12), αλλά επεκτείνεται και στη συμμετοχή τους σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος, τα οποία θεωρούνται και νοσηλευτική υποχρέωση (αρ. 14 παρ. 2β).** [59]

Ειδικότερα το άρθρο 12 παρ.δ' της ανωτέρω Σύμβασης αναφέρεται στην αποτελεσματική εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας με στόχο τον έλεγχο του καπνού. Επιπλέον, το κράτος οφείλει να εφαρμόσει προγράμματα πρόληψης και διακοπής καπνίσματος σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα και κέντρα αποκατάστασης (αρ.14 παρ. 2γ) [59]

Τέλος, η παρέμβαση για τη διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη συνιστά υποχρέωση των νοσηλευτών, όπως και όλων των μελών της ομάδας υγείας διότι εντάσσεται στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας αποτελούν βασικούς στόχους της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η πρωτοβάθμια πρόληψη αποτελεί σημαντικό στοιχείο του πολυδιάστατου ρόλου του νοσηλευτή.[246] Η προαγωγή υγείας αποτελεί μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας, για το λόγο αυτό όλοι οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προαγωγής υγείας. [247]

Η προαγωγή υγείας μέσω των μεθόδων αγωγής υγείας στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου, στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων, στην ιεράρχηση των αναγκών, στην αλλαγή απόψεων και πεποιθήσεων, που θα συντελέσουν στη λήψη αποφάσεων με τελικό στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς και την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. [248] Στα πλαίσια της προαγωγής υγείας εντάσσεται η αγωγή υγείας σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης [246] με έναν από τους βασικούς στόχους να παραμένει η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος από τους μαθητές και τις μαθήτριες, οι οποίες αποτελούν τις μέλλουσες μητέρες.

Η πρόληψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται στα μέτρα που λαμβάνονται για να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες, και επεκτείνεται στην εξασφάλιση υγιεινού περιβάλλοντος. [246] Επομένως, η διακοπή καπνίσματος εντάσσεται σε αυτή την κατηγορία, ενώ η διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση μπορεί να ενταχθεί και σε μια δεύτερη κατηγορία, στη φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους, που αποτελεί έναν από τους βασικούς σκοπούς των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτοί διατυπώθηκαν στη παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας το 1978 στην Alma-Ata. [246] Η ανωτέρω διαπίστωση αποδεικνύει την σοβαρότητα του θέματος της

διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση, και την αυξημένη υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας ως προς αυτό το σκοπό.

Επειδή κατά την διάρκεια της κύησης η έγκυος επισκέπτεται τις υπηρεσίες υγείας συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής της, [244] οι νοσηλευτές ως η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας [241] θα πρέπει μέσω των μεθόδων αγωγής υγείας που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς [246] να τις ρωτούν για την καπνιστική τους κατάσταση και να τις βοηθούν μέσω της συμβουλευτικής να διακόψουν το κάπνισμα.

5.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Σύμφωνα με τη μετά-ανάλυση των Gaffney και συνεργατών τα τελευταία είκοσι χρόνια η νοσηλευτική έρευνα έχει διερευνήσει το θέμα του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη με ποικίλες εννοιολογικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Αναλυτικότερα, στη μετά-ανάλυση τους συμπεριελήφθησαν 64 δημοσιευμένες μελέτες (1988-2009), που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Αποδεικνύοντας εμπράκτως την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών απέναντι σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα. [249]

Όλες οι έρευνες που μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, που παρείχαν νοσηλευτές, με σκοπό τη διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη συγκλίνουν ως προς την ερευνητική μέθοδο καθώς είναι όλες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (R.C.Ts) και εφαρμόζουν την συμβουλευτική. Ωστόσο, οι έρευνες αυτές ποικίλουν ως προς τη μέθοδο της συμβουλευτικής που ακολουθείται (Γνωσιακές–Συμπεριφοριστικές Παρεμβάσεις, [250] διαθεωρητικό μοντέλο, 5Ας), ενώ κάποιες έρευνες χορηγούν και οδηγούς αυτοβοήθειας.[195] Η αποχή από το κάπνισμα επιβεβαιώνεται βιοχημικά με ανάλυση κοτινίνης σιέλου, [244, 251] κοτινίνης ούρων [252] και καταγραφή εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα. [176]

5.4 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η μετά-ανάλυση των Gaffney και συνεργατών αποδεικνύει ότι υπάρχει συνολικά στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση (OR = 1.14, 95% CI = 0.08 - 0.02). [249]

Η αξιολόγηση δύο νοσηλευτικών προσεγγίσεων για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια μιας αρχικής προγεννητικής επίσκεψης πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της έρευνας των O'Connor και συνεργατών. [252] Στην τυχαιοποιημένη αυτή κλινική δοκιμή συμμετείχαν 224 καθημερινές καπνίστριες. Η μια παρέμβαση παρείχε ένα βραδινό ομαδικό μάθημα σχετικά με ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος 2 ωρών, ενώ η άλλη παρέμβαση παρείχε επικοινωνία 20 λεπτών σε ατομική βάση κατά τη διάρκεια ενός προγεννητικού ραντεβού. Καμία από τις γυναίκες, που εγγραφήκαν στη παρέμβαση, που παρείχε το ομαδικό μάθημα δεν το παρακολούθησε, αντίθετα όμως το 93% που εγγράφηκε στην ομάδα της ατομικής επικοινωνίας, έλαβε την παρέμβαση. Η ομάδα που έλαβε την ατομική επικοινωνία είχε διπλάσια έως και τριπλάσια ποσοστά διακοπής καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης. Η διακοπή καπνίσματος επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με μέτρηση κοτινίνης ούρων. Συμπερασματικά, όσο πιο εξατομικευμένες είναι οι παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος τόσο πιο υψηλά είναι και τα αποτελέσματα της διακοπής. [252]

Επόμενη έρευνα που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα μιας νοσηλευτικής παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη ήταν η μελέτη των Gebauer και συνεργατών. [244] Στην έρευνα συμμετείχαν 178 έγκυες καπνίστριες, που έλαβαν δεκαπέντε λεπτά εξατομικευμένης παρέμβασης από μια εξειδικευμένη νοσηλεύτρια σε συνδυασμό με μια τηλεφωνική επικοινωνία 7-10 ημέρες μετά την επίσκεψη στην κλινική. Η αποτελεσματικότητα της έρευνας επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με ανάλυση κοτινίνης σιέλου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα στην ομάδα παρέμβασης

ανήλθε στο 15,5%, σε σύγκριση με 0% στην ομάδα ελέγχου. Επομένως μια νοσηλευτική παρέμβαση σε συνδυασμό με τηλεφωνική επικοινωνία μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. [244]

Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής στρατηγικών διακοπής καπνίσματος από νοσηλευτές σε 84 έφηβες έγκυες καπνίστριες, που διαχωρίστηκαν σε 3 ομάδες, διερευνήθηκε από τους Albercht και συνεργάτες. Η πρώτη ομάδα έλαβε τη συνήθη φροντίδα, η δεύτερη ομάδα έλαβε εντατική παρέμβαση 30 λεπτών ειδικά σχεδιασμένη για έγκυες εφήβους και η τρίτη ομάδα συμπεριελάμβανε ότι και η δεύτερη συν αμοιβαία κοινωνική υποστήριξη. Την έρευνα ολοκλήρωσαν 46 έγκυες, των οποίων η αποχή τους από το κάπνισμα επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με καταγραφή του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα. Ιδιαίτερα αποτελεσματική αποδείχθηκε η παρέμβαση που συνδύαζε την εντατική παρέμβαση 30 λεπτών για έγκυες εφήβους με αμοιβαία κοινωνική υποστήριξη. Το μέγεθος του δείγματος όμως δεν ήταν αρκετά μεγάλο ώστε να μπορούν να γενικευθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. [174]

Η αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των στρατηγικών για τη διακοπή του καπνίσματος σε έφηβες έγκυες καπνίστριες για την επίτευξη και διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα πραγματοποιήθηκε σε επόμενη έρευνα των Albercht και συνεργατών.[250] Στην έρευνα συμμετείχαν 142 έφηβες έγκυες καπνίστριες ηλικίας 14-19 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της κλινικής δοκιμής η παρέμβαση που συνδύαζε εντατική παρέμβαση 30 λεπτών για έφηβες έγκυες καπνίστριες και αμοιβαία κοινωνική υποστήριξη ήταν αποτελεσματικότερη στην επίτευξη της βραχυπρόθεσμης διακοπής καπνίσματος. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η αμοιβαία κοινωνική υποστήριξη και η εντατική παρέμβαση είχε περιορισμένο αντίκτυπο στη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα μετά τον τοκετό. [250]

Στην έρευνα των Windsor και συνεργατών έλαβαν μέρος 265 έγκυες καπνίστριες, 139 στην πειραματική ομάδα και 126 στην ομάδα ελέγχου, οι οποίες έλαβαν από την ομάδα των

επαγγελματιών υγείας στην οποία συμμετείχαν και νοσηλευτές προκαθορισμένες πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και καλούνταν να σταματήσουν το κάπνισμα. [206]

Η πειραματική ομάδα έλαβε επίσης τεκμηριωμένες μεθόδους εκπαίδευσης ασθενών, που συμπεριελάμβαναν την βιντεοκασέτα «Δεσμεύομαι να διακόψω το κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης και μετά την κύηση», τον οδηγό αυτοβοήθειας για την διακοπή καπνίσματος “*A Pregnant Woman’s Guide to Quit Smoking*” και μια σύντομη συμβουλευτική συνεδρία. Η αποχή από το κάπνισμα επιβεβαιώθηκε με βιοχημικό έλεγχο κοτινίνης σιέλου. Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα το κάπνισμα διέκοψαν διπλάσιες έγκυες καπνίστριες στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (17,3% πειραματική ομάδα και 8,8% ομάδα ελέγχου). Η αυξημένη αποτελεσματικότητα στην πειραματική ομάδα οφείλεται στην εφαρμογή αρχών οργανωτικής ανάπτυξης και βελτίωσης της ποιότητας στη διαχείριση και στην κλινική πρακτική καθώς και στην παροχή τεκμηριωμένων μεθόδων αγωγής υγείας από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. [201]

Ιδιαίτερα επιτυχής υπήρξε η έρευνα “baby beep” των Bullock και συνεργατών, που έλεγξε την αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων τηλεφωνικών παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος, που έγιναν από νοσηλευτές σε συνδυασμό με κοινωνική υποστήριξη και την ταχυδρόμηση 8 βιβλίων για τη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση. [251] Η εντατική παρέμβαση συμπεριελάμβανε όλα τα ανωτέρω, ενώ η ομάδα ελέγχου μόνο το Α’ σκέλος. Στην έρευνα συμμετείχαν 345 χαμηλού εισοδήματος έγκυες καπνίστριες, που ζούσαν στην επαρχία και λάμβαναν εβδομαδιαία τηλέφωνα κατά την διάρκεια της κύησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στη βιοχημική ανάλυση κοτινίνης στο σάλιο των συμμετεχουσών σε μηνιαία βάση καθώς και 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Παρόλο που δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, το αυξημένο ποσοστό διακοπής καπνίσματος, 17% στο τέλος της κύησης και 13% 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, αποδεικνύει ότι ο τακτικός βιολογικός έλεγχος, οι κατ’ οίκον επισκέψεις για τον περιορισμό του άγχους, της κατάθλιψης

και της βιαιότητας του συντρόφου σε συνδυασμό με τα ενημερωτικά έντυπα ήταν το ίδιο αποτελεσματικά με την εντατική παρέμβαση. [251]

Οι Lowe και συνεργάτες διερεύνησαν τον αντίκτυπο μιας συμπεριφοριστικής παρέμβασης στην αύξηση του αριθμού των νοσοκομείων, που παρέχουν συνήθως αποτελεσματικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες.[253] Στο Queensland, στην Αυστραλία 70 χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο νοσοκομεία αντιστοιχήθηκαν στους αριθμούς γεννήσεων και κοινωνικοοικονομικής θέσης της μητέρας και τοποθετήθηκαν τυχαία είτε σε μια ομάδα παρέμβασης, που στόχευε στην αύξηση της συνειδητοποίησης, είτε σε μια ομάδα παρέμβασης, που μέσω της συμπεριφοριστικής στόχευε την αλλαγή της συμπεριφοράς. Προκειμένου να προετοιμαστεί σωστά το προσωπικό των νοσοκομείων διοργανώθηκαν επιστημονικά σεμινάρια στα οποία συμμετείχαν >60% του προσωπικού των συμμετεχόντων νοσοκομείων. Ως επιτυχία ορίστηκε η συστηματική προσφορά ενός τεκμηριωμένου προγράμματος διακοπής καπνίσματος τουλάχιστον στο 80% των εγκύων που καπνίζουν. Σε ένα μήνα, το 65% των νοσοκομείων συμπεριφοριστικής παρέμβασης συμφώνησε να παρέχει προγράμματα και υλικά διακοπής καπνίσματος στις έγκυες καπνίστριες, έναντι 3% των νοσοκομείων αύξησης της συνειδητοποίησης. Μετά από ένα χρόνο, 43% των νοσοκομείων συμπεριφοριστικής παρέμβασης παρείχε ακόμα παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, έναντι 9% των νοσοκομείων αύξησης της συνειδητοποίησης. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η παροχή μιας συνοπτικής παρέμβασης στα νοσοκομεία μπορεί να ενθαρρύνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχει παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες παρόλα τα αναφερόμενα εμπόδια, που καταγράφηκαν στην αρχή του προγράμματος όπως: η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη δεξιοτήτων στην εφαρμογή συμβουλευτικών παρεμβάσεων. [253]

5.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΕΜΠΟΔΙΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η **καπνιστική κατάσταση** των ίδιων των νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα παρεμπόδισης της διακοπής καπνίσματος. Η έρευνα δείχνει ότι οι νοσηλευτές, που καπνίζουν είναι λιγότερο πρόθυμοι να αναλαμβάνουν δραστηριότητες προαγωγής υγείας με καπνιστές ασθενείς [254] και είναι πιο πιθανό να υποτιμούν τις βλαβερές επιπτώσεις της χρήσης του καπνού.[255] Σε πρόσφατη μελέτη, που διεξήχθη στον Καναδά, στην Ιαπωνία, στην Κορέα, στην Ταϊβάν, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις ΗΠΑ, [256] μόνο οι μισοί νοσηλευτές, που καπνίζουν, ανέφεραν ότι συζητούν τη διακοπή του καπνίσματος με ασθενείς που κάπνιζαν. Παρόμοια ευρήματα έχουν καταγραφεί μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής, με τους καπνιστές φοιτητές να έχουν λιγότερο ευνοϊκή στάση προς την πρόληψη του καπνίσματος.[257]

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε την Ελλάδα από τους Tzenalis και Sotiriadou οι κύριοι παράγοντες παρεμπόδισης των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, ως προς την παροχή παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος σε έγκυες καπνίστριες συνοψίζονται στους ακόλουθους: **έλλειψη χρόνου, έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης και φόβος μήπως διαταραχθεί η σχέση τους με την έγκυο.**[258] Παρόλο που το δείγμα της αναφερόμενης έρευνας είναι πολύ μικρό (28 n) και προέρχεται από παραμεθόριους περιοχές, με αποτέλεσμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό, ώστε να γενικευτούν τα ερευνητικά της αποτελέσματα, εντούτοις απεικονίζει ενδεικτικά και με χαρακτηριστικό τρόπο την επικρατούσα κατάσταση στη χώρα μας. Συγκεκριμένα, δείχνει ότι υπάρχει ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο συγκεκριμένο θέμα, η οποία δεν επηρεάζεται από την καπνιστική τους κατάσταση, αλλά υπάρχει δυσκολία στην διαχείριση της εφαρμογής παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος λόγω έλλειψης σχετικής εκπαίδευσης. [258]

Επομένως χρειάζεται περισσότερη **εκπαίδευση** των νοσηλευτών στη διακοπή καπνίσματος γενικά και κατά την κύηση ειδικότερα, η οποία θα εντάσσεται τόσο στα πλαίσια του βασικού προγράμματος σπουδών τους, όσο και στα πλαίσια της συνεχόμενης εκπαίδευσης. Σε αυτό συγκλίνουν τα ερευνητικά αποτελέσματα της πρόσφατης έρευνας των Patelarou και συνεργατών, που αξιολόγησε τις απόψεις 192 φοιτητών της Νοσηλευτικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου απέναντι στον έλεγχο και τη διακοπή καπνίσματος και την εκπαίδευση, που λαμβάνουν ως προς αυτό. Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι το 33% των φοιτητών ήταν καπνιστές και ότι οι απόψεις τους επηρεάζονταν άμεσα από την καπνιστική τους κατάσταση. Επίσης, οι νοσηλευτές που είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση για τη διακοπή καπνίσματος πίστευαν ότι πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην διακοπή καπνίσματος και να αποτελούν πρότυπα για τους ασθενείς τους. [259]

Λαμβάνοντας υπόψη τη διαφοροποίηση των απόψεων των νοσηλευτών για τον ρόλο τους στη διακοπή καπνίσματος, ανάλογα με το αν είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση κατά την διάρκεια των σπουδών τους, [259] ενισχύεται η άποψη ότι αν θέλουμε να ενεργοποιηθεί μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευτών και στην Ελλάδα ως προς τη διακοπή καπνίσματος θα πρέπει όχι μόνο να ενταχθεί σχετικό μάθημα κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, αλλά στα πλαίσια της συνεχόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης μέσω εξειδικευμένων σεμιναρίων σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνονται και να λαμβάνουν σχετική επιμόρφωση. [260] Η επιμόρφωση αυτή θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους και την αύξηση της αυτοπεποίθησής τους, ώστε να καταφέρνουν να εφαρμόζουν αποτελεσματικά στρατηγικές διακοπής καπνίσματος.

5.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντικός. Εάν μέσω της εκπαίδευσης τους οι νοσηλευτές ευαισθητοποιηθούν και ενεργοποιηθούν περισσότερο στα πλαίσια της διακοπής καπνίσματος, όχι μόνο θα ξεπεραστούν τα πιθανά εμπόδια, αλλά θα υπάρξουν και σημαντικά αποτελέσματα σε αυτό τον τομέα. Η πρόκληση θα ήταν οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος να αποτελούν μέρος της καθημερινής πρακτικής όλων των νοσηλευτών [261] και γενικά όλων των επαγγελματιών υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΙ

6.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε (Νοέμβριο 2009 - Φεβρουάριο 2012) σε δύο νοσοκομεία, που βρίσκονται στην περιοχή της Αττικής, συγκεκριμένα στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου» και στη Γ' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν».

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της έρευνας πρόκειται για μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (randomized controlled trial) δύο παραλλήλων ομάδων. Η τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή θεωρείται **«...ιδεώδες σχέδιο έρευνας, επειδή μετρά τις σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές με τη μέγιστη ακρίβεια, αυστηρότητα και έλεγχο»**.^[262] Επίσης, αυτής της κατηγορίας οι έρευνες θεωρούνται ότι είναι οι μόνες κατάλληλες για να ελέγξουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέτρων.^[263] Η τυχαιοποίηση έγινε με ειδικούς πίνακες τυχαίων αριθμών μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, ενώ οι συμμετέχουσες δεν γνώριζαν την ομάδα παρέμβασης τους (μονή τυφλή).

Το πρωτόκολλο της έρευνας καταχωρήθηκε στο διεθνές αρχείο κλινικών ερευνών clinicaltrials.gov (**ClinicalTrials.govIdentifier: NCT01210118**) σύμφωνα με τους διεθνείς κανόνες που διέπουν τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών.^[264]

Τα διαφορετικά σημεία συλλογής δεδομένων του ερευνητικού πρωτοκόλλου περιγράφονται ακολούθως:

1) Η πρώτη συνάντηση πραγματοποιείται έως και την 24η εβδομάδα κύησης. Κατά την αρχική αυτή συνάντηση οι μέλλουσες συμμετέχουσες ενημερώνονταν σχετικά με το σκοπό της έρευνας και τις διαδικασίες. Αφού συμφωνούσαν να συμμετάσχουν και υπέγραφαν το έγγραφο της πληροφορημένης συναίνεσης τους, καταγράφονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι καπνιστικές τους συνήθειες. Στη συνέχεια συμπληρώνονταν το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28 Ερωτήσεων του Goldberg [265] όπως έχει μεταφαστεί και εγκυροποιηθεί στα ελληνικά από τους Garyfallos και συνεργάτες [266] και η κλίμακα Υπολογισμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη του Fagerstrom (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence).[267] Η καπνιστική τους κατάσταση ελέγχονταν βιοχημικά με μέτρηση του εκπνεόμενου Μονοξειδίου του Άνθρακα (CO), ενώ λαμβάνονταν και δείγματα ούρων για ανάλυση κοτινίνης και νικοτίνης. Κατά τη συνάντηση αυτή, πραγματοποιείται και η ανάλογη παρέμβαση, η οποία περιγράφεται λεπτομερώς σε επόμενο κεφάλαιο.

2) Η δεύτερη συνάντηση πραγματοποιείται περί την 32η εβδομάδα κύησης. Πριν από τη δεύτερη συνάντηση, οι συμμετέχουσες και των δύο ομάδων ελάμβαναν ένα τηλεφώνημα για τον έγκαιρο προγραμματισμό της συνάντησης. Στη συνάντηση αυτή έδιναν και δεύτερο δείγμα ούρων προκειμένου να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και ο ισχυρισμός τους για την ενδεχόμενη μεταβολή της καπνιστικής τους κατάστασης.

3) Μετά τον τοκετό γίνονταν καταγραφή του βάρους γέννησης, της προωρότητας, της εμφάνισης τυχόν επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

4) Τέλος, έξι μήνες μετά τον τοκετό έγινε διερεύνηση για ενδεχόμενη υποτροπή μετά τον τοκετό. Συγκεκριμένα, όσες καπνίστριες διέκοψαν το κάπνισμα και ισχυρίζονταν ότι συνέχιζαν να απέχουν από τον καπνό έδιναν και τρίτο δείγμα ούρων προκειμένου να υπάρξει βιοχημική επιβεβαίωση του ισχυρισμού τους.

Τα αναφερθέντα σημεία συλλογής δεδομένων του ερευνητικού πρωτοκόλλου απεικονίζονται στο **Σχεδιάγραμμα της Έρευνας (Πίνακας 2)**.

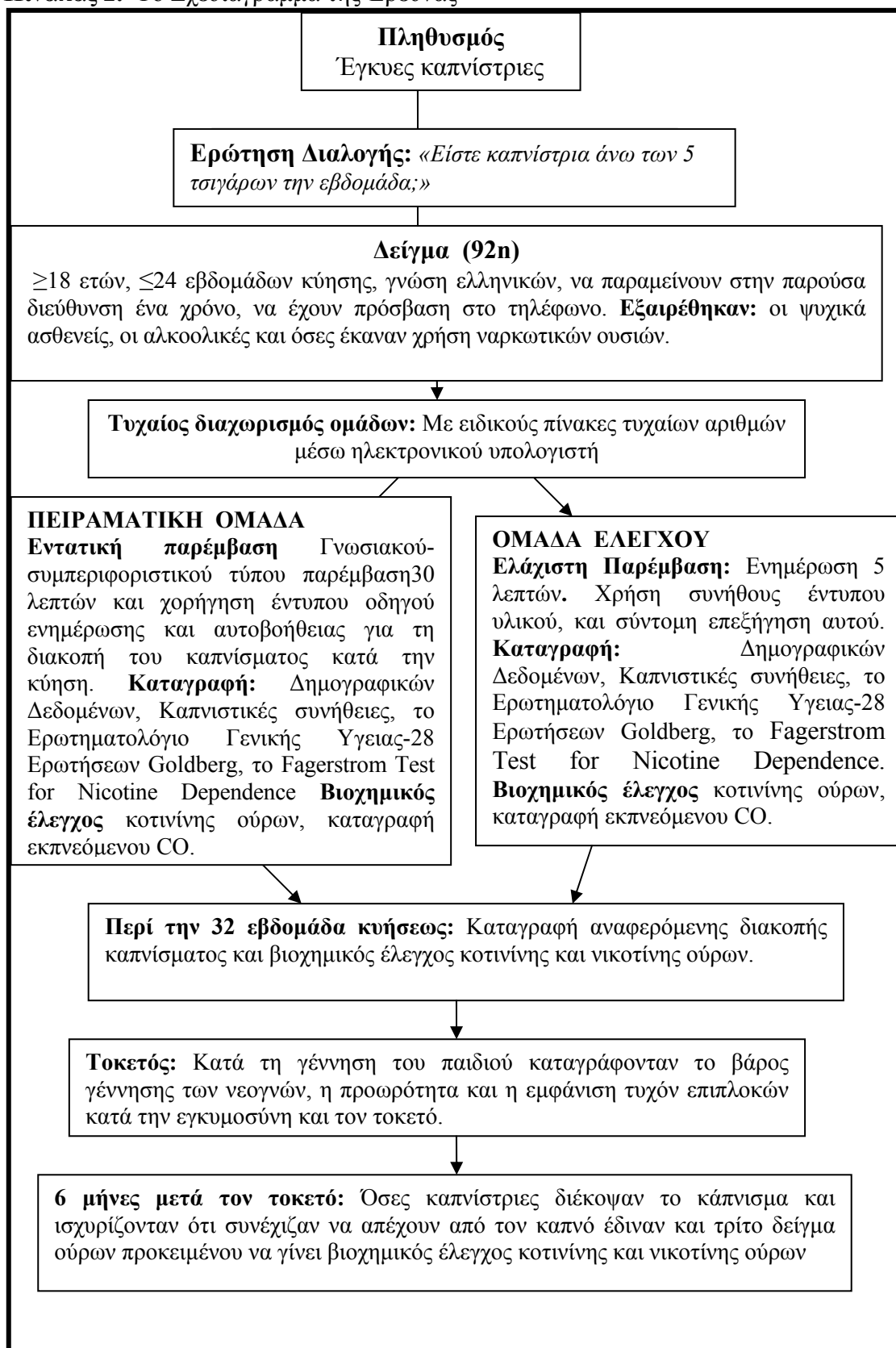
6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να διερευνηθεί αν η παροχή εντατικής παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση, μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με την ελάχιστη παρέμβαση.

6.3 ΜΕΛΕΤΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλες οι υγιείς έγκυες καπνίστριες ≥ 18 ετών, οι οποίες έπρεπε να είναι ≤ 24 εβδομάδων κύησης, που κάπνιζαν περισσότερα από πέντε τσιγάρα την εβδομάδα.

Πίνακας 2. Το Σχεδιάγραμμα της Έρευνας



6.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

6.4.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ

Για τη συμμετοχή στην παρούσα μελέτη έπρεπε να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια,:

α) παρούσα εγκυμοσύνη, β) κάπνισμα > 5 τσιγάρων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, γ) ηλικία ≥ 18 ετών.

6.4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Εξαιρέθηκαν από την έρευνα όσες έγκυες είχαν: α) ηλικία κύησης > 24 εβδομάδων κύησης κατά τη στιγμή της εισόδου στην έρευνα, β) περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση στο τηλέφωνο, γ) δεν σκόπευαν να ζήσουν στην ίδια διεύθυνση για 1 έτος, δ) δεν μπορούσαν να διαβάσουν ελληνικά, ε) οι αλκοολικές, στ) όσες έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών, ζ) όσες έπασχαν από κατάθλιψη (σύμφωνα με την ελληνική έκδοση του Γενικού Ερωτηματολογίου Υγείας του Goldberg των 28 ερωτήσεων) [265, 266]. Επίσης, εξαιρέθηκαν από την έρευνα όσες συμμετέχουσες άλλαξαν κλινική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και όσες δεν θέλησαν να συνεχιστεί η παρακολούθησή τους ή αρνήθηκαν να επιβεβαιωθεί η καπνιστική τους κατάσταση βιοχημικά με δείγμα ούρων.

6.5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

6.5.1 ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ομάδα ελέγχου έλαβε την ελάχιστη παρέμβαση, που συμπεριελάμβανε: σύντομες συμβουλές 5 λεπτών και τη χορήγηση ενός φυλλάδιου για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Αυτό το φυλλάδιο συνοψίζει τις κύριες επιπτώσεις του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δίνει σαφή σύντομα μηνύματα για την ενθάρρυνση της διακοπής του καπνίσματος, καθορίζοντας συγκεκριμένη ημερομηνία διακοπής. Το φυλλάδιο αυτό παρατίθεται στο παράρτημα.

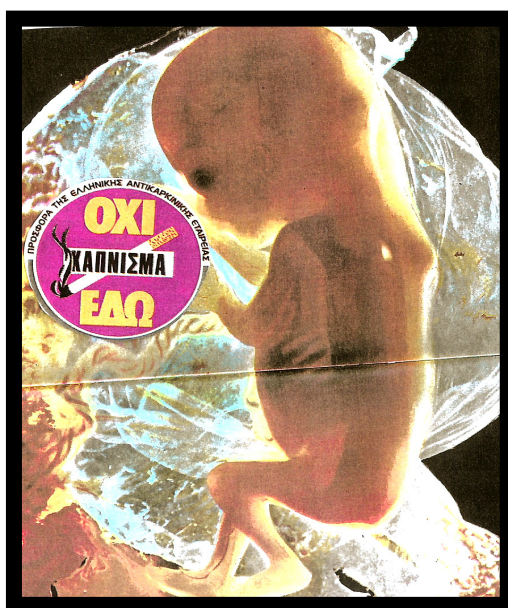
6.5.2 ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι συμμετέχουσες στην πειραματική ομάδα έλαβαν την εντατική παρέμβαση που συμπεριελάμβανε: γνωσιακού- συμπεριφοριστικού τύπου παρέμβαση, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία 30 λεπτών, χορήγηση έντυπου οδηγού ενημέρωσης και αυτοβοήθειας σχετικά με την προετοιμασία για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και επεξήγηση αυτού. Η παρέμβαση γίνονταν από μια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια και ήταν ίδια σε όλες τις εγκύους. Η συμβουλευτική βασίστηκε στα «5 A» (Ask, Advise, Asses, Assist, Arrange), δηλαδή ρωτήστε, συμβουλευέστε, εκτιμήστε, βοηθήστε και προγραμματίστε [183] Στα «τέσσερα βήματα», των Glynn και Manley, 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. [184]

6.6 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΔΗΓΟΥ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Ο οδηγός αυτοβοήθειας (self-help manual), που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, δημιουργήθηκε, αφού μελετήθηκαν οι υπάρχοντες οδηγοί αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και αφού ελήφθησαν υπόψη οι διάφορες πιθανές πολιτισμικές διαφορές. Δεν έγινε απευθείας υιοθέτηση κάποιου οδηγού αυτοβοήθειας, διότι λόγω των πολιτισμικών διαφορών που υπάρχουν θα μπορούσε να μειωθεί θεαματικά η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης [195]. Η γλώσσα του οδηγού αυτοβοήθειας είναι απλή και κατανοητή, ώστε τα μηνύματα να είναι εύκολα αντιληπτά από τις συμμετέχουσες όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, χωρίς ωστόσο να είναι εκλαϊκευμένα και να χάνουν την επιστημονικότητά τους. Προκειμένου να ενισχύσουμε την επιστημονική εγκυρότητα και το ενδιαφέρον για την χρήση του οδηγού αυτοβοήθειας συμπεριελήφθησαν φωτογραφίες (**Εικόνα 4**. Φωτογραφία από το εξώφυλλο του οδηγού αυτοβοήθειας) και κατάλογος με βιβλιογραφικές αναφορές για περαιτέρω μελέτη.

Εικόνα 4. Φωτογραφία από το εξώφυλλο του οδηγού αυτοβοήθειας.



Αναλυτικότερα ο οδηγός αυτοβοήθειας συμπεριλαμβάνει τέσσερις βασικούς άξονες:

- Ο πρώτος άξονας, που τιτλοφορείται **«Για ποιο λόγο να διακόψω το κάπνισμα»**, ενημερώνει αρχικά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην έκβασή της κύησης και στο έμβρυο και επεκτείνεται στα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος για το έμβρυο, αλλά και την ίδια τη μητέρα προς αποφυγή της επανέναρξης του καπνίσματος μετά τον τοκετό. Επίσης, απαντώνται διάφορα πιθανά ερωτήματα των εγκύων καπνιστριών όπως: πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για τη διακοπή του καπνίσματος, για το μητρικό θηλασμό και το κάπνισμα, για την αύξηση του βάρους από τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση.
- Ο δεύτερος άξονας αφορά στην **προετοιμασία της εγκύου για τη διακοπή του καπνίσματος**. Σε αυτό το σημείο η έγκυος καλείται να συμπληρώσει μόνη της τους λόγους που θα την οδηγήσουν να διακόψει το κάπνισμα ιεραρχώντας τους, διευκολύνοντάς την κατά αυτό τον τρόπο να βρει το σημαντικότερο κίνητρο που θα την οδηγήσει στην διακοπή. Επίσης, μαθαίνει πώς να αλλάξει τις καθημερινές συνήθειες, που είχε υιοθετήσει και τις συσχέτιζε με το κάπνισμα και πώς να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα στέρησης από την επερχόμενη διακοπή καπνίσματος. Δίνονται οδηγίες αναζήτησης συμπαράστασης από το κοινωνικό περιβάλλον και το σύντροφό της. Τέλος, της δίνεται η δυνατότητα να δημιουργήσει μια λίστα επιβράβευσης για τον εαυτό της με αγαθά ή υπηρεσίες, που θα καταφέρει να προσφέρει η ίδια στον εαυτό της από τα χρήματα, που θα αποταμιεύσει από τη διακοπή του καπνίσματος.
- Στον τρίτο άξονα, που τιτλοφορείται **«Τώρα είσαι έτοιμη να διακόψεις το κάπνισμα»**, η έγκυος ενθαρρύνεται να ορίσει ημερομηνία διακοπής καπνίσματος, αφού προηγουμένως ανακεφαλαιώσει τα προηγούμενα και μελετήσει τις τελευταίες οδηγίες, που αφορούν την ημέρα της διακοπής.

- Ο τέταρτος και τελευταίος άξονας περιέχει **οδηγίες αντιμετώπισης μιας ενδεχόμενης υποτροπής**, προκειμένου να ενισχυθούν οι έγκυες καπνίστριες, ώστε αν μπουν στον πειρασμό να καπνίσουν ένα τσιγάρο, να μην πιστέψουν ότι δεν θα τα καταφέρουν. Τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της απόκτησης βοήθειας από το κοινωνικό τους δίκτυο, ειδικότερα από κάποιον που έχει διακόψει το κάπνισμα. Στο τέλος επισυνάπτεται ο πίνακας με τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό και τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. [268]

Αυτούσιος ο οδηγός αυτοβοήθειας, που χρησιμοποιήθηκε, παρατίθεται στο παράρτημα.

6.7 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

6.7.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 28 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ GOLDBERG (GOLDBERG'S GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας του Goldberg (Goldberg's General Health Questionnaire- GHQ),[265] είναι ένα από τα ευρέως χρησιμοποιούμενα ψυχολογικά τεστ, που στοχεύουν στον εντοπισμό τρεχόντων μη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.[269] Υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές του τεστ (GHQ-60-30-28). [270]

Η γενική και ψυχική υγεία των συμμετεχουσών της συγκεκριμένης έρευνας αξιολογήθηκε με βάση το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας 28 ερωτήσεων του Goldberg, [265] του οποίου χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή. Οι δείκτες εγκυρότητας του GHQ στα Ελληνικά ελέγχθηκαν από τους Garyfallos και συνεργάτες και αποδείχθηκαν ερευνητικά ικανοποιητικοί. [263] Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, που απαρτίζεται από **28 κλειστές ερωτήσεις και διαιρείται σε τέσσερις υποκατηγορίες (A, B, C, D) των 7 ερωτήσεων**, που περιγράφονται ακολούθως:

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α: Είναι η υποκατηγορία που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα **τρέχοντα σωματικά ενοχλήματα**. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν στην πρώτη ερώτηση, εάν αισθάνονται εντελώς καλά και απολύτως υγιής, επιλέγοντας από τα ακόλουθα:

- α) Καλύτερα από ότι συνήθως, β) Το ίδιο όπως συνήθως, γ) Χειρότερα από ότι συνήθως,
δ) Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως..

Ενώ στις υπόλοιπες ερωτήσεις της Α' υποκατηγορίας καλούνταν να απαντήσουν επιλέγοντας από τα ακόλουθα : α) Καθόλου, β) Όχι περισσότερο από ότι συνήθως, γ) Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως , δ) Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β: Είναι η υποκατηγορία των ερωτήσεων, που αξιολογούν το **άγχος και την αϋπνία** των συμμετεχουσών. Στις ερωτήσεις της Β' υποκατηγορίας οι συμμετέχουσες καλούνταν να απαντήσουν επιλέγοντας από τα ακόλουθα:

- α) Καθόλου, β) Όχι περισσότερο από ότι συνήθως, γ) Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως, δ) Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ C: Η συγκεκριμένη υποκατηγορία των ερωτήσεων εντοπίζει την **κοινωνική δυσλειτουργικότητα**. Στις ερωτήσεις της C υποκατηγορίας οι συμμετέχουσες καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήσεις όπως: **«Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;»**

επιλέγοντας από τα ακόλουθα :

- α) Περισσότερο από ότι συνήθως, β) Το ίδιο όπως συνήθως, γ) Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως, δ) Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως.

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ D: Είναι η υποκατηγορία που αξιολογεί την **μείζονα καταθλιπτική διαταραχή**. Στις ερωτήσεις (D1, D2, D3, D5, D6) της D υποομάδας οι συμμετέχουσες καλούνταν να απαντήσουν επιλέγοντας από τα ακόλουθα :

- α) Καθόλου, β) Όχι περισσότερο από ότι συνήθως, γ) Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως, δ) Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

Στην ερώτηση D4 οι συμμετέχουσες καλούνταν να απαντήσουν, **εάν τους έχει περάσει από το μυαλό να δώσουν τέλος στη ζωή τους**, επιλέγοντας από τα ακόλουθα:

- α) Σίγουρα όχι, β) Δεν νομίζω, γ) Πέρασε από το μυαλό μου, δ) Σίγουρα μου έχει περάσει από το μυαλό.

Στην ερώτηση D6 οι συμμετέχουσες καλούνταν να απαντήσουν *εάν έχουν πιάσει τον εαυτό τους να εύχεται να ήταν πεθαμένη και να είχε ξεμπερδέψει με όλα*, επιλέγοντας από τα ακόλουθα: α) Καθόλου, β) Όχι περισσότερο από ότι συνήθως, γ) Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως, δ) Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

Το πλήρες ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας των 28 Ερωτήσεων του Goldberg [265] στην ελληνική έκδοση του [266] παρατίθεται στο παράρτημα.

6.7.1.1 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ GOLDBERG'S GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Σύμφωνα με τους Goldberg και συνεργάτες ο μέσος όρος του σκορ του GHQ παρέχει έναν πρόχειρο οδηγό για τον εντοπισμό του καλύτερου ορίου συσχέτισης μεταξύ των καλύτερων ορίων. Το GHQ δίνει τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ παθολογικών και μη παθολογικών περιπτώσεων.[271]

Η μέθοδος υπολογισμού του σκορ (0-0-1-1) εφαρμόζεται και στις τρεις μορφές του τεστ. Το όριο διάκρισης μεταξύ παθολογικών και μη παθολογικών περιπτώσεων είναι το 5, τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλές βαθμολογίες >5 κυρίως (6-8) θεωρούνται σίγουρες παθολογικές περιπτώσεις [272], ενώ οι μικρές βαθμολογίες στις διάφορες υποκλίμακες υποδηλώνουν καλή υγεία.

Οι υποκατηγορίες του GHQ-28 Ερωτήσεων δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και αυτό επιβεβαιώθηκε και στην ελληνική μορφή του τεστ.[266] **Η συνολική αξιολόγηση του ερωτηματολογίου στην παρούσα μελέτη έγινε στην κλίμακα (0-0-1-1).**

6.7.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΤΟΥ FAGERSTROM (FAGERSTROM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE)

Για την συλλογή δεδομένων που αφορούν τον βαθμό της εξάρτησης των καπνιστριών από το κάπνισμα χρησιμοποιήθηκε το Fagerstrom Test For Nicotine Dependence, ένα σύντομο και ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο 6 ερωτήσεων.[267] Πρόκειται για μια μονοδιάστατη και συνεχή κλίμακα που μετρά την συμπεριφορά και τις φυσιολογικές πτυχές του εθισμού (π.χ. το ποσοστό του καπνίσματος, το κάπνισμα το πρωί, και τη δυσκολία στην αποχή από το κάπνισμα) και αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της σωματικής εξάρτησης. [273, 274]

6.7.2.1 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ FAGERSTROM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

Το Fagerstrom Test For Nicotine Dependence [267] υπολογίζεται βάση της βαθμολογίας των απαντήσεων σε μια κλίμακα από **0-10**, το μέγιστο άθροισμα είναι 10 βαθμοί και υποδηλώνει τη μέγιστη εξάρτηση από τη νικοτίνη. Ανάλογα με την βαθμολογία ο βαθμός εξάρτησης διαιρείται στις ακόλουθες κατηγορίες:

0-3 : Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

4-5 : Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος

6-7 : Καπνιστής ισχυρά εξαρτημένος

8-10: Καπνιστής πολύ ισχυρά εξαρτημένος

Το πλήρες ερωτηματολόγιο του υπολογισμού εξάρτησης από τη νικοτίνη του Fagerstrom παρατίθεται στο παράρτημα.

6.8 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο όρος βιοδείκτης σημαίνει ότι μια μέτρηση αντανακλά την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ένα βιολογικό σύστημα και ένα χημικό, φυσικό, βιολογικό ή περιβαλλοντικό παράγοντα .[275] Όταν ο παράγοντας αυτός είναι το κάπνισμα, ένας ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα βιοδείκτη για τον εντοπισμό της έκθεσης ή της κατανάλωσης καπνού, είτε με άμεσο ή έμμεσο τρόπο.[276] Οι βιοδείκτες της έκθεσης στον καπνό περιλαμβάνουν κάθε δοκιμασία, η οποία χρησιμοποιεί βιολογικό υλικό για να μετρήσει ένα παράγωγο ή ένα μεταβολίτη του καπνού. [277]

Η μέτρηση με βιοδείκτες εμφανίζεται μέσω της αξιολόγησης: του μονοξειδίου του άνθρακα, της κοτινίνης (στο σάλιο, στο αίμα, στα ούρα και στα μαλλιά), της νικοτίνης (στο σάλιο, στο αίμα, στα ούρα και στα μαλλιά), του θειοκυανικού άλατος (στο σάλιο, στο αίμα και στα ούρα) και των αλακαλοειδών της νικοτίνης (στα ούρα).[276]

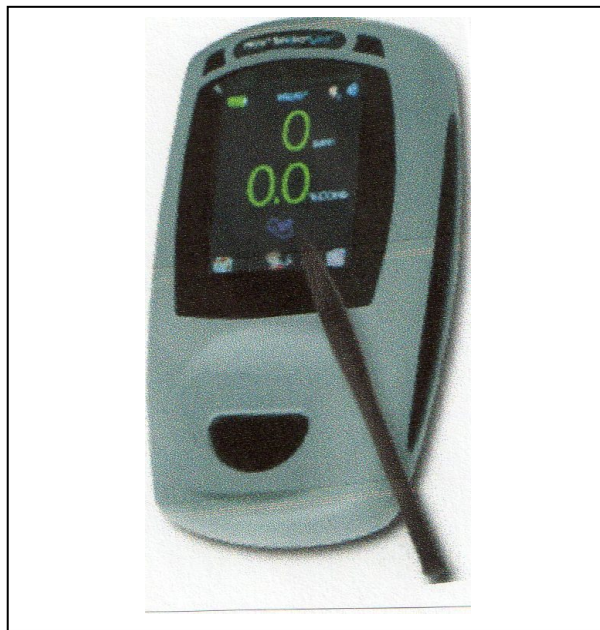
6.8.1. ΕΚΠΝΕΟΜΕΝΟ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO) είναι ένας από τους χρησιμότερους βιοδείκτες έκθεσης στον καπνό, επειδή δεν υφίσταται μεταβολική ενεργοποίηση.[277] Η μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα είναι εύχρηστη, χαμηλού κόστους και προσφέρει άμεσα αποτελέσματα για την αξιολόγηση της καπνιστικής κατάστασης. [206]

Όμως, ο σχετικά μικρός χρόνος ημιζώης του (3-6 ώρες) μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα,[207] καθώς ο μικρός χρόνος παραμονής του τον καθιστά δείκτη πρόσφατης έκθεσης. [277] Επιπλέον περιορισμοί για την μέτρηση του CO είναι το ότι δεν είναι ειδικός δείκτης του καπνίσματος, εφόσον υπάρχουν και άλλες πηγές έκθεσης όπως οι αναθυμιάσεις των αυτοκινήτων και ότι τα επίπεδα μπορεί να επηρεαστούν από τη φυσική δραστηριότητα, το φύλο και την παρουσία πνευμονικής νόσου. [277]

Για τους λόγους αυτούς στην έρευνά μας η μέτρηση του CO χρησιμοποιήθηκε περισσότερο σαν επικουρική μέτρηση, που ενδεχομένως να αύξανε την κινητοποίηση των εγκύων ως προς τη διακοπή του καπνίσματος. Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO) των εγκύων καπνιστριών μετρήθηκε κατά τη διάρκεια της αρχικής συνάντησης με το φορητό μηχάνημα **Micro Smokerlyzer® CO της Bedfont Scientific Ltd (Εικόνα 5)**.

Εικόνα 5. ΤοMicro Smokerlyzer® CO της Bedfont Scientific Ltd.



Το ίδιο μηχάνημα τακτικά βαθμονομημένο χρησιμοποιήθηκε για κάθε μέτρηση (Micro CO Tester, Micro Medical Ltd., Rochester, Kent, UK). Η μέτρηση του CO πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις λεπτομερείς γραπτές οδηγίες της εταιρείας του μηχανήματος, ενώ το άτομο που εκτέλεσε τις μετρήσεις είχε προηγουμένως εκπαιδευτεί.

6.8.2. ΚΟΤΙΝΙΝΗ ΟΥΡΩΝ

Η κοτινίνη είναι ένας από τους δημοφιλέστερους βιοδείκτες της χρήσης καπνού. Το 70%-80% της νικοτίνης που εισέρχεται στο σώμα μετατρέπεται στο μεταβολίτη της, την κοτινίνη. Η κοτινίνη βρίσκεται στον ορό του αίματος, το σάλιο, τα ούρα, στο αμνιακό υγρό, και στα μαλλιά καπνιστών και μη καπνιστών, που εκτίθενται στον καπνό.[209] Η κοτινίνη θεωρείται ως ο χρησιμότερος δείκτης για τη διάκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών καθώς και για τον υπολογισμό της πρόσληψης νικοτίνης των καπνιστών αλλά και για τη διευκρίνιση της έκθεσης των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα.[278] Η παρουσία της κοτινίνης δείχνει έκθεση στη νικοτίνη, είτε από το περιβάλλον είτε από άμεση κατανάλωση. Ένα πλεονέκτημα της κοτινίνης ως δείκτη είναι η υψηλή ευαισθησία της διότι μπορεί να διακρίνει τα πολύ χαμηλά επίπεδα, όπως από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στους μη καπνιστές από τα επίπεδα που συνδέονται με το κάπνισμα τσιγάρων.[209]

Η κοτινίνη έχει εκτεταμένο χρόνο ημιζωής (15-40 ώρες) και τα επίπεδά της στο σώμα είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ποσότητα της νικοτίνης που απορροφάται [279], ενώ το 10%-15% της κοτινίνης αποβάλλεται από τα ούρα.[209] Τα δείγματα από το αίμα και το σάλιο θεωρούνται δείκτες εκλογής για την αξιολόγηση της πρόσληψης νικοτίνης ή της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα.[280] Η εύχρηστη και μη παρεμβατική φύση της λήψης δείγματος ούρων το μετατρέπουν σε ενδιαφέρον δείγμα ιδιαίτερα στην αξιολόγηση της καπνιστικής κατάστασης των συμμετεχόντων σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος.[281]

Όσον αφορά στα όρια των τιμών του βιοχημικού ελέγχου της κοτινίνης ούρων, που επιλέχθηκαν για το διαχωρισμό του ενεργητικού από το παθητικό κάπνισμα κατά την κύηση, επιλέχθηκε να είναι $\leq 80\text{ng/ml}$ κοτινίνης στα ούρα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που μελέτησαν τη διακύμανση των τιμών της κοτινίνης κατά την κύηση [183, 282]. Η κοτινίνη ούρων επιλέχθηκε ως δείκτης διακοπής καπνίσματος λόγω του χρόνου ημιζωής της [279] αλλά και λόγω της σταθερότητάς της ως ουσία και της δυνατότητάς

της να διατηρείται αναλλοίωτη για μεγάλο χρονικό διάστημα στην κατάλυση (έως 3 χρόνια). [282].

Στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε βιοχημικός έλεγχος της κοτινίνης σε δείγματα ούρων των εγκύων τρεις φορές. Αναλυτικότερα :

1. **στην αρχική συνάντηση.**
2. **περί την 32η εβδομάδα κύησης.**
3. **6 μήνες μετά τον τοκετό** ,σε όσες εγκύους είχαν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα και ανέφεραν ότι συνέχιζαν να απέχουν από τον καπνό.

6.8.3. ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΟΥΡΩΝ

Η νικοτίνη κατέχει μια μοναδική θέση ως βιοδείκτης της έκθεσης στον καπνό, επειδή αποτελεί όχι μόνο το πρωταρχικό εθιστικό συστατικό του καπνού, αλλά και μια πιθανή τοξίνη. Η πρόσληψη νικοτίνης καθορίζεται από τους καπνιστές, ώστε οι αλλαγές στην λήψη νικοτίνης να οδηγούν σε αντισταθμιστικές αλλαγές στη συμπεριφορά του καπνίσματος. [283]

Μόλις απορροφηθεί, η νικοτίνη μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ, όπου μετατρέπεται σε πολλούς μεταβολίτες, όπως: κοτινίνη, N-οξείδιο της νικοτίνης, νικοτίνη γλυκουρονίδιο, και νορνικοτίνη. Περίπου 5% -10% της νικοτίνης που εισπνέει ένα άτομο απεκκρίνεται αμετάβλητη στα ούρα. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι περίπου 2-3 ώρες.[209] Για το λόγο αυτό η νικοτίνη ως βιοδείκτης έχει περιορισμένη χρησιμότητα.[284]

Στην συγκεκριμένη έρευνα εκτός από την ανάλυση της κοτινίνης έγινε και βιοχημική ανάλυση της νικοτίνης ούρων των εγκύων **πριν την παρέμβαση** στην αρχική συνάντηση, **περί την 32 η εβδομάδα κύησης και 6 μήνες μετά τον τοκετό**, σε όσες εγκύους είχαν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα και ανέφεραν ότι συνέχιζαν να απέχουν από τον καπνό.

6.8.4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ.

Οι βιοδείκτες έκθεσης στον καπνό εμφανίζουν πολλές διακυμάνσεις μεταξύ των καπνιστών λόγω διαφορών στο μεταβολισμό της νικοτίνης.[277] Ειδικότερα, η εγκυμοσύνη έχει αισθητή επίδραση στην κάθαρση της νικοτίνης και της κοτινίνης. Η κάθαρση είναι αυξημένη κατά 60% και 140% για τη νικοτίνη και την κοτινίνη αντίστοιχα.[210] Μελέτη που συνέκρινε τις συγκεντρώσεις κοτινίνης σιέλου στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό διαπίστωσε ότι η μέση συγκέντρωση κοτινίνης σιέλου ανά τσιγάρο ήταν υψηλότερη όταν η γυναίκα δεν ήταν έγκυος (3,5 έναντι 9,9 ng/ml) σύμφωνα με την αυξημένη κάθαρση κοτινίνης κατά τη διάρκεια της κύησης.[285] Οι έγκυες καπνίστριες είχαν χαμηλότερα επίπεδα νικοτίνης στον ορό του αίματος από ότι αναμένονταν, όταν τυποποιήθηκε η πρόσληψη νικοτίνης, σε σύγκριση με τις τιμές του γενικού πληθυσμού. [286]

6.9 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Οι συγκεντρώσεις κοτινίνης και νικοτίνης στα ούρα αναλύθηκαν μέσω της υγρής χρωματογραφίας φασματογράφου μάζας (LC/MS), η ανάλυση βασίστηκε σε προηγούμενες εφαρμοσμένες μεθόδους [287, 288]. Τα δείγματα μετά τη συλλογή τοποθετούνταν σε φιαλίδια και φυλάσσονταν στους -20 βαθμούς Κελσίου μέχρι την ανάλυση. Προκειμένου να διασφαλιστεί και να αυξηθεί η εσωτερική εγκυρότητα, η ανάλυση της κοτινίνης και της νικοτίνης ούρων πραγματοποιήθηκε σε ένα ξεχωριστό συνεργαζόμενο εργαστήριο στο Εργαστήριο Τοξικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, το οποίο δεν γνώριζε ούτε την καπνιστική κατάσταση των συμμετεχουσών, ούτε την ομάδα παρέμβασης (ομάδα παρέμβασης/ομάδα ελέγχου), ούτε την ημερομηνία συλλογής του δείγματος (πριν την παρέμβαση / μετά την παρέμβαση).

6.9.1 ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ

Τα πρότυπα διαλύματα (-) - νικοτίνης (99%) και (-) – κοτινίνης (98%) λήφθηκαν από την εταιρεία Sigma -Aldrich (ST Louis, ΗΠΑ). Το ακετονιτρίλιο (LC-MS grade Chromasolv) λήφθηκε από τη Fischer Scientific UK Limited (Leicestershire, UK). Το μυρμηκικό αμμώνιο (99%), το οξικό αμμώνιο (98%), η μεθανόλη (LC-MS grade Chromasolv) και το νερό (LC-MS grade Chromasolv) αγοράστηκαν από τη Fluka Analytical (Steinheim, Germany). Η αμμωνία (25%) λήφθηκε από τη Merck Merck (Darmstadt, Germany). Επιπλέον, οι στήλες στερεής εκχύλισης (BOND ELUT-C18, 100mg, 1ml) αγοράστηκαν από τη Varian Inc.

6.9.2 LC MS ANALYSE

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση υγρής χρωματογραφίας σε συνδυασμό με φασματομετρία μάζας, σε σύστημα της εταιρείας Shimadzu (LCMS-2010 EV) εφοδιασμένο με πηγή ιονισμού APCI (ατμοσφαιρικός χημικός ιονισμός), με αυτόματο δειγματολήπτη, με δυαδική αντλία, και δυνατότητα θέρμανσης-ψύξης της στήλης διαχωρισμού. Η στήλη ήταν τύπου Discovery C18 Column (25cm x 4.6mm, 5μm, SupelCo, (Bellefonte, USA). Τόσο το φασματόμετρο μάζας, όσο και η HPLC ελέγχθηκαν από το λογισμικό της Shimadzu (LCMS Solution version 3), που χρησιμοποιήθηκε για την απόκτηση και επεξεργασία δεδομένων. Η τάση του ανιχνευτή ήταν 1,5 kV και η ροή του αερίου νεφελοποίησης 2,5 L/min.

Δέκα μιλιλίτρα (10 μl) από το κάθε επεξεργασμένο δείγμα εισήχθη στη στήλη διαχωρισμού σε θερμοκρασία 45 °C. Οι διαλύτες που χρησιμοποιήθηκαν για τον διαχωρισμό των ουσιών ήταν 10mM οξικού αμμωνίου, PH =5,0, (διαλύτης A) και ακετονιτριλίου (διαλύτης B) με πρόγραμμα ροής αρχικά 10% από το διαλύτη B, σε 90% B (εντός 15 λεπτών), και τέλος σε 10% B (όπου παραμένει σταθερή για 5 λεπτά). Το συνολικό ροής της κινητής φάσης ήταν 0.6 mL/min. Η ανίχνευση έγινε στο SIM (Selected Ion Monitoring) με θετικό ιονισμό με θραύσματα ιόντων m / z 163, 204 για τη νικοτίνη, με m / z 177, 218 για την κοτινίνη.

6.10 Η ΗΘΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ηθικότητα της παρούσας έρευνας διασφαλίστηκε μέσω της ανωνυμίας των υποκειμένων και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Οι συμμετέχουσες είχαν λάβει από την αρχή έγγραφη ενημέρωση για την έρευνα (τους στόχους, τις μεθόδους, τις διαδικασίες και τις μετρήσεις, που πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια της μελέτης, το είδος των παρεμβάσεων, των βιοχημικών ελέγχων) αλλά και τη διαβεβαίωση ότι **δεν πρόκειται να τους χορηγηθεί κανένα φάρμακο**. Ενημερώθηκαν επίσης και σχετικά με θέματα δεοντολογίας, όπως η εμπιστευτικότητα, το δικαίωμά τους να αρνηθούν να συμμετέχουν ή να αποσυρθούν από αυτή οποτεδήποτε το επιθυμούσαν.[262] Αφού συμφωνούσαν να συμμετάσχουν υπέγραφαν την έγγραφη πληροφορημένη συναίνεσή τους διατηρώντας πάντοτε το δικαίωμα της αποχώρησης τους από την έρευνα οποτεδήποτε αυτές το επιθυμούσαν. Το έντυπο της έγγραφης πληροφορημένης συναίνεσης παρατίθεται στο παράρτημα. Σε όλα τα στάδια της έρευνας τηρήθηκαν τα κριτήρια της Διακήρυξης του Ελσίνκι του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου [289].

Η έρευνα αυτή εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΑΠ: 4568/07-01-08), όπως επίσης και από τις Επιστημονικές Επιτροπές των δύο Νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα, του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου» (Α Π: 137/04-10-07) και του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» (ΑΠ: 287/30-07-09).

6.11 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ένα πακέτο στατιστικών λογισμικών, που προορίζεται για υπολογιστικά συστήματα. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences) PASW έκδοση 18.[290] Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση της νικοτίνης και της κοτινίνης μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon signed test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά.. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών λόγω της ασυμμετρίας των κατανομών. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων, που σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα κοτινίνης έγινε ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

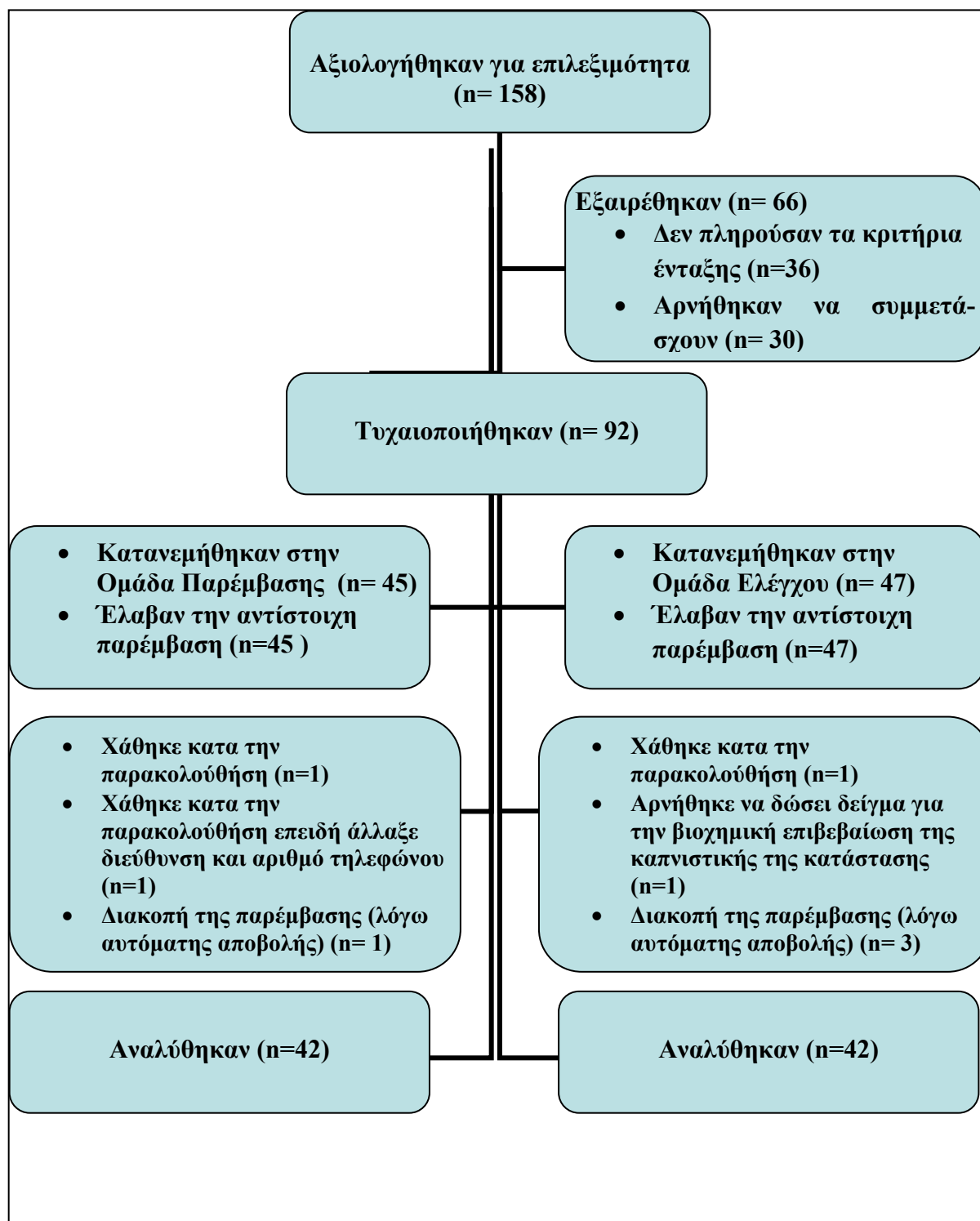
7.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο συνολικός αριθμός των εγκύων καπνιστριών που ελέγχθηκε προκειμένου να συμμετάσχει στη μελέτη ήταν 158 έγκυες καπνίστριες, εκ των οποίων 36 δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (2 από αυτές έπασχαν από κατάθλιψη σύμφωνα με το GHQ, 1 έκανε χρήση ναρκωτικών, 1 συμμετείχε σε πρόγραμμα απεξάρτησης και λάμβανε μεθαδόνη, 9 απέβαλαν, 16 ισχυρίστηκαν ότι είχαν ήδη κόψει το κάπνισμα, 4 ήταν > 24 εβδομάδων κύησης κατά την εγγραφή, 1 άλλαξε αριθμό τηλεφώνου, 2 άλλαξαν μαιευτήριο). Ενώ, 30 έγκυες καπνίστριες αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Σε αυτή τη μελέτη εγγράφησαν 92 έγκυες καπνίστριες. Το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 75,40%. Ωστόσο, 4 από τις συμμετέχουσες εξαιρέθηκαν λόγω αποβολής και άλλες 4 αποσύρθηκαν. Ως εκ τούτου 84 έγκυες καπνίστριες ολοκλήρωσαν την παρούσα μελέτη.

Τα ανωτέρω παρουσιάζονται σχηματικά στο διάγραμμα ροής των σταδίων της μελέτης που ακολουθεί (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Διάγραμμα ροής των σταδίων της μελέτης



7.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

7.2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το δείγμα αποτελείται από 2 ομάδες (ελέγχου και παρέμβασης) 42 γυναικών η κάθε μία με μέση ηλικία τα 32,4 έτη ($\pm 4,5$ έτη) για την ομάδα ελέγχου και τα 31,4 έτη ($\pm 5,9$) για την ομάδα παρέμβασης. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών κατά την αρχική συνάντηση (baseline) ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Πίνακας 4**).

Πίνακας 4. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών και στις δύο ομάδες

		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Εβδομάδα κύησης κατά την εισαγωγή στη μελέτη, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		19,5±5	21,5 (17 - 24)	15,7±6,4	17,5 (8 - 21)	0,002 ⁺
Ηλικία, μέση τιμή±SD		32,4±4,5		31,4±5,9		0,399 ^{**}
Εθνικότητα	Άλλη	2	4,8	2	4,8	1,000 [*]
	Ελληνική	40	95,2	40	95,2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Χαμηλό/ μέτριο	26	61,9	24	57,1	0,657
	Υψηλό	16	38,1	18	42,9	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	4	9,5	11	26,2	0,046
	Έγγαμη	38	90,5	31	73,8	
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	9	21,4	3	7,1	0,171
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	20	47,6	18	42,9	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	4	9,5	6	14,3	
	Άνεργη / Οικιακά / Μαθήτριά/ Φοιτήτρια	9	21,4	15	35,7	

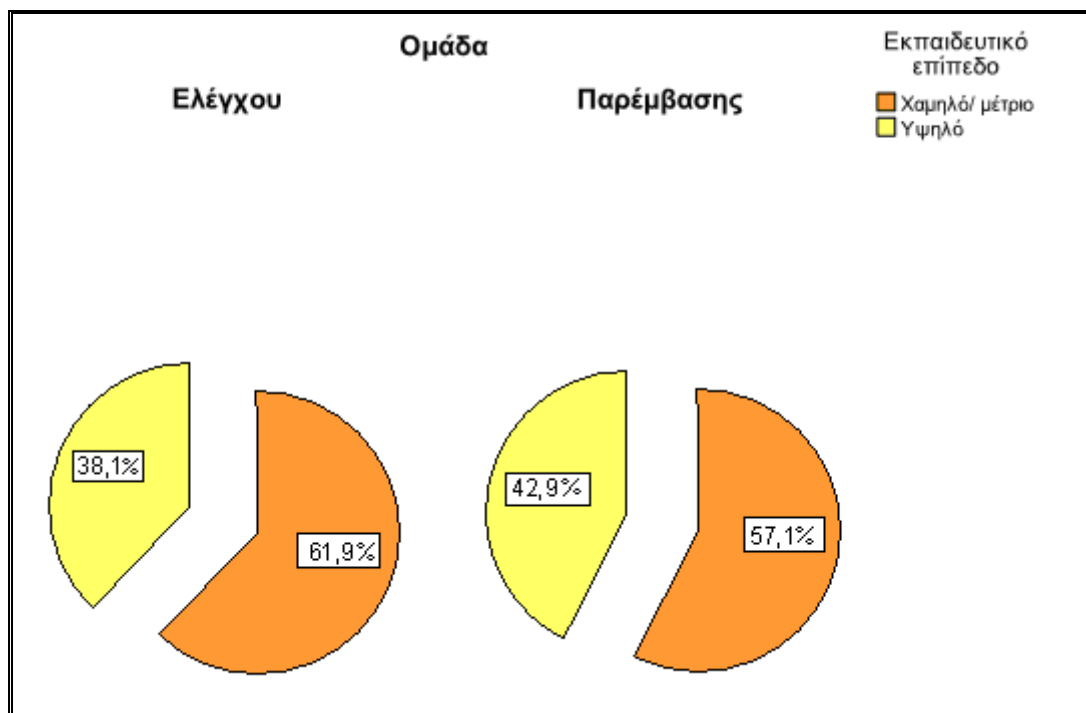
*Fisher's exact test **Student's t-test †Mann-Whitney test

Η ηλικία κύησης των συμμετεχουσών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης. Επίσης, το ποσοστό των έγγαμων ήταν σημαντικά

υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό της ομάδας παρέμβασης. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχουσών ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 6**).

Εικόνα 6. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχουσών κάθε ομάδας.



7.2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχουσών κατά την αρχική συνάντηση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Στοιχεία από το ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχουσών κάθε ομάδας κατά την αρχική συνάντηση.

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Ποτέ αρχίσατε να καπνίζετε, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		18,1±3,5	17 (16 - 20)	17,2±2,5	17 (16 - 19)	0,393 ⁺
Έτη καπνίσματος, μέση τιμή±SD		14,3±5,5		14±5,4		0,858**
Αριθμός τσιγάρων (πριν εγκυμοσύνη) , μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		22,1±9,7	20 (15 - 30)	19,7±8,6	20 (15 - 25)	0,414 ⁺
Αριθμός τσιγάρων (κατά την εγκυμοσύνη) , μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		6,7±5,1	6 (4 - 7)	6,7±5,3	5 (3 - 9)	0,669 ⁺
Pack years (πριν εγκυμοσύνη) μέση τιμή±SD		16,2±9,8		13,3±8,1		0,145**
Είχατε προσπαθήσει στο παρελθόν να διακόψετε το κάπνισμα	Όχι	17	40,5	18	42,9	0,825
	Ναι	25	59,5	24	57,1	
Αριθμός προσπαθειών διακοπής καπνίσματος, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		1,1±0,3	1 (1 - 1)	1,8±2	1 (1 - 1,5)	0,197 ⁺
Για πόσο χρονικό διάστημα διακόψατε το κάπνισμα, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		23,3±27,8	12 (4 - 32)	21,3±32,3	8 (4 - 28)	0,431 ⁺
Στη δουλειά σας έρχεστε σε επαφή με τον καπνό;	Όχι	17	50,0	19	63,3	0,283
	Ναι	17	50,0	11	36,7	
Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους;	Όχι	16	38,1	17	40,5	0,823
	Ναι	26	61,9	25	59,5	
Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφό σας;	Όχι	11	40,7	12	37,5	0,799
	Ναι	16	59,3	20	62,5	
Ο σύντροφός σας καπνίζει ;	Όχι	15	35,7	10	23,8	0,233
	Ναι	27	64,3	32	76,2	
Πόσα τσιγάρα καπνίζει ο σύντροφός σας ημερησίως, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		23±13,9	20 (10 - 40)	22,2±13,6	20 (10 - 30)	0,866 ⁺

Εξάρτηση από το κάπνισμα (Fagerstrom)	Χαμηλή	23	54,8	27	64,3	0,195
	Μέτρια	15	35,7	8	19,0	
	Ισχυρή/ Πολύ ισχυρή	4	9,5	7	16,7	
Χρόνος μέχρι το πρώτο τσιγάρο αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα***	60 + λεπτά	14	33,3	12	28,6	0,804
	31 - 60 λεπτά	10	23,8	9	21,4	
	< 30 λεπτά	18	42,9	21	50,0	

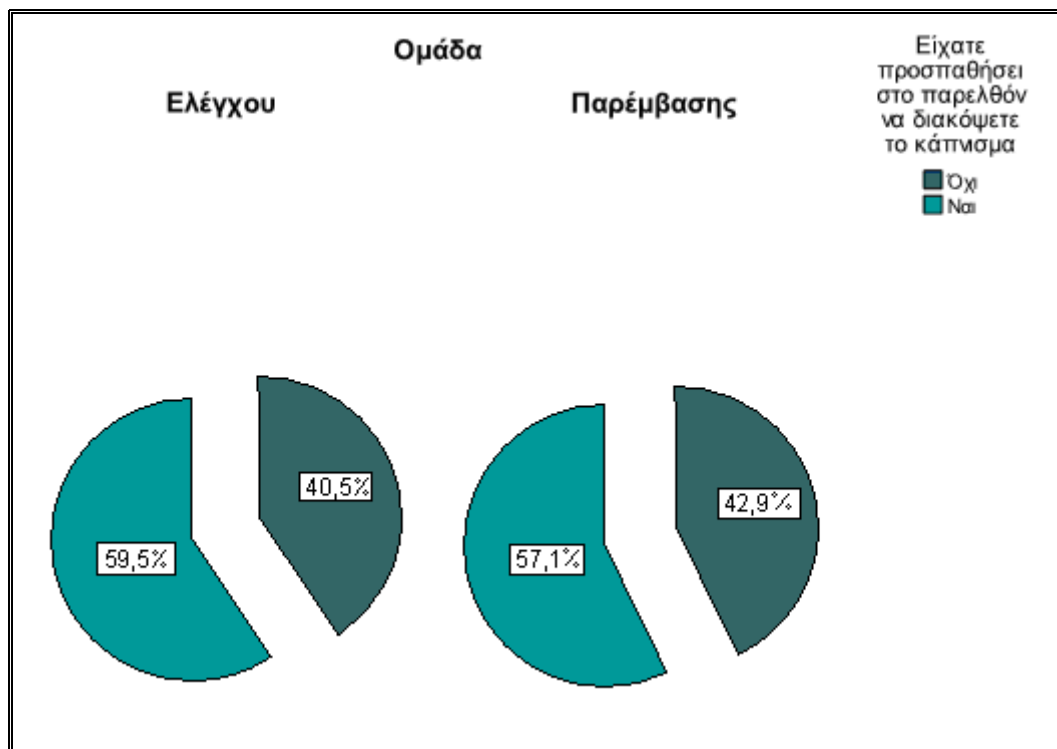
*Fisher's exact test **Student's t-test †Mann-Whitney test

***Ερώτηση 1 της Κλίμακας Υπολογισμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη του Fagerstrom

Το 59,5% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου είχαν προσπαθήσει να κόψουν το τσιγάρο στο παρελθόν ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης ήταν 57,1%. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών και στις 2 ομάδες είχαν χαμηλή εξάρτηση από το κάπνισμα σύμφωνα με την κλίμακα Fagerstrom με τα ποσοστά να είναι 54,8% για την ομάδα ελέγχου και 64,3% για την ομάδα παρέμβασης. Επίσης, οι περισσότερες συμμετέχουσες και από τις 2 ομάδες έκαναν το πρώτο τσιγάρο σε λιγότερα από 30 λεπτά αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα υπόλοιπα στοιχεία του ιστορικού τους που αφορά στο κάπνισμα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών, που ανέφεραν κατά την αρχική συνάντηση ότι είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν ξεχωριστά για κάθε ομάδα (Εικόνα 7).

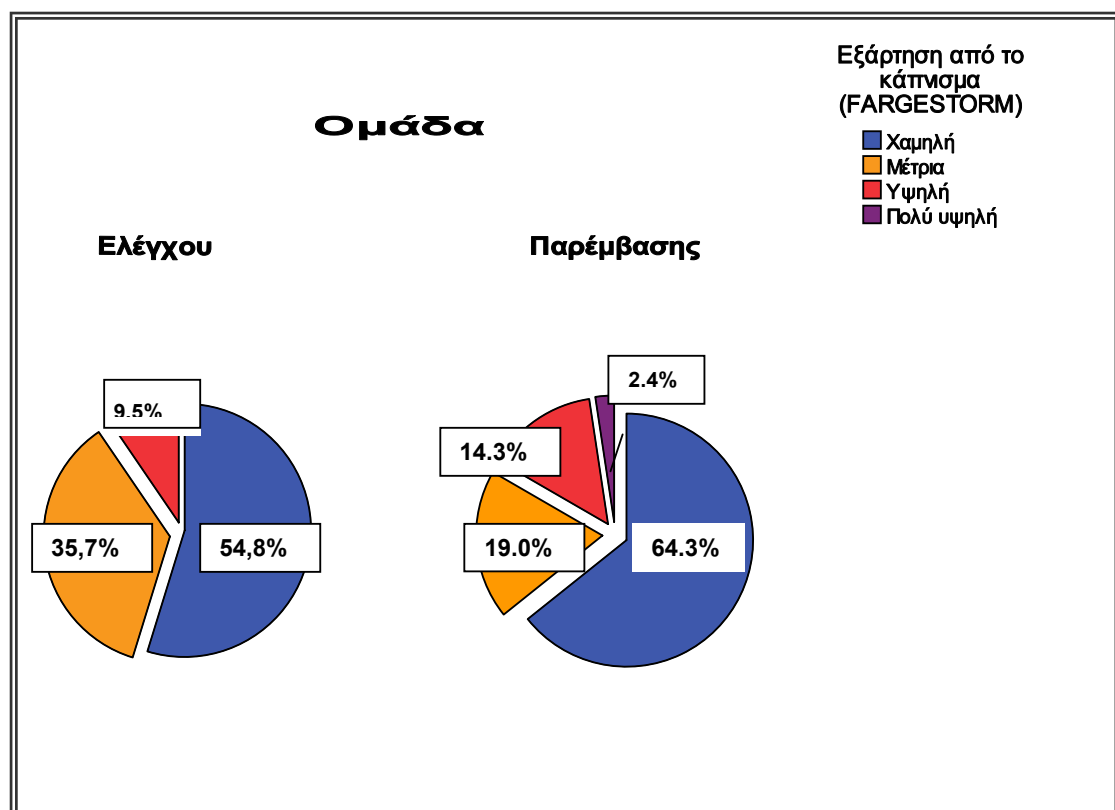
Εικόνα 7. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν ξεχωριστά για κάθε ομάδα



7.2.2.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ -FAGERSTROM TEST FOR NICOTINE DEPENDENCE

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η εξάρτηση των συμμετεχουσών από το κάπνισμα κατά την αρχική συνάντηση ξεχωριστά για κάθε ομάδα, σύμφωνα με την Κλίμακα Υπολογισμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη - Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (**Εικόνα 8**).

Εικόνα 8. Η εξάρτηση των συμμετεχουσών από το κάπνισμα κατά Fagerstrom ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



7.2.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το ατομικό ιστορικό των συμμετεχουσών κατά την αρχική συνάντηση ξεχωριστά για κάθε ομάδα. (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Το ατομικό ιστορικό των συμμετεχουσών ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Fisher's exact test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Έχετε παθολογικό ή φυσιολογικό Doppler	Φυσιολογικό	40	95,2	41	97,6	1,000
	Παθολογικό	2	4,8	1	2,4	
Εκπνεόμενο CO μητέρας, μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		8,7±4,7	7,5 (5 - 11)	8,3±4,8	7 (5 - 11)	0,653 ⁺

[†]Mann-Whitney test

Δεν διέφερε το ποσοστό των συμμετεχουσών που είχαν παθολογικό Doppler μεταξύ των 2 ομάδων. Ακόμα, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο εκπνεόμενο CO της μητέρας μεταξύ των δύο ομάδων.

7.2.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - 28 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ - GOLDBERG'S GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα των διαστάσεων της γενικής υγείας των συμμετεχουσών βάσει του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας - 28 Ερωτήσεων του Goldberg (GHQ-28) κατά την αρχική συνάντηση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Τα επίπεδα των διαστάσεων της γενικής υγείας των συμμετεχουσών βάσει του GHQ-28 ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x ² test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
N	%	N	%			
Συνολική αξιολόγηση (GHQ-28)	Φυσιολογικές τιμές	35	83,3	37	88,1	0,533
	Παθολογικές τιμές	7	16,7	5	11,9	
Σωματικά συμπτώματα	Φυσιολογικές τιμές	33	78,6	33	78,6	1,000
	Παθολογικές τιμές	9	21,4	9	21,4	
Άγχος και αϋπνία	Φυσιολογικές τιμές	36	85,7	34	81,0	0,558
	Παθολογικές τιμές	6	14,3	8	19,0	
Κοινωνική δυσλειτουργία	Φυσιολογικές τιμές	39	92,9	41	97,6	0,616*
	Παθολογικές τιμές	3	7,1	1	2,4	
Σοβαρή κατάθλιψη	Φυσιολογικές τιμές	42	100,0	42	100,0	~**
	Παθολογικές τιμές	0	0,0	0	0,0	
Συνολική βαθμολογία (GHQ-28)		4±4,3	3 (1 - 5)	5±3,5	4 (2 - 7)	0,039⁺

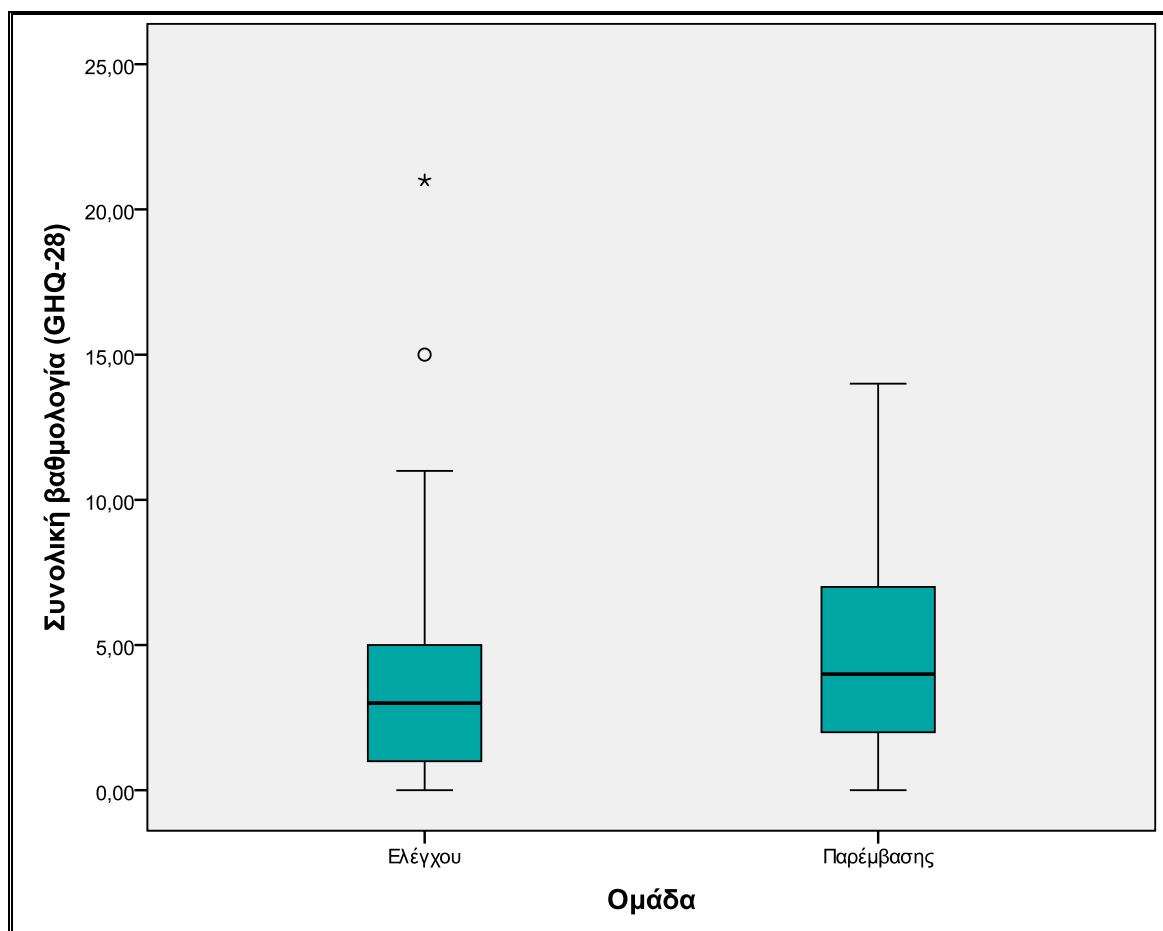
*Fisher's exact test *Mann-Whitney test **Δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική κλίμακα γενικής υγείας, δηλαδή καλύτερη γενική υγεία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης. Όσον αφορά στην υποκατηγορία που αξιολογεί την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δεν υπήρξαν παθολογικές τιμές κατά την ανάλυση των

αποτελεσμάτων, γιατί οι δύο περιπτώσεις που εντοπίστηκαν με σοβαρή κατάθλιψη μέσω του GHQ-28 εξαιρέθηκαν από την έρευνα, βάση του πρωτοκόλλου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη συνολική κλίμακα γενικής υγείας ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 9**).

Εικόνα 9. Η βαθμολογία των συμμετεχουσών στη συνολική κλίμακα γενικής υγείας ξεχωριστά για κάθε ομάδα



7.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία για την αναφερόμενη καπνιστική κατάσταση των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Πίνακας 8**).

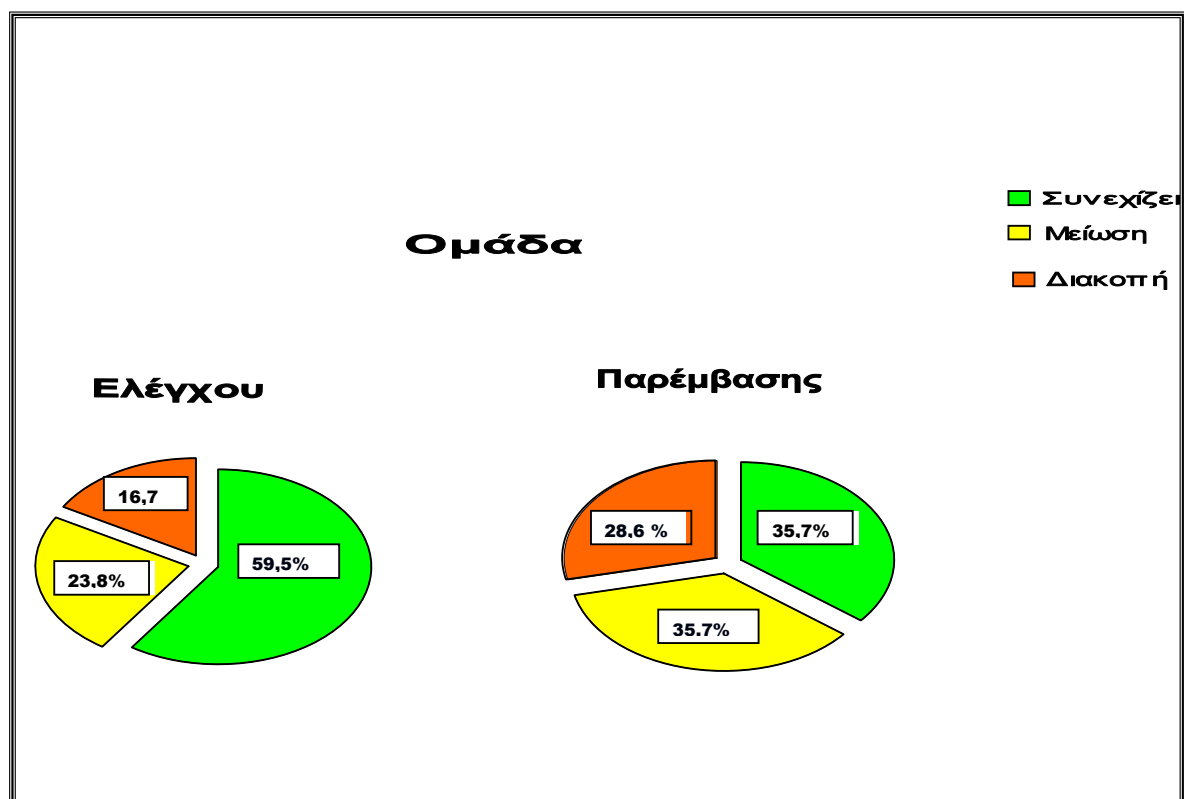
Πίνακας 8. Οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Αναφερόμενη Καπνιστική Κατάσταση	Συνέχιση	25	59,5	15	35,7	0,090
	Μείωση	10	23,8	15	35,7	
	Διακοπή	7	16,7	12	28,6	
Μειώσατε ή διακόψατε το κάπνισμα	Όχι	25	59,5	15	35,7	0,029
	Ναι	17	40,5	27	64,3	

Το ποσοστό των συμμετεχουσών που ανέφεραν ότι μείωσαν ή διέκοψαν το κάπνισμα ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό της ομάδας ελέγχου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η αναφερόμενη καπνιστική κατάσταση των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 10**).

Εικόνα 10. Η αναφερόμενη καπνιστική κατάσταση των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



7.4 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται παράμετροι που μελετήθηκαν μετά τον τοκετό ξεχωριστά για κάθε ομάδα.(Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν μετά τον τοκετό ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Ελέγχου		Παρέμβασης		
		N	%	N	%	
Βάρος νεογνού, μέση τιμή±SD		3231,3±450,8		3003,4±499,8		0,032**
Πρόωρος τοκετός	Όχι	12	28,6	16	38,1	0,355
	Ναι	30	71,4	26	61,9	
Πρώτη εγκυμοσύνη	Όχι	17	40,5	14	33,3	0,498
	Ναι	25	59,5	28	66,7	
Πόσο πρόωρος τοκετός (ημέρες) , μέση τιμή±SD		10,5±6,9		14,3±11,6		0,137**
Εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό , μέση τιμή±SD διάμεσος (Ενδ. εύρος)		38,9±1,2	39 (38 - 40)	38,5±2,1	39 (38 - 40)	0,780 ⁺
Επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη	Όχι	37	88,1	33	78,6	0,242
	Ναι	5	11,9	9	21,4	
Επιπλοκές κατά τον τοκετό	Όχι	39	92,9	40	95,2	1,000*
	Ναι	3	7,1	2	4,8	
Βάρος γέννησης προηγούμενου παιδιού, μέση τιμή±SD		3369,4±423,4		2941,9±286,1		0,004**

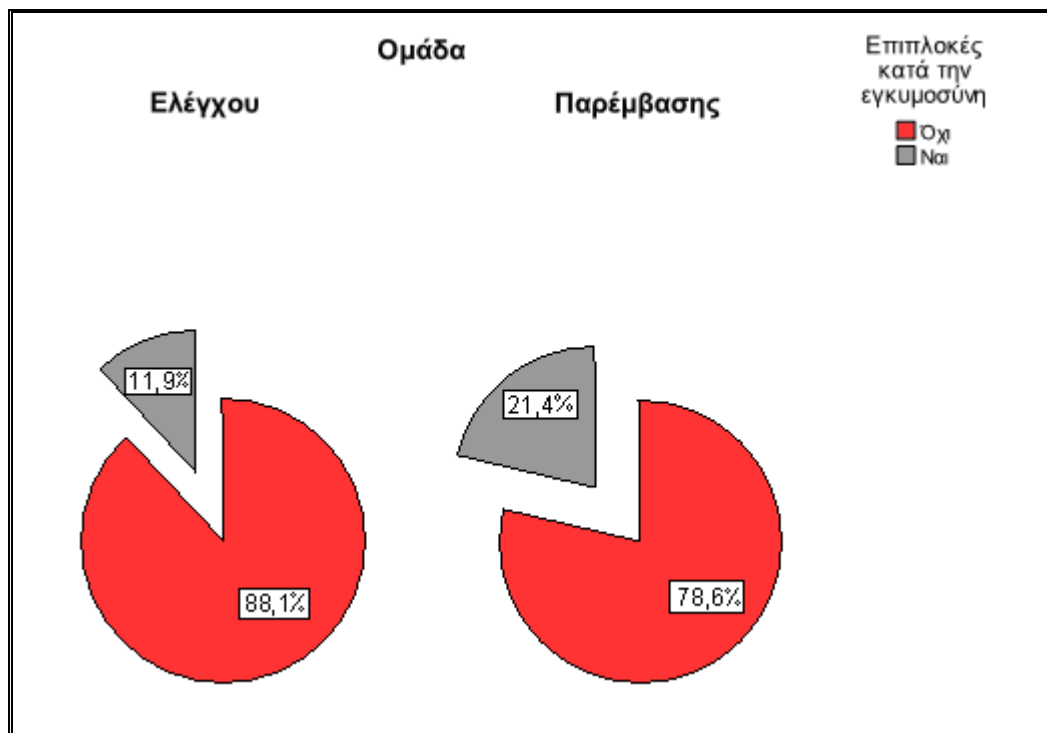
*Fisher's exact test **Student's t-test ⁺Mann-Whitney test

Το βάρος των νεογνών των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό της ομάδας παρέμβασης. Επίσης, το βάρος γέννησης προηγούμενου παιδιού ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την

ομάδα παρέμβασης. Τα υπόλοιπα στοιχεία μετά τον τοκετό δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων.

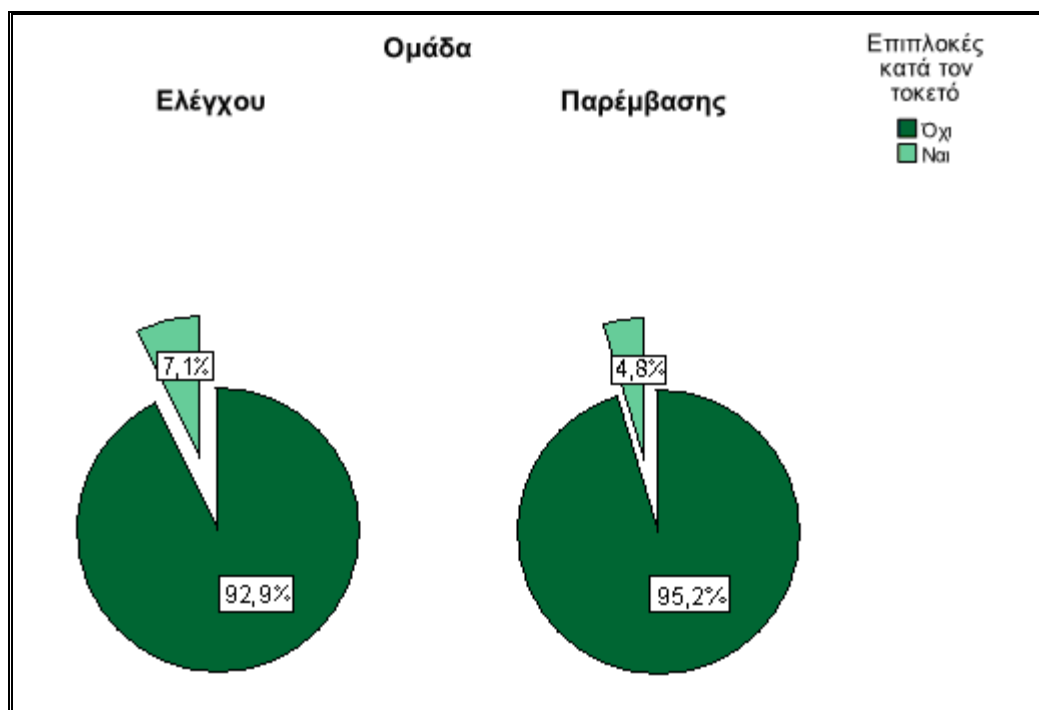
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 11**).

Εικόνα 11. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επιπλοκές κατά τον τοκετό για κάθε ομάδα (**Εικόνα 12**).

Εικόνα 12. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επιπλοκές κατά τον τοκετό για κάθε ομάδα.



7.5 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή των επιπέδων της νικοτίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Πίνακας 10**).

Πίνακας 10. Η μεταβολή των επιπέδων νικοτίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Νικοτίνη ούρων					P**	P‡
	Πριν την παρέμβαση		Μετά την παρέμβαση		Μεταβολή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD		
Ομάδα Ελέγχου	444,5±760,6 ng/ml	230,5 (51,1 - 556,6) ng/ml	678,9±1467,2 ng/ml	156,5 (27,1 - 584,3) ng/ml	234,3±1010,7 ng/ml	0,812	0,006
Ομάδα Παρέμβασης	443,7±666,9 ng/ml	171,9 (67,5 - 606,9) ng/ml	253,6±532,3 ng/ml	22,6 (10 - 298,9) ng/ml	-190,13±620 ng/ml	0,005	
P*	0,961		0,012				

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων (Mann-Whitney test)

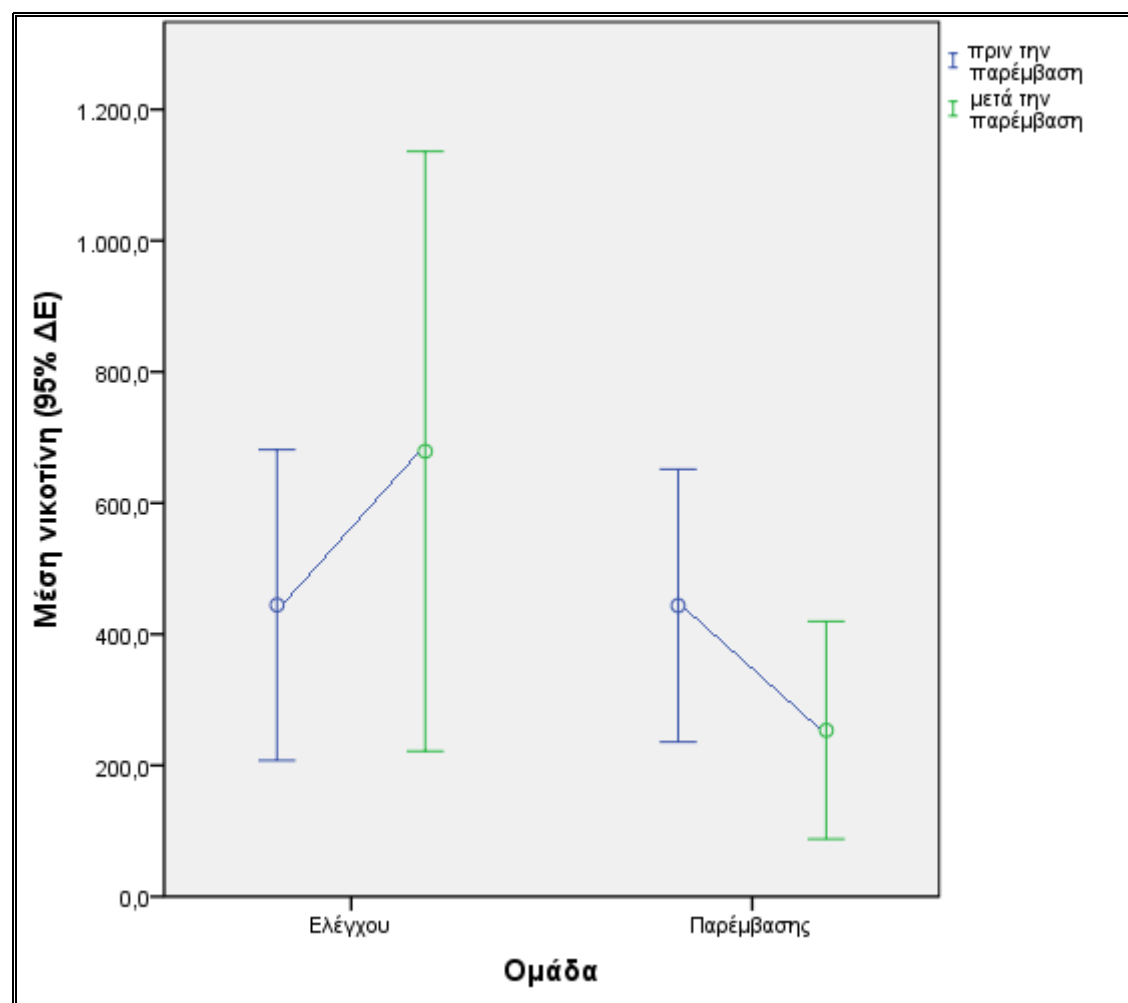
**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων (Wilcoxon test).

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων (με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών).

Δεν υπήρξε διαφορά στις τιμές της νικοτίνης ούρων μεταξύ των ομάδων πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, μετά την παρέμβαση οι τιμές της νικοτίνης ούρων ήταν σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με αυτές της ομάδας ελέγχου. Επίσης, στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις τιμές της νικοτίνης ούρων μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τις τιμές πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική μείωση στις τιμές της νικοτίνης ούρων μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τις τιμές πριν την παρέμβαση. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της νικοτίνης ούρων διέφερε σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική μείωση, ενώ στην ομάδα ελέγχου υπήρξε αύξηση χωρίς όμως να είναι σημαντική.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή των τιμών της νικοτίνης ούρων πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 13**).

Εικόνα 13. Η μεταβολή των τιμών της νικοτίνης ούρων πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



7.5.1 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι τιμές της νικοτίνης ούρων,στη μέτρηση που έγινε 6 μήνες μετά τον τοκετό στις εγκύους, που είχαν διακόψει το κάπνισμα και συνέχιζαν να απέχουν από αυτό, ξεχωριστά για τις 2 ομάδες (**Πίνακας 11**).

Πίνακας 11. Οι τιμές της νικοτίνης 6 μήνες μετά τον τοκετό ξεχωριστά για τις 2 ομάδες.

	Ομάδα			
	Ελέγχου		Παρέμβασης	
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Νικοτίνη ούρων (6 μήνες μετά τον τοκετό)	10 ng/ml	10 ng/ml	10±0 ng/ml	10 (10 - 10) ng/ml

7.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Η μεταβολή της κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Κοτινίνη ούρων					P**	P‡
	Πριν την παρέμβαση		Μετά την παρέμβαση		Μεταβολή		
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD		
Ομάδα Ελέγχου	561,7±663,9 ng/ml	399,4 (138,8 - 680,2) ng/ml	479,6±563,4 ng/ml	243,6 (103,4 - 814,1) ng/ml	-82,14±485,7 ng/ml	0,228	0,019
Ομάδα Παρέμβασης	452,7±516,9 ng/ml	278,1 (108,6 - 558,8) ng/ml	311,9±490,1 ng/ml	90,7 (7,5 - 373,9) ng/ml	-140,74±361,7 ng/ml	0,004	
P*	0,480		0,039				

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων (Mann-Whitney test)

**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων (Wilcoxon test).

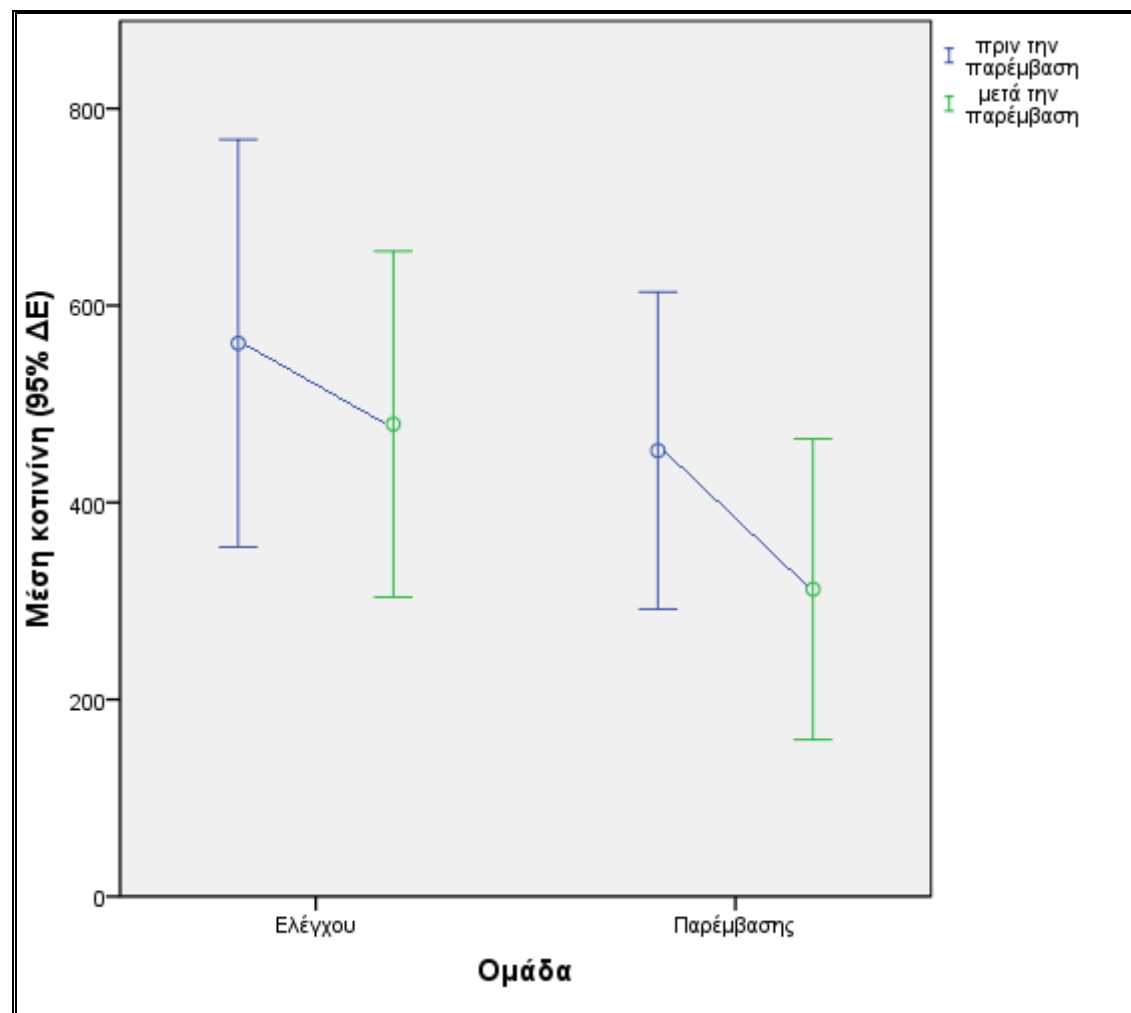
‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων (με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών).

Δεν υπήρξε διαφορά στις τιμές της κοτινίνης ούρων μεταξύ των ομάδων πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, μετά την παρέμβαση οι τιμές της κοτινίνης ήταν σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με αυτές της ομάδας ελέγχου. Επίσης, στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις τιμές της κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τις τιμές πριν την παρέμβαση. Αντίθετα, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξε σημαντική μείωση στις τιμές της κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τις τιμές πριν την παρέμβαση. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής των τιμών της κοτινίνης ούρων διέφερε

σημαντικά μεταξύ των 2 ομάδων. Συγκεκριμένα, η μείωση της κοτινίνης ούρων ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή των τιμών της κοτινίνης ούρων πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα (**Εικόνα 14**).

Εικόνα 14. Η μεταβολή των τιμών της κοτινίνης ούρων πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



7.6.1 ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι τιμές της κοτινίνης ούρων στη μέτρηση, που έγινε 6 μήνες μετά τον τοκετό στις εγκύους, που είχαν διακόψει το κάπνισμα και συνέχιζαν να απέχουν από αυτό, ξεχωριστά για τις 2 ομάδες (**Πίνακας 13**).

Πίνακας 13. Οι τιμές της κοτινίνης ούρων στη μέτρηση που έγινε 6 μετά τον τοκετό μήνες ξεχωριστά για τις 2 ομάδες.

	Ομάδα			
	Ελέγχου		Παρέμβασης	
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Κοτινίνη ούρων (6 μήνες μετά τον τοκετό)	6 ng/ml	6 ng/ml	7,9±3,3 ng/ml	6 (6 - 11,8) ng/ml

7.7 Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα, υπολογισμένα βάση του ορίου των τιμών της κοτινίνης ούρων, που χρησιμοποιείται για το διαχωρισμό του ενεργητικού από το παθητικό κάπνισμα κατά την κύηση, (κοτινίνη $\leq 80\text{ng/ml}$: βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση - cut-off point) [183, 282] (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Κοτινίνη ούρων				P**
	Πριν την παρέμβαση		Μετά την παρέμβαση		
	≤80 ng/ml	>80 ng/ml	≤80 ng/ml	>80 ng/ml	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Ελέγχου	9 (21,4)	33 (78,6)	9 (21,4)	33 (78,6)	1,000
Παρέμβασης	5 (11,9)	37 (88,1)	19 (45,2)	23 (54,8)	0,001
P*	0,242		0,021		

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων (Pearson's χ^2 test)

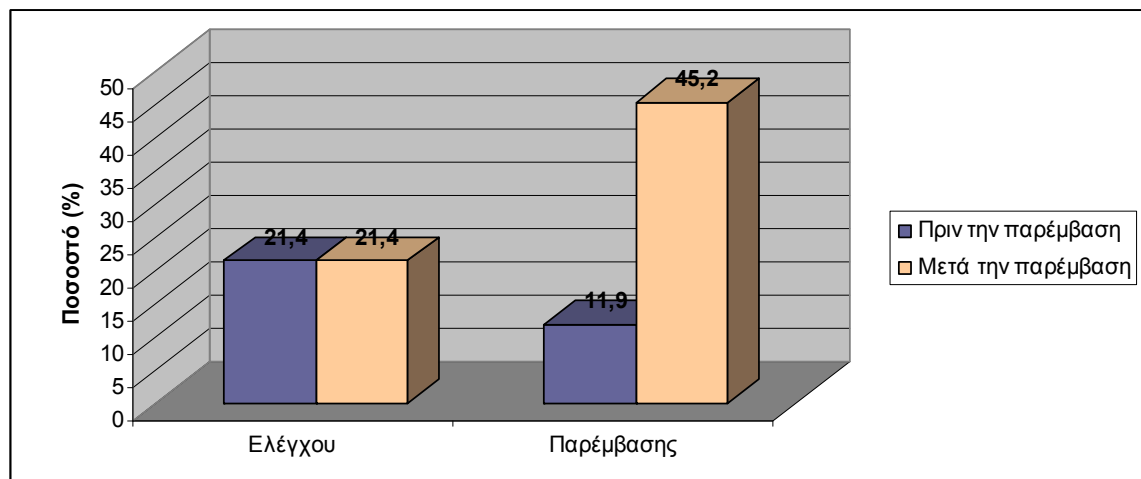
**Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. (Pearson's χ^2 test)

Πριν την παρέμβαση δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά των συμμετεχουσών, που είχαν τιμές κοτινίνης ούρων κάτω των 80 μονάδων (cut-off point) μεταξύ των 2 ομάδων. Αντίθετα, μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των συμμετεχουσών που είχαν τιμές κοτινίνης ούρων κάτω των 80 μονάδων (κοτινίνη $\leq 80\text{ng/ml}$: βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος) ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το ποσοστό των συμμετεχουσών που είχαν κοτινίνη ούρων κάτω των 80 μονάδων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση στην ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, το ποσοστό των

συμμετεχουσών που είχαν κοτινίνη ούρων κάτω των 80 μονάδων αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$ πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα. **(Εικόνα 15).**

Εικόνα 15. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$ πριν και μετά την παρέμβαση ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



7.8. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη από τις ίδιες μεταβολή της καπνιστικής τους κατάστασης (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη μεταβολή της καπνιστικής τους κατάστασης.

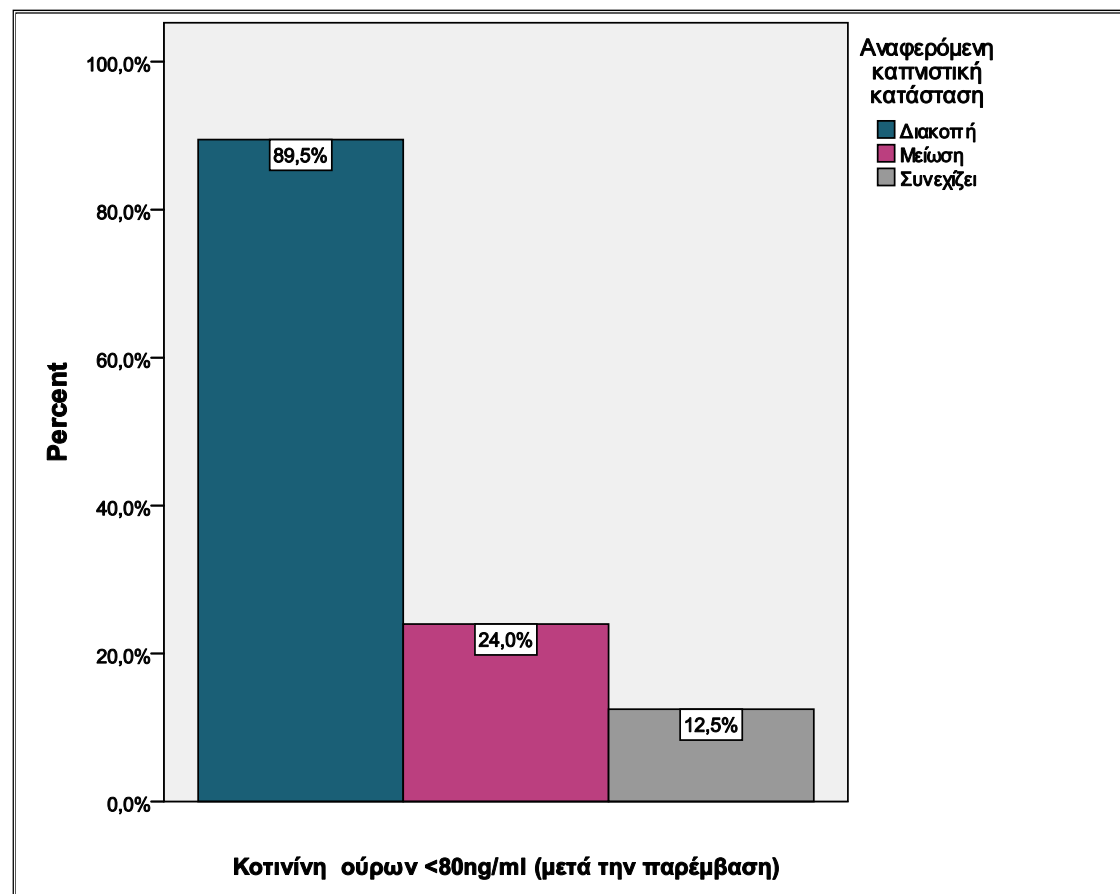
		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's x ² test
		≤80 ng/ml		>80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Αναφερόμενη Καπνιστική Κατάσταση μετά την παρέμβαση	Συνέχιση	5	12,5	35	87,5	<0,001
	Μείωση	6	24,0	19	76,0	
	Διακοπή	17	89,5	2	10,5	
Μειώσατε ή διακόψατε το κάπνισμα μετά την παρέμβαση	Όχι	5	12,5	35	87,5	<0,001
	Ναι	23	52,3	21	47,7	

Υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι μεταβλήθηκε η καπνιστική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχουσες, που ανέφεραν ότι διέκοψαν το κάπνισμα έχουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό χαμηλά επίπεδα κοτινίνης μετά την παρέμβαση, σε σύγκριση τόσο με εκείνες που ανέφεραν ότι το μείωσαν ($p < 0,001$), όσο και με εκείνες που ανέφεραν ότι το συνέχιζαν ($p < 0,001$). Γενικά, οι συμμετέχουσες που ανέφεραν ότι μείωσαν ή διέκοψαν το κάπνισμα είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επίπεδα κοτινίνης ούρων ≤ 80 ng/ml (κοτινίνη ≤ 80 ng/ml: βιοχημικά

αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση) μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με εκείνες που ανέφεραν ότι συνέχιζαν να καπνίζουν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που διέκοψαν το κάπνισμα (επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$) μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση (**Εικόνα 16**).

Εικόνα 16. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που διέκοψαν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση.



7.8.1 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα της κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών της *ομάδας ελέγχου* μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη μεταβολή της καπνιστικής τους κατάστασης. (Πίνακας 16).

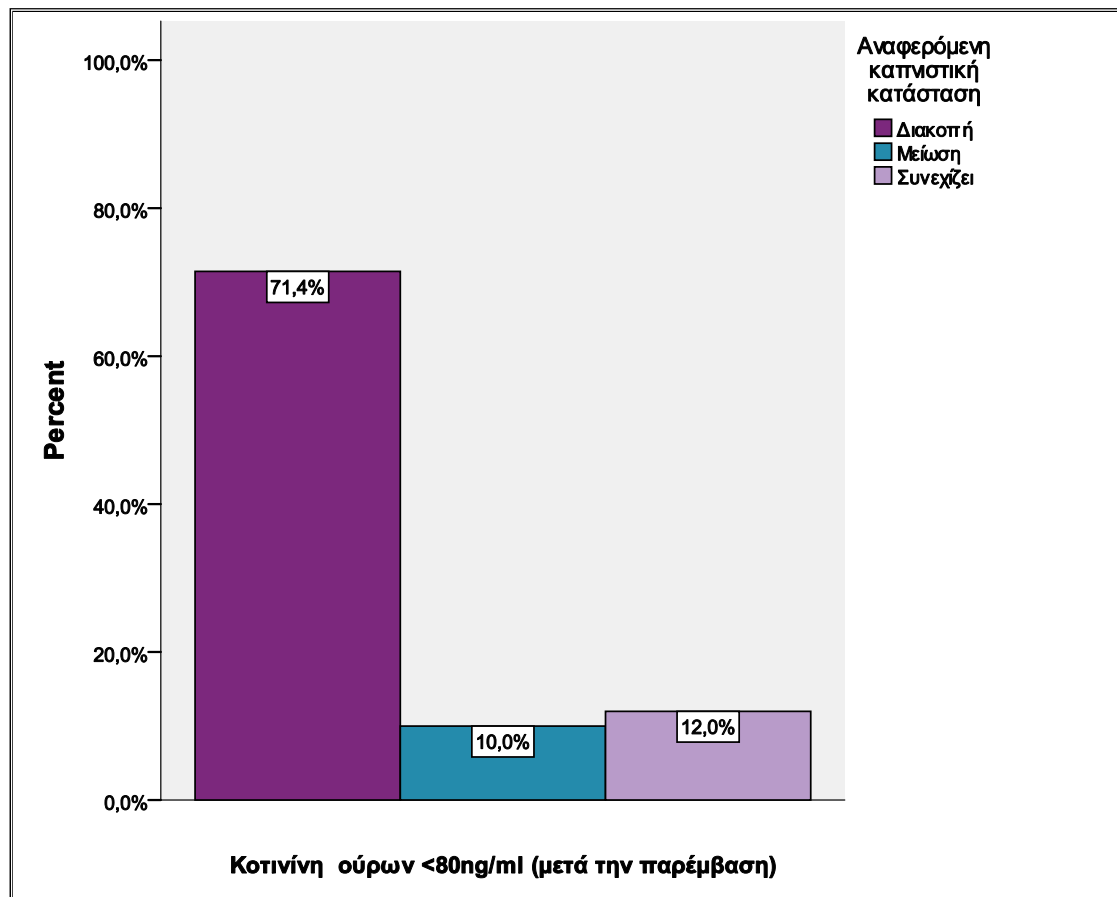
Πίνακας 16. Τα επίπεδα κοτινίνης ούρων της ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη μεταβολή της καπνιστικής τους κατάστασης.

		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's x ² test
		≤80 ng/ml		>80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Αναφερόμενη Καπνιστική Κατάσταση μετά την παρέμβαση	Συνέχιση	3	12,0	22	88,0	0,006
	Μείωση	1	10,0	9	90,0	
	Διακοπή	5	71,4	2	28,6	
Μειώσατε ή διακόψατε το κάπνισμα μετά την παρέμβαση	Όχι	3	12,0	22	88,0	0,124
	Ναι	6	35,3	11	64,7	

Υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα κοτινίνης μετά την παρέμβαση ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι μεταβλήθηκε η καπνιστική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχουσες που ανέφεραν ότι διέκοψαν το κάπνισμα έχουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$ (βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση) μετά την παρέμβαση σε σύγκριση, τόσο με εκείνες που ανέφεραν ότι μείωσαν το κάπνισμα ($p=0,009$) όσο και με εκείνες που ανέφεραν ότι συνέχιζαν να καπνίζουν ($p=0,001$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών της *ομάδας ελέγχου* που διέκοψαν το κάπνισμα (επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$) μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση (Εικόνα 17).

Εικόνα 17. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου που διέκοψαν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση.



7.8.2 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΤΗΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη μεταβολή της καπνιστικής κατάστασης των συμμετεχουσών (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Τα επίπεδα κοτινίνης ούρων της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη μεταβολή της καπνιστικής κατάστασης των συμμετεχουσών.

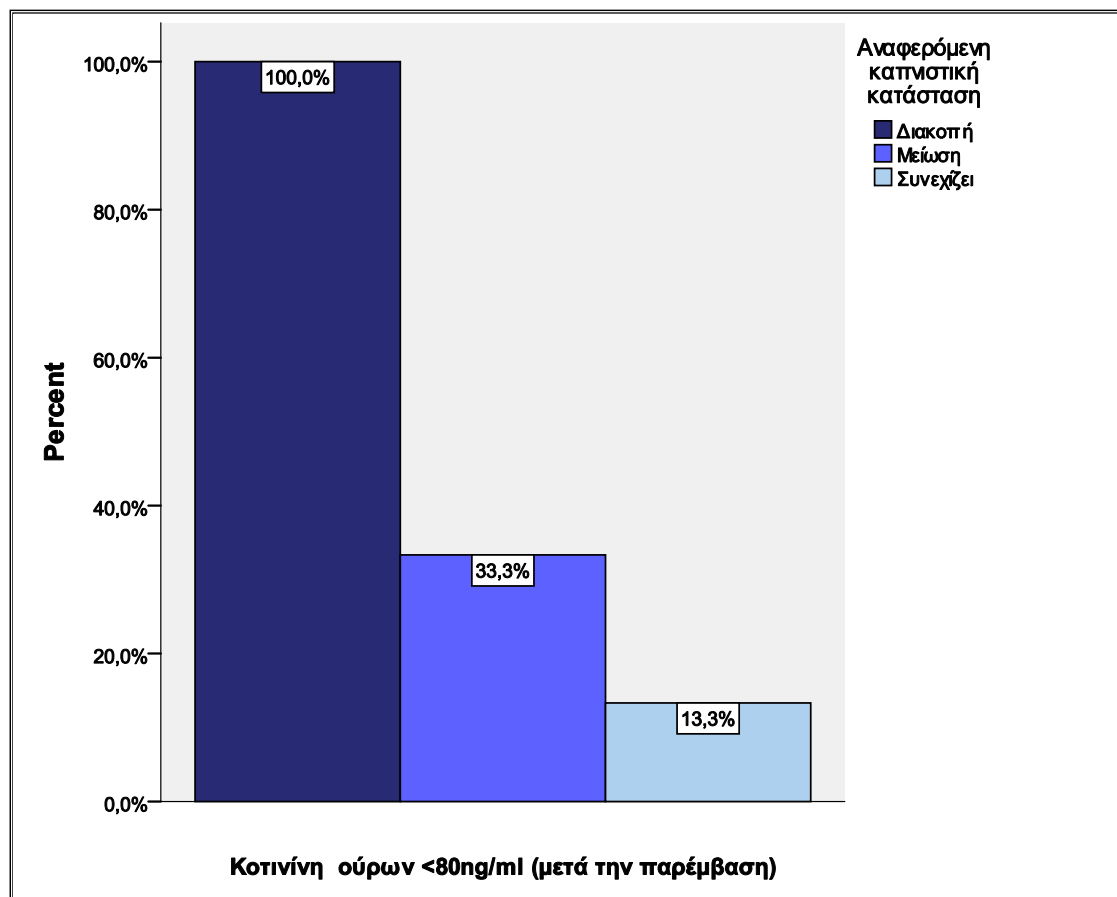
		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's x ² test
		≤80 ng/ml		>80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Αναφερόμενη Καπνιστική Κατάσταση μετά την παρέμβαση	Συνέχιση	2	13,3	13	86,7	<0,001
	Μείωση	5	33,3	10	66,7	
	Διακοπή	12	100,0	0	0,0	
Μειώσατε ή διακόψατε το κάπνισμα μετά την παρέμβαση	Όχι	2	13,3	13	86,7	0,002
	Ναι	17	63,0	10	37,0	

Υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση ανάλογα με το αν οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι μεταβλήθηκε η καπνιστική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχουσες που ανέφεραν ότι διέκοψαν το κάπνισμα είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επίπεδα κοτινίνης ούρων ≤ 80 ng/ml (βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση) μετά την παρέμβαση σε σύγκριση, τόσο με εκείνες που ανέφεραν ότι μείωσαν το κάπνισμα ($p < 0,001$) όσο και με εκείνες που ανέφεραν ότι συνέχιζαν να καπνίζουν ($p < 0,001$). Γενικά, οι συμμετέχουσες που ανέφεραν ότι μείωσαν ή διέκοψαν το κάπνισμα είχαν σε σημαντικά

υψηλότερο ποσοστό επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$ μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με εκείνες, που ανέφεραν ότι συνέχιζαν να καπνίζουν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών της **πειραματικής ομάδας**, που διέκοψαν το κάπνισμα (επίπεδα κοτινίνης $\leq 80\text{ng/ml}$) μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση (**Εικόνα 18**).

Εικόνα 18. Τα ποσοστά των συμμετεχουσών της πειραματικής ομάδας που διέκοψαν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση ανάλογα με την αναφερόμενη καπνιστική τους κατάσταση



7.9 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕΛΕΤΗΘΗΚΑΝ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων ανάλογα με τις παραμέτρους που μελετήθηκαν μετά τον τοκετό (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Συσχέτιση των επιπέδων κοτινίνης ούρων με τις παραμέτρους που μελετήθηκαν μετά τον τοκετό

		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's x ² test
		≤80 ng/ml		>80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Βάρος νεογνού, μέση τιμή±SD		3241,2±444,5	3235 (2975 - 3582,5)	3056,4±498,8	3000 (2750 - 3420)	0,100**
Πρόωρος τοκετός	Όχι	13	46,4	15	53,6	0,072
	Ναι	15	26,8	41	73,2	
Πρώτη εγκυμοσύνη	Όχι	11	35,5	20	64,5	0,749
	Ναι	17	32,1	36	67,9	
Πρόωρος τοκετός (ημέρες), μέση τιμή±SD		9,6±7,8	7 (4 - 11)	13,2±9,9	10,5 (7 - 15,5)	0,208**
Εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		39,2±1,1	40 (39 - 40)	38,4±1,9	39 (38 - 40)	0,038*
Επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη	Όχι	23	32,9	47	67,1	1,000*
	Ναι	5	35,7	9	64,3	
Επιπλοκές κατά τον τοκετό	Όχι	28	35,4	51	64,6	0,164*
	Ναι	0	0,0	5	100,0	

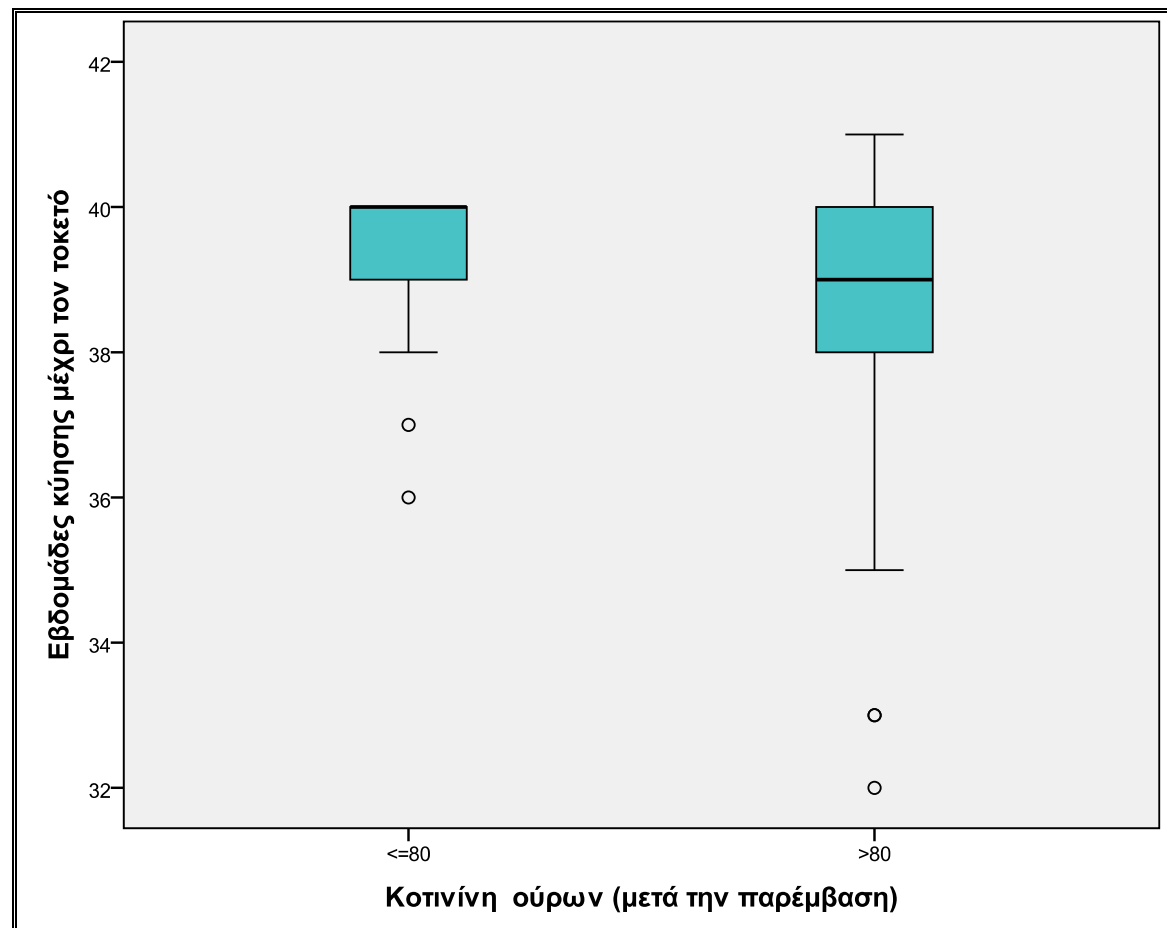
*Fisher's exact test **Student's t-test †Mann-Whitney test

Οι συμμετέχουσες με επίπεδα κοτινίνης ούρων ≤ 80 ng/ml (βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση) μετά την παρέμβαση είχαν σημαντικά περισσότερες εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες με υψηλά επίπεδα

κοτινίνης ούρων. Δεν διέφεραν σημαντικά τα επίπεδα κοτινίνης ούρων με τα υπόλοιπα στοιχεία των συμμετεχουσών που αφορούσαν τις παραμέτρους που μελετήθηκαν μετά τον τοκετό.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνονται οι εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό των συμμετεχουσών ανάλογα με τα επίπεδα κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση (**Εικόνα 19**).

Εικόνα 19. Οι εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό των συμμετεχουσών ανάλογα με τα επίπεδα κοτινίνης ούρων μετά την παρέμβαση.



7.10 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία. (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Συσχέτιση επιπέδων κοτινίνης ούρων με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών.

		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's χ^2 test
		≤ 80 ng/ml		> 80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Ομάδα	Ελέγχου	9	21,4	33	78,6	0,021
	Παρέμβασης	19	45,2	23	54,8	
Εβδομάδα κύησης κατά την εισαγωγή στη μελέτη, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		16,5±6,9	19 (12 - 23)	18,2±5,5	20 (15,5 - 23)	0,343+
Ηλικία μέση τιμή±SD		32,6±6,1		31,6±4,8		0,374**
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	7	46,7	8	53,3	0,227
	Έγγαμη	21	30,4	48	69,6	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Χαμηλό/ μέτριο	15	30,0	35	70,0	0,432
	Υψηλό	13	38,2	21	61,8	

**Student's t-test +Mann-Whitney test

Τα επίπεδα κοτινίνης διέφεραν σημαντικά μόνο μεταξύ των 2 ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα παρέμβασης υπήρξαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επίπεδα κοτινίνης ούρων ≤ 80 ng/ml (βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

7.11 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΟΤΙΝΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΩΝ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών ανάλογα με τα στοιχεία από το ιστορικό τους, που αφορά στο κάπνισμα (**Πίνακας 20**).

Πίνακας 20. Συχέτηση των επιπέδων κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών με το ιστορικό καπνίσματος.

		Κοτινίνη ούρων (μετά την παρέμβαση)				P Pearson's x ² test
		≤80 ng/ml		>80 ng/ml		
		N	%	N	%	
Εξάρτηση από το κάπνισμα (Fagerstrom)	Χαμηλή	19	38,0	31	62,0	0,425
	Μέτρια	7	30,4	16	69,6	
	Ισχυρή/ Πολύ ισχυρή	2	18,2	9	81,8	
Συνολική βαθμολογία (GHQ-28)	Φυσιολογικές τιμές	22	30,6	50	69,4	0,202*
	Παθολογικές Τιμές	6	50,0	6	50,0	
Συνολική βαθμολογία (GHQ-28) μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		5,2±4,7	3,5 (2 - 8)	4,2±3,5	3,5 (2 - 5)	0,747 ⁺
Ποτέ αρχίσατε να καπνίζετε; μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		17,3±2,7	17 (16 - 19)	17,8±3,2	17 (16 - 19)	0,666 ⁺
Pack years (προ εγκυμοσύνης) μέση τιμή±SD		13,2±10		15,5±8,5		0,266**
Είχατε προσπαθήσει στο παρελθόν να διακόψετε το κάπνισμα	Όχι	9	25,7	26	74,3	0,211
	Ναι	19	38,8	30	61,2	
Αριθμός προσπαθειών διακοπής καπνίσματος, μέση τιμή±SD διάμεσος		1,2±0,5	1 (1 - 1)	1,5±1,7	1 (1 - 1)	0,794 ⁺

(ενδ. εύρος)						
Για πόσο χρονικό διάστημα διακόψατε το κάπνισμα, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		29,9±39,3	12 (4 - 48)	17,3±21,3	8 (4 - 26)	0,496 ⁺
Στη δουλειά σας έρχεστε σε επαφή με τον καπνό	Όχι	12	33,3	24	66,7	0,842
	Ναι	10	35,7	18	64,3	
Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους	Όχι	13	39,4	20	60,6	0,343
	Ναι	15	29,4	36	70,6	
Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφό σας	Όχι	7	30,4	16	69,6	0,508
	Ναι	14	38,9	22	61,1	
Ο σύντροφός σας καπνίζει;	Όχι	7	28,0	18	72,0	0,500
	Ναι	21	35,6	38	64,4	
Πόσα τσιγάρα καπνίζει ημερησίως ο σύντροφός σας; μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		22,6±16,2	20 (10 - 30)	22,6±12,3	20 (15 - 28)	0,689 ⁺
Έχετε παθολογικό ή φυσιολογικό Doppler	Φυσιολογικό	26	32,1	55	67,9	0,257 [*]
	Παθολογικό	2	66,7	1	33,3	

*Fisher's exact test **Student's t-test ⁺Mann-Whitney test

Δεν διέφεραν σημαντικά τα επίπεδα κοτινίνης ανάλογα με τα στοιχεία από το ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχουσών.

7.12 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ .

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα επίπεδα κοτινίνης ούρων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα, που δίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης

		OR (95% CI)	P
Ομάδα	Ελέγχου	1,00*	
	Παρέμβασης	3,03 (1,17 - 7,87)	0,023

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η ομάδα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και να προβλέπει τα επίπεδα κοτινίνης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν 3,03 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$ (βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος) σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη κλινική δοκιμή στην Ελλάδα που διερευνά την αποτελεσματικότητα της εντατικής και της ελάχιστης παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η εντατική παρέμβαση, που εφαρμόστηκε στην πειραματική ομάδα, ήταν στατιστικά σημαντικά πιο αποτελεσματική από την ελάχιστη παρέμβαση, που εφαρμόστηκε στην ομάδα ελέγχου, καθώς η διαφορά στην αποτελεσματικότητά τους υπήρξε διπλάσια. Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 84 έγκυες καπνίστριες (42 στην πειραματική ομάδα και 42 στην ομάδα ελέγχου), ηλικίας 31.9 ± 5.2 έτη.

Τα ερευνητικά μας αποτελέσματα δείχνουν ότι ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εγκύων καπνιστριών διέκοψε το κάπνισμα στην πειραματική ομάδα/εντατικής παρέμβασης (45,2%) από ότι στην ομάδα ελέγχου/ ελάχιστης παρέμβασης (21,4%). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, που έχουν μελετήσει την αποτελεσματικότητα της εντατικής και της ελάχιστης παρέμβασης με σκοπό τη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί από αρκετούς ερευνητές ότι η εντατική παρέμβαση ήταν διπλάσια πιο αποτελεσματική από την ελάχιστη παρέμβαση.[192, 201, 203] Ειδικότερα, τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος στη μελέτη των Windsor και συνεργατών ήταν υψηλότερα στην πειραματική ομάδα (17,3%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (8,8%).[201] Στην έρευνα της Ferreira-Borges η εντατική παρέμβαση, διάρκειας δώδεκα λεπτών, αποδείχθηκε αποτελεσματικότερη (33%) από την ελάχιστη παρέμβαση (8,3%). [192] Η εντατική παρέμβαση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική και στις έρευνες, που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική

βιβλιογραφική ανασκόπηση των Lumley και συνεργατών καθώς βοήθησε περίπου το 24% των γυναικών να σταματήσουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.[203]

Στην αυξημένη αποτελεσματικότητα της παρούσας μελέτης ενδεχομένως να επέδρασαν και εξωγενείς παράγοντες, όπως η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και η προβλεβλημένη καμπάνια για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, που συνέπεσαν χρονικά με το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας και συνετέλεσαν στη μείωση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων[60].

Η κύρια υπόθεση της μελέτης για την επίδραση της εντατικής παρέμβασης στη διακοπή καπνίσματος επιβεβαιώνεται από τις βιοχημικές αναλύσεις των δειγμάτων ούρων των συμμετεχουσών. Συγκεκριμένα, οι συγκεντρώσεις των τιμών της κοτινίνης ούρων των συμμετεχουσών και των δύο ομάδων κυμαίνονταν σε παρόμοια επίπεδα πριν την παρέμβαση ($561,7 \pm 663,9$ ng/ml ομάδα ελέγχου και $452,7 \pm 516,9$ ng/ml πειραματική ομάδα $p=0,480$). Μετά την παρέμβαση περί την 32^η εβδομάδα κύησης, οι συγκεντρώσεις κοτινίνης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική μείωση στην πειραματική ομάδα/ εντατικής παρέμβασης (μέση τιμή μεταβολής $-140,74 \pm 361,7$ ng/ml, $p=0,004$). Ενώ, στην ομάδα ελέγχου/ελάχιστης παρέμβασης παρουσιάζεται μια μικρή μείωση στις συγκεντρώσεις της κοτινίνης των ούρων συγκριτικά με τις αρχικές τιμές της πρώτης συνάντησης (μέση τιμή μεταβολής $-82,14 \pm 485,7$, $p=0,228$).

Όσον αφορά στις συγκεντρώσεις των τιμών της νικοτίνης ούρων των συμμετεχουσών και των δύο ομάδων ομοίως κυμαίνονταν σε παρόμοια επίπεδα πριν την παρέμβαση ($444,5 \pm 760,6$ ng /ml ομάδα ελέγχου και $443,7 \pm 666,9$ ng/ml πειραματική ομάδα $p=0,961$). Μετά την παρέμβαση, οι συγκεντρώσεις νικοτίνης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική μείωση στην πειραματική ομάδα/ εντατικής παρέμβασης (μέση τιμή μεταβολής $-190,13 \pm 620$ ng/ml, $p=0,005$). Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου/ ελάχιστης παρέμβασης παρουσιάζεται μια μικρή μη στατιστικά σημαντική αύξηση στις συγκεντρώσεις της νικοτίνης των ούρων συγκριτικά με τις αρχικές τιμές της πρώτης συνάντησης (μέση τιμή μεταβολής $234,3 \pm 1010,7$ ng/ml, $p=0,812$).

Επομένως, η εφαρμογή της εντατικής παρέμβασης επέδρασε δραστικά στην μείωση των τιμών της νικοτίνης και της κοτινίνης ούρων.

Η διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση συνήθως επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες που συμπεριλαμβάνουν προσωπικά, οικογενειακά, εκπαιδευτικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την απασχόληση, την οικογενειακή κατάσταση, το άγχος και το κάπνισμα του συντρόφου. [6, 291] Στην παρούσα μελέτη κανένας από τους ανωτέρω παράγοντες δεν φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τη διακοπή καπνίσματος (κοτινίνη ≤ 80 ng/ml). Ούτε το επίπεδο της γενικής υγείας των συμμετεχουσών κατά Goldberg επέδρασε στην διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση, παρόλο που κατά την αρχική συνάντηση οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική κλίμακα γενικής υγείας, δηλαδή καλύτερη γενική υγεία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης ($p=0,039$).

Ειδικότερα, όσον αφορά στο ποσοστό των έγγαμων συμμετεχουσών, το οποίο ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης, δεν συσχετίζεται με τη συνέχιση του καπνίσματος, διότι παρόλο που δεν ήταν έγγαμες είχαν σύντροφο. Η έλλειψη συντρόφου είναι εκείνη που σύμφωνα με τους ερευνητές οδηγεί στην συνέχιση του καπνίσματος κατά την κύηση. [230]

Επιπλέον, ο ισχυρισμός των εγκύων καπνιστριών ότι διέκοψαν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση ήταν μικρότερος στην ομάδα ελέγχου από ότι στην ομάδα παρέμβασης. Τα αποτελέσματα αυτά συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις βιοχημικές αναλύσεις που επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της διακοπής καπνίσματος ($p=0.001$). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ψευδής ισχυρισμός των εγκύων καπνιστριών της ομάδας ελέγχου ότι διέκοψαν το κάπνισμα σε ποσοστό 28,6% (κοτινίνη ούρων >80 ng/ml), ενώ στην ομάδα παρέμβασης δεν καταγράφηκε ποσοστό ψευδούς ισχυρισμού, ως προς τη διακοπή του καπνίσματος. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και σε προηγούμενες μελέτες, όπως στην έρευνα των Walsh και

συνεργατών, όπου το ποσοστό ψευδούς δηλώσεως αποχής από το κάπνισμα ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου, από ότι στην πειραματική ομάδα.[190]

Η καταγραφή του βάρους γέννησης των νεογνών έδειξε ότι το βάρος γέννησης των νεογνών των συμμετεχουσών, που διέκοψαν το κάπνισμα (κοτινίνη ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$) είχε την τάση να είναι πιο αυξημένο ($3.241,2 \pm 444,5 \text{ gr}$), συγκριτικά με εκείνες που συνέχιζαν να καπνίζουν ($3.056,4 \pm 498,8 \text{ gr}$). Η διάμεση διαφορά βάρους γέννησης των νεογνών των συμμετεχουσών, που διέκοψαν το κάπνισμα και εκείνων που συνέχιζαν να καπνίζουν ήταν 235gr . Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες, στις οποίες οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν κατά μέσο όρο $150\text{-}250\text{gr}$ μικρότερου βάρους γέννησης νεογνά συγκριτικά με τις μη καπνίστριες. [135]

Επίσης, τείνει να είναι σημαντική και η διαφορά στη συχνότητα πρόωρου τοκετού ανάμεσα σε όσες διέκοψαν το κάπνισμα (κοτινίνη ούρων $\leq 80 \text{ ng/ml}$) και σε όσες συνέχιζαν να καπνίζουν (κοτινίνη ούρων $>80 \text{ ng/ml}$). Στατιστικά σημαντική όμως φαίνεται να είναι η διαφορά στις εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό μεταξύ αυτών που συνέχιζαν να καπνίζουν και εκείνων που διέκοψαν το κάπνισμα ($p= 0.038$), με αποτέλεσμα εκείνες που διέκοψαν το κάπνισμα να γεννάνε μία εβδομάδα αργότερα από εκείνες που συνέχιζαν να καπνίζουν.

Η καταγραφή της καπνιστικής κατάστασης των συμμετεχουσών που είχαν διακόψει το κάπνισμα έξι μήνες μετά τον τοκετό δεν αξιολογείται λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος. Μετά τον τοκετό καταγράφηκε μεγάλη υποτροπή ομοίως με άλλες έρευνες, που στόχευαν στην πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος.[203] Συγκεκριμένα, από τις 28 εγκύους που διέκοψαν το κάπνισμα (κοτινίνη ούρων $\leq 80 \text{ ng/ml}$) μόνο 4 συνέχιζαν να μην καπνίζουν έξι μήνες μετά τον τοκετό. Η υποτροπή αυτή ενδεχομένως να ήταν μικρότερης έκτασης, εάν στο ερευνητικό μας πρωτόκολλο συμπεριλαμβάνονταν μια συνάντηση μετά τον τοκετό. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται να γίνει για την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος μετά τον τοκετό. Καθώς η επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση δίνει την ευκαιρία

στη γυναίκα και στην οικογένειά της να ζήσουν σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από τον καπνό.

Παρόλο που το ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχουσών δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την βιοχημικά αποδεδειγμένη διακοπή καπνίσματος, εντούτοις στην παρούσα μελέτη από τις ισχυρά και πολύ ισχυρά εξαρτημένες καπνίστριες κατά Fagerstrom, φάνηκε να έχει διακόψει το κάπνισμα μόνο το 18,2% (κοτινίνη ούρων ≤ 80 ng/ml), ενώ οι υπόλοιπες 81,8% συνέχιζαν να καπνίζουν (κοτινίνη ούρων > 80 ng/ml) δείχνοντας ότι δεν επηρεάζονται εύκολα από παρεμβάσεις γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου, ομοίως με άλλες μελέτες στο παρελθόν.[221] Μερικοί ερευνητές θα μπορούσαν ενδεχομένως να υποστηρίξουν ότι θα έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε στη μελέτη μας προϊόντα Θεραπείας Υποκατάστασης της Νικοτίνης (NRT) για τις ισχυρά εξαρτημένες καπνίστριες, που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης. [216, 217] Η χρήση των προϊόντων NRT δεν επιλέχθηκε στην παρούσα έρευνα, επειδή τα ερευνητικά αποτελέσματα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της χρήσης προϊόντων NRT στην κύηση είναι αντικρουόμενα. [197] Η χρήση των προϊόντων αυτών για την διακοπή του καπνίσματος στην κύηση αποφεύγεται ή χρησιμοποιείται προαιρετικά.[1]

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που αφορούν την έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα. Αξίζει να αναφερθεί ότι 62.5% από την πειραματική ομάδα και 59.3% από την ομάδα ελέγχου ανέφεραν ότι εκτίθεντο στο παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφό τους στο ίδιο τους το σπίτι. Επίσης, 59.5% από την πειραματική ομάδα και 61.9% από την ομάδα ελέγχου ανέφεραν ότι εκτίθεντο στο παθητικό κάπνισμα στους δημόσιους χώρους. Η αναφερόμενη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στη δουλειά ήταν 36.7% στην πειραματική ομάδα και 50.0% στην ομάδα ελέγχου.

Τα ανωτέρω στοιχεία που αφορούν την έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα στους δημόσιους χώρους και στην εργασία αποδεικνύουν ότι χρειάζεται άμεση εφαρμογή του νόμου

για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημοσίους χώρους. Ενώ, η αυξημένη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο ίδιο τους το σπίτι δείχνει ότι η συμμετοχή του συντρόφου σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση είναι επιβεβλημένη.

8.1.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η ομάδα σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες της πειραματικής ομάδας/εντατικής παρέμβασης είχαν 3,03 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν το κάπνισμα (επίπεδα κοτινίνης ούρων $\leq 80\text{ng/ml}$) σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου/ελάχιστης παρέμβασης ($\text{OR}=3,03$, 95% CI: 1,17-7,87). Τα αποτελέσματα αυτά δηλώνουν ότι από μόνη της η εντατική παρέμβαση, που εφαρμόστηκε στις συμμετέχουσες στην πειραματική ομάδα και συμπεριελάμβανε επικοινωνία 30 λεπτών και έναν έντυπο οδηγό αυτοβοήθειας, ήταν πιο αποτελεσματική. Αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες στις οποίες η εντατική παρέμβαση μεγαλύτερης διάρκειας των 15 λεπτών αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη, [190, 191, 194] από τις συντομότερες και λιγότερο εξατομικευμένες παρεμβάσεις διάρκειας περίπου 5 λεπτών.[190, 191, 196, 200,201]. Συμπερασματικά, ο χρόνος που διατίθεται στη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος αυξάνει τα ποσοστά της διακοπής.

8.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Η επίδραση του καπνίσματος κατά την κύηση έχει αποδειχθεί πως είναι αναστρέψιμη αφού, όταν επιτυγχάνεται η διακοπή, έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωρους τοκετούς, μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών και μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. [3] Ειδικότερα, η διακοπή του καπνίσματος κατά τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, οδηγεί σε γέννηση παιδιών με παρόμοιο βάρος προς τα νεογνά των μητέρων, που δεν κάπνισαν ποτέ. [74] Λαμβάνοντας υπόψη τη σταδιακή αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των νέων γυναικών την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα [35, 292] και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν στη Χώρα μας Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος για εγκύους καπνίστριες, απώτερος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανεύρεση της αποτελεσματικότερης παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση στην Ελλάδα προκειμένου να εφαρμοστεί στην κλινική πράξη. Για τους λόγους αυτούς προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση σε όλες τις Μαιευτικές Κλινικές αλλά και σε όλες τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα επωφελής όχι μόνο για τις ίδιες τις έγκυες καπνίστριες και τις οικογένειες τους, αλλά και για ολόκληρο το Σύστημα Υγείας καθώς το κόστος αυτών των παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί ότι είναι ελάχιστο, συγκριτικά με την αντιμετώπιση ασθενειών που συνδέονται με τις επιπτώσεις του καπνίσματος της μητέρας κατά την κύηση. [293] Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι για κάθε προσπάθεια διακοπής καπνίσματος των εγκύων, που μπορεί να κοστίζει περίπου 24–34 δολάρια κατ' άτομο, θα υπάρξει ένα κέρδος της τάξης των 881 δολαρίων για κάθε καπνίστρια που θα διακόψει το κάπνισμα επιτυχώς.[294]. Επιπλέον, τα οφέλη που προκύπτουν στην υγεία των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα είναι άμεσα και για όλη τους της ζωή.[183] Η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 30 ετών μπορεί να μειώσει τον σχετικό

κίνδυνο των ασθενειών εξ' αιτίας του καπνίσματος στο επίπεδο εκείνων που δεν κάπνισαν ποτέ.[237]

Επομένως η παροχή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα έδινε τη δυνατότητα σε όλες τις έγκυες καπνίστριες, αλλά και στις ισχυρά εξαρτημένες καπνίστριες, που προγραμματίζουν μια εγκυμοσύνη να έχουν άμεσα πρόσβαση. Επίσης, η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας θα διευκόλυνε την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη. Αρκεί να αναλογιστούμε ότι ακόμα και μόνο η επαναλαμβανόμενη συμβουλή των επαγγελματιών υγείας για τη διακοπή καπνίσματος, θεωρείται ως μία από τις σημαντικότερες υπηρεσίες πρόληψης υπό το πρίσμα της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας. [295]

Επίσης, η βιοχημική ανάλυση της κοτινίνης ούρων αποδείχθηκε ως καλύτερος βιοδείκτης για τον εντοπισμό της διακοπής καπνίσματος, υποδεικνύοντας τη χρησιμότητά της ως μεθόδου βιοχημικής επιβεβαίωσης της διακοπής καπνίσματος κατά την πραγματοποίηση κλινικών ερευνών.

8.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας ενδεχόμενος περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι το ελαφρύ κάπνισμα μπορεί να μην αναφέρθηκε από τις εγκύους καπνίστριες, όπως έχει διαπιστωθεί και από άλλες μελέτες στο παρελθόν, [296] καθώς το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη δεν θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό.[276]

Επίσης ένας άλλος πιθανός περιορισμός θα μπορούσε να είναι η στατιστικά σημαντική διαφορά, που υπήρξε στην εβδομάδα κύησης κατά την εγγραφή στην έρευνα μεταξύ των εγκύων καπνιστριών των δύο ομάδων. Στην ομάδα ελέγχου/ελάχιστης παρέμβασης, η ηλικία κύησης των συμμετεχουσών είναι 19.5 ± 5.0 (SD) εβδομάδες, ενώ στην πειραματική ομάδα/εντατικής παρέμβασης 15.7 ± 6.3 (SD) εβδομάδες ($p = 0,002$). Η διαφορά αυτή στην ηλικία κύησης θα μπορούσε να θεωρηθεί ως πιθανή πηγή προκατάληψης (bias), που επέδρασε στην αποτελεσματικότητα της έρευνας. Όμως, η Λογαριθμιστική παλινδρόμηση που έγινε διαπίστωσε ότι τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος δεν είχαν επηρεαστεί από την εβδομάδα της κύησης των συμμετεχουσών κατά την εγγραφή τους στη έρευνα, αποδεικνύοντας ότι η εβδομάδα κύησης κατά την εγγραφή στην έρευνα δεν επέδρασε στη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση.

8.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποδεικνύουν ότι η εντατική παρέμβαση διακοπής καπνίσματος, που συμπεριελάμβανε: γνωσιακού-συμπεριφεριστικού τύπου παρέμβαση, πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία 30 λεπτών και χορήγηση έντυπου οδηγού ενημέρωσης και αυτοβοήθειας, είναι διπλάσια πιο αποτελεσματική από την ελάχιστη παρέμβαση. Επίσης η εντατική παρέμβαση οδήγησε στη μείωση των συγκεντρώσεων κοτινίνης και νικοτίνης ούρων στην πειραματική ομάδα/ εντατικής παρέμβασης.

Επομένως, τα ερευνητικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να αξιοποιηθούν προκειμένου να γίνει εισήγηση οργανωμένων προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος στις εγκύους καπνίστριες σε όλες τις Μαιευτικές Κλινικές, αλλά και σε όλες τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με στόχο όχι μόνο τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση, αλλά και την αποφυγή της υποτροπής μετά τον τοκετό. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού οι παρεμβάσεις θα πρέπει να συνεχίζονται και μετά τον τοκετό. [221] Για τις ισχυρά εξαρτημένες καπνίστριες κατά Fagerstrom [267] προτείνεται η διακοπή του καπνίσματος να έχει επιτευχθεί πριν την εγκυμοσύνη, όπου μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια η προτεινόμενη φαρμακοθεραπεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος παγκοσμίως μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν καταγράφηκε στην Ελλάδα, όπου το 2007 κάπνιζε το 31.3% των γυναικών και το 2009 το 39%. Σε αυτό το πλαίσιο αρκετές γυναίκες συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας κλινικής δοκιμής ήταν να διερευνήσει αν η παροχή εντατικής παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση, μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με την ελάχιστη παρέμβαση.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε 84 έγκυες καπνίστριες (42 στην πειραματική ομάδα και 42 στην ομάδα ελέγχου), που κάπνιζαν >5 τσιγάρα εβδομαδιαίως και ήταν <24 εβδομάδων κύησης κατά την εισαγωγή τους στην έρευνα, ηλικίας 31.9 ± 5.2 έτη. Η πειραματική ομάδα/ εντατικής παρέμβασης συμπεριελάμβανε: 30 λεπτά γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης και χορήγηση έντυπου οδηγού αυτοβοήθειας. Η ομάδα ελέγχου/ ελάχιστης παρέμβασης συμπεριελάμβανε: σύντομες συμβουλές 5 λεπτών και τη χορήγηση ενός συνοπτικού φυλλαδίου. Η διακοπή του καπνίσματος επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με δείγματα ούρων για έλεγχο κοτινίνης και νικοτίνης στην αρχική συνάντηση, περί την 32η εβδομάδα κύησης και 6 μήνες μετά τον τοκετό. (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01210118).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν ότι ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εγκύων καπνιστριών διέκοψε το κάπνισμα στην πειραματική ομάδα (45,2%) από ότι στην ομάδα ελέγχου (21,4%). Τα επίπεδα κοτινίνης και νικοτίνης ούρων ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες πριν την παρέμβαση. Μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στις συγκεντρώσεις κοτινίνης ούρων στην πειραματική ομάδα ($-140,74 \pm 361,7$ ng/ml, $p=0,004$), ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν διαπιστώθηκε μείωση στις συγκεντρώσεις κοτινίνης ούρων ($-82,14 \pm 485,7$ ng/ml, $p=0,228$). Ομοίως, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στις συγκεντρώσεις νικοτίνης ούρων στην πειραματική ομάδα ($-190,13 \pm 620$ ng/ml, $p=0,005$), ενώ στην ομάδα

ελέγχου παρουσιάζεται μια μικρή μη στατιστικά σημαντική αύξηση στις συγκεντρώσεις της νικοτίνης των ούρων ($234,3 \pm 1010,7$ ng/ml, $p=0,812$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα της εντατικής παρέμβασης σε σχέση με την ελάχιστη παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση, υποδηλώνοντας τη χρησιμότητά της εφαρμογής της εντατικής παρέμβασης στην κλινική πράξη.

SUMMARY

INTRODUCTION: The highest smoking rates in the world among female smokers are recorded in Greece, where 31.3% of women were smokers in 2007 and 39% of women were smokers in 2009; in this context some women continue smoking during pregnancy.

OBJECTIVES: The aim of this Clinical Trial was to test whether offering pregnant smokers a high intensity intervention for smoking cessation increased the rate of smoking cessation, in comparison to a low intensity intervention.

METHODS: We studied 84 pregnant smokers (42 in experimental group and 42 in control group), who smoked > 5 cigarettes per week and were <24 weeks of gestation at enrolment, aged 31.9 ± 5.2 years. The experimental group /high intensity intervention included: 30 minutes of cognitive-behavioural intervention and the provision of a self-help manual. The control group/ low intensity intervention received: 5 minutes of low intensity intervention and the provision of a short leaflet. Smoking cessation was biochemically validated by urine cotinine and nicotine samples at the baseline, around the 32nd week of gestation and at six months post partum. (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01210118).

RESULTS: The results indicate that a significantly higher percentage of pregnant smokers quit smoking in the experimental group (45.2%) than in the control group (21.4%). Urine cotinine and nicotine levels ranges were similar in both groups before the intervention. A significant decrease in urine cotinine concentrations after the intervention, was noted in experimental group (-140.74 ± 361.7 ng/ml, $p=0.004$), while control group found not to have a decrease in urine cotinine concentrations (-82.14 ± 485.7 ng/ml, $p=0.228$). Similarly, a significant decrease in urine nicotine concentrations after the intervention was noted in experimental group (-190.13 ± 620 ng/ml, $p=0.005$), while control group found to have a no statistically significant increase in urine cotinine concentrations (234.3 ± 1010.7 ng/ml, $p=0.812$).

CONCLUSIONS: These results indicate that a high intensity intervention was found statistically significant more effective than a low intensity intervention for smoking cessation during pregnancy, suggesting the usefulness of the implication of high intensity intervention within clinical practice.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Ershoff DH, Ashford TH, Goldenberg RL.** Helping pregnant women quit smoking: An overview. *Nicotine Tob. Res* 2004; 6 (2): 101-105.
2. **Castles A, Adams K, Melvin CL, Kelsch C.** Effects of smoking during Pregnancy: five meta-analyses *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 16 (3): 208-215.
3. **Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L.** Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 18 (4):CD001055. Review. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
4. **DiFranza JF, Lew RA.** Effect of cigarette smoking on pregnancy complication and sudden infant death syndrome *Family Practice* 1995; 40: 1-10.
5. **Sexton M, Hebel JR.** A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. *JAMA* 1984; 251:911–5.
6. **Solomon LJ, Quinn VP.** Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine Tob. Res.* 2004; 6 (Suppl 2):203–216.
7. **Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.** Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. A Public Health Service Report.
(http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
8. **Coleman GJ, Joyce T.** Trends before, during and after pregnancy in ten states *Am J Prev Med* 2003; 24 (1): 29-35.
9. **Schuz J, Kaatsch P, Kaletsch U, Meinert R, Michaelis J.** Association of childhood cancer with factors related to pregnancy and birth. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28:631–9.

10. **Chatenoud L, Chiaffarino F, Parazzini F, Benzi G, LaVecchia C.** Prevalence of smoking among pregnant women is lower in Italy than England. *Br Med J* 1999; 318:1012.
11. **DeFarias AragaoVM, Barbieri MA, MouraDaSilva AA, Bettiol H, RibeiroVS.** Risk factors for intrauterine growth restriction: a comparison between two Brazilian cities. *Pediatric Research* 2005; 57:674–9.
12. **Grange G, Vayssiere C, Borgne A et al.** Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2005; 120:146–51.
13. **Viljoen JE, Odendaal HJ.** Smoking in pregnancy-what does my patient know? *South African Medical Journal.* 2005; 95:308–10.
14. **Hoyert DL, Mathews TJ, Menacker F, Strobino DM, Guyer B.** Annual summary of vital statistics: 2004. *Pediatrics.* 2006; 117: 168–83.
15. **Pichini S, Garcia-Algar O.** In utero exposure to smoking and newborn neurobehavior: how to assess neonatal withdrawal syndrome? *Therapeutic Drug Monitoring.* 2006; 28:288–90.
16. **Cnattingius S, Haglund B.** Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 410-413
17. **European Network for smoking Prevention** Annual Report, Bruxelles Belgium; 2007.
(<http://www.ensp.org>)
18. **McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM.** Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res* 2003; 18 (2):156-70.
19. **Ρηγάτος Γ.** Η χρήση του καπνού στην Ελλάδα: Μια Ιστορική Προσέγγιση. 1988; *Ιατρική* 54 (παραρτ): 12-14

20. **Διαμαντόπουλος Α.** Η επίδραση του καπνίσματος στις μηχανικές ιδιότητες της αορτής: πειραματική μελέτη. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής, 1999. Διδακτορική Διατριβή.
21. **Τούντας Γ.** Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία, 2000: 251-253, 255, 376, 380, 386-387.
22. **Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ.** Προληπτική Ιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, 1986: 138-42.
23. **Μπαμπάτσικου Φ, Κυρίτση Ε, Γκαραγκούνη Β, Κατσαρέλη Δ, Μουρίκη Π, Χαλκιά Ε.** Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλη των νοσηλευτών που υπηρετούν στις νοσηλευτικές μονάδες της Αττικής. Νοσηλευτική 1998; 4: 338-9.
24. **INWAT Europe** .International Network of Women Against Tobacco in Europe. How much are women smoking? 2008. <http://www.inwat.org/ehow.htm> (8/9/2008)
25. **Φουκανέλη Θ, Λινού Α.** Το κάπνισμα ως αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης κακοήθων νοσημάτων του αιμοποιητικού ιστού. Ιατρική 1995; 68 (6): 576-582
26. **World Health Organization.** WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic. The MPOWER package. World Health Organization, Geneva, 2008.
www.who.int/tobacco/mpower (6/2/2009)
27. **Μορφόπουλος Γ.** Κάπνισμα και πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα σε Ελληνίδες. Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1981. Διδακτορική Διατριβή
28. **Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε.** Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Β' έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΖΗΤΑ, 2001.
29. **Eurobarometer.** Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239/Waves 64.1-63.3- TNS Opinion & Social. European Commission, 2006.

30. **Gilmore A, Pomerleau J, McKee M.** Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Am. J. Public Health* 2004; 94: 2177–2187.
31. **Organization for Economic Co-Operation and Development.** Health at a Glance 2007: OECD Indicators, 2007. <http://puk.surceoced.org/vl=3932594/d=13nw=/rpsv/health2007/index.htm>
32. **Liu BQ, Peto R, Chen ZM, Boreham J, Wu YP, Li JY.** Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *Br Med J* 1998; 317(7170): 1411–1422.
33. **Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka T, S and Jha P.** Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet* 2003; 362(9383): 507–515.
34. **World Health Organization.** Tobacco or Health. First Global Status Report, WHO Tobacco or Health Programme. Geneva, 1997.
35. **Pilali M.** National Status Report, Euro- Scip III: Greece, 2006. (11/11/07) http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/nrs_greek_2006.pdf
36. **WHO.** WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
37. **Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity.** Center for Disease Control (KEELPNO), 2011. Tobacco Report. <http://www.keelpno.gr/elgr/voσήματαθέματαυγείας/κατάλογοςνοσημάτων/κ.aspx>
38. **Kokkevi A, Stefanis C.** The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. *Am J Public Health* 1991; 81:48–52.
39. **Sichletidis LT, Chloros D, Tsiotsios I et al.** High prevalence of smoking in Northern Greece. *Prim Care Respir J* 2006; 15: 92–7

40. **Kyrlesi A, Soteriades E.S, Warren CW, Kremastinou J, Papastergiou P, Jones NR, Hadjichristodoulou Ch.** Tobacco use among students aged 13–15 years in Greece: the GYTS project. *Bio Med Central Public Health* 2007; 7: 3.
41. **Vardavas C, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Niaounaki D, Linardakis M, Kafatos A.** Smoking habits of Greek preschool children's parents *BioMedCentral Public Health* 2007; 7:112.
42. **Centers for Disease Control and Prevention.** Tobacco Use Among Adults—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006; 55 (42): 1145–1148.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5542a1.htm>
43. **Health Canada** Canadian perinatal health report. Ottawa: Population and Public Health Branch, 2003.
44. **Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM et al.** Educational differences in smoking: international comparison *Br Med J* 2000; 320 (7242): 1102-1107
45. **World Health Organization.** Gender Health and Tobacco, Gender and Health, Department of Gender and Women's Health. Geneva: World Health Organization, 2003.
46. **Centers for Disease Control and Prevention,** Women and smoking: a report of the Surgeon General (Executive Summary), *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51 (No. RR-12), 2002.
47. **Centers for Disease Control and Prevention.** Cigarette smoking among adults—United States, 2007; *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2008; 57 (45): 1221–6.
48. **Centers for Disease Control and Prevention.** How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioural basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.

49. **Benowitz NL** Cigarette smoking and nicotine addiction. *The Medical Clinics of North America* 1992, 76 (2):415-37.
50. **World Health Organization**. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1992.
51. **Henningfield JE, Keenan RM**. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61(5): 743–50.
52. **Stitzer ML, de Wit H**. Abuse liability of nicotine. In: Benowitz NL, editor. *Nicotine Safety and Toxicity*. New York: Oxford University Press, 1998: 119-31.
53. **Benowitz NL**. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *New England Journal of Medicine* 1988; 319: 1318–1330.
54. **Hughes JR**. Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1992; 60: 689–697.
55. **Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK**. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes. *Addiction* 1994; 89: 1461–1470
56. **Fagerström KO**. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978; 3(3–4): 235–41.
57. **Heatherton TF, Koslowski LT, Frecker RC, Fagerström KO**. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991; 86 (9): 1119–27.
58. **Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC**. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review* 2004; 111 (1):33–51.
59. **World Health Organization**. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), World Health Organization, Geneva, 2003.

60. **Harvard School of Public Health.** The Greek Tobacco Epidemic. Center for Global Tobacco control, 2011.
61. **Euromonitor International. Tobacco statistics.** Retrieved from Euromonitor Passport GMID database. Accessed August 2, 2011.
62. **Takaharu Hayashi** Legislation and antismoking social attitudes in Japan. In U.I.C.C. smoking control workshop, Suketami Tominanga and Kunio Aoki (ed.) University of Nagoya, Japan: Press Nagoya, 1979.
63. **Peto R, Lopez AD, Boreham J , Thun M, Heath C, Doll J, Doll R.** Mortality from smoking worldwide. British Medical Bulletin 1996; 52 (1):12–21.
64. **Hammond EC.** Life expectancy of American men in relation to their smoking habits. J Natl Cancer Inst 1969; 43(4):951–962.
65. **Ezzati M, Lopez AD** Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000 Tobacco Control 2004; 13: 388–395.
66. **Mathers CD, Loncar D** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Public Library of Science Medicine 2006; 3 (11): 442.
67. **Centers for Disease Control and Prevention** Cigarette Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost—United States, 1990. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (33): 645–649.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021441.htm>.
68. **Centers for Disease Control and Prevention** Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses—United States, 1997–2001. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51 (14):300–303.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>.
69. **McGinnis J, Foege WH.** Actual Causes of Death in the United States. Journal of the American Medical Association 1993; 270: 2207–2212.

70. **Jacobs R.** Economic policies, taxation and fiscal measures. In: Samet JM, Yoon S-Y (eds). Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century. WorldHealth Organization, Geneva, 2001; 177–200.
71. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Smoking: 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, 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm
72. **Wynder EL, Graham EA.** Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of six hundred and eighty-four proved cases. J A M A 1950; 143 (4): 329-336.
73. **U.S. Department of Health and Human Services** The Health Consequences of Smoking: 25 years of progress A Report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Coordinating Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health. 1989; DHHS Publication No (CDC) 89-8411.
74. **Trichopoulos D, kalandidi A, Sparow L, Macmahon B** Lung cancer and passive smoking International Journal of Cancer 1981; 27; 1-4.
75. **International Agency for Research on Cancer** Tobacco Smoking. IARC Monographs on the evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer Lyon (France), 1986; 38.
76. **Peto R, Lopez AD.** Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE Schwarz MR Editors. Critical issues in global health. San Francisco, 2001; (CE): Jossey-Bass.

77. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Smoking: Cancer. A Report of the Surgeon General U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health.,1982; DHHS Publication No (PHS 82-50179).
78. **Akiba S, Hirayama T.** Cigarette smoking and cancer mortality risk in Japanese men and women –results from reanalysis of the six prefecture cohort study data. *Environment Health Perspective* 1990; 87:19-26.
79. **Kuper H, Tzonou A, Lagiou P, et al.** Diet and Hepatocellular carcinoma: a case-control study in Greece. *Nutritional Cancer* 2000; 38: 6-12
80. **Black HR.** Smoking and cardiovascular disease. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management*. 2nd edition. New York, NY: Raven Press Ltd. 1995: 2621–47.
81. **Ockene IS, Miller NH.** Cigarette Smoking, Cardiovascular Disease, and Stroke: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Journal of American Health Association* 1997; 96 (9):3243–3247
82. **Merrit JC, Foody JM.** Nonlipid cardiovascular risk factor. Chapter 43 In: Griffin BP, Topol EJ (Eds), *Manual of Cardiovascular Medicine* 2nd ed USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
83. **Chio JH, Moen EK.** Post myocardial infraction. Chapter 4 in Griffin BP, Topol EJ (Eds) *Manual of Cardiovascular Medicine* 2nd ed, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
84. **Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE.** Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: An analysis of published data. *British Medical Journal*. 1989; 298: 784–788.

85. **Nowak J, Murray J, Oates JA, Fitzgerald GA.** Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals who smoke cigarettes. *Circulation*. 1987; 76: 6-14.
86. **Benowitz NL** The role of nicotine in smoking related cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 1997; (26): 412-417.
87. **Stefanadis Ch, Tsiamis E, Vlachopoulos Ch et al.** Unfavourable Effect of Smoking on the Elastic Properties of the Human Aorta. *Circulation*, 1997; (95): 31-38.
88. **Stefanadis Ch, Vlachopoulos Ch, Tsiamis E et al.** Unfavourable Effect of passive smoking on aortic function in men. *Annals of internal medicine*, 1998; 128: 426-434.
89. **Sassalos K, Vlachopoulos C, Alexopoulos N, Gialernios T, Aznaouridis K, Stefanadis C.** The acute and chronic effect of cigarette smoking on the elastic properties of the ascending aorta in healthy male subjects. *Hellenic J Cardiol* 2006; 47: 263–268.
90. **Fielding J.** Smoking: Health effects and control. In: Last, J., Wallace, R. *Public health and preventive medicine* (15th ed). Appleton & Lange, 2002; 715-740.
91. **U.S. Department of Health and Human Services.** The health benefits of smoking cessation. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416, 1990.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/previous_sgr.htm
92. **Sofikitis N, Miyagawa I, Dimitriadis D, Zavos P, Sikka S, Hellstrom W.** Effects of smoking on testicular function, semen quality and sperm fertilizing capacity. *The Journal of Urology* 1995; 154: 1030–1034.
93. **Sofikitis N, Takenaka M, Kanakas N, Pappopoulos H, Yamamoto Y, Drakakis P, Miyagawa I.** Effects of cotinine on sperm motility, membrane function, and fertilizing capacity in vitro. *Urological Research*, 2000; 28 (6):370–375.

94. **Centers for Disease Control and Prevention.** Mortality Trends for Selected Smoking-Related Cancers and Breast Cancer—United States, 1950–1990 Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (44): 857, 863–866.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022160.htm>.
95. **American Cancer Society** Cancer Facts and Figures—1996 Atlanta (GA): American Cancer Society, 1996.
96. **Baird DD, Wilcox AJ.** Cigarette smoking associated with delayed conception. The Journal of the American Medical Association 1985; 253: 2979–2983.
97. **Neal MS, Hughes EG, Holloway AC, Foster WG.** Side stream smoking is equally as damaging as mainstream smoking on IVF outcomes. Human Reproduction, 2005; 20 (9): 2531–2535.
98. **Mikkelsen TF, Graff-Iversen S, Sundby J, Bjertness E.** Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. BMC Public Health 2007; 7:149.
99. **U.S. Department of Health and Human Services** Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. CDC, 2001. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm
100. **Royal College of General Practitioners** Further analysis of mortality in oral contraceptive users. Lancet 1981; i: 541-546.
101. **Vessey M, Painter R, Yeates D** Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. Lancet 2003; 362 (9379): 185-191.
102. **Peto R, Lopez AD, Thun M, Heath CJR.** Mortality from tobacco in developed Countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339:1268-1278.
103. **Μπιλάλης Π.** Κάπνισμα και υγεία. Γ΄ έκδοση επαυξημένη. Αθήνα, 1997.

104. **World Health Organization.** The European Health report 2005: public health action for healthier children and population. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2005.
105. **International Agency for Research on Cancer.** Cancer in the European Union in 1990. EUCAN 90 Version 1.1 .International Agency for Research on Cancer Lyon, 1997.
106. **Pitsavos Ch, Panagiotakos D, Chrysohoou Ch, Stefanadis Ch.** Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims. Design and baseline characteristics of the ATTICA study. Biomedcentral Public Health 2003; (3): 32.
107. **Pitsiou G.G, Argyropoulou-Pataka P.** Woman and smoking Pneumon 2007; 20 (1): 27-42.
108. **Luck W, Nau H, Hanesen R, Steldenger R.** Extent of nicotine and cotinine transfer to the human fetus, placenta and amniotic fluid of smoking mothers. Dev Pharmacol Ther 1985; 8: 384–395.
109. **Lambers D, Clark K.** The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. Semin Perinatol 1996; 20: 115–126.
110. **Hill E, Hill J, Power G, Longo L.** Carbon monoxide exchanges between the human fetus and mother: a mathematical model. Am J Physiol 1977; 232: 311–323.
111. **Benowitz N.** Nicotine replacement therapy during pregnancy. JAMA 1991; 266: 3174–3177.
112. **Perry CL, Silvis GL.** Smoking Prevention: Behavioural prescriptions for the pediatrician. Pediatrics 1987; 79: 790-99.
113. **Kramer MS.** Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organisation. 1987; 65: 663-737.
114. **Kleinman J, Pierre MJ, Madans J, Land G, Schramm W.** The effects of maternal smoking on fetal and infantmortality. Am J Epidemiol 1988; 127: 274–282.

115. **Ventura SJ, Martin JA, Taffel SM, Mathews TJ, Clarke SC.** Advance report of final natality statistics, 1993. Monthly Vital Stat Rep 1995; 44 (suppl): 1-88.
116. **Κρεατσάς ΓΚ.** Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, 1998:162, 280.
117. **Χασμάν Αντάλα Χουσεϊν.** Επίδραση του καπνού και του καφέ στην υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Πάτρα. 1990. Δισακτορική Διατριβή.
118. **Bush PG, Mayhew TM, Abramovich DR, et al.** A quantative study on the effects of maternal smoking on placental morphology and cadmium concentration. Placenta 2000; 21: 247-56.
119. **Genbacev O, McMaster MT, Zdravkovic T, Fisher SJ.** Disruption of oxygen-regulated responses underlies pathological changes in the placentas of women who smoke or who are passively exposed to smoke during pregnancy Reproductive Toxicology 2003; 17: 509–518.
120. **Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK.** Surveillance for ectopic pregnancy—United States, 1970–1989. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (SS-6):73–85.
121. **Handler A, Davis F, Ferre C, Yeko T.** The Relationship of Smoking and Ectopic Pregnancy AJP 1989; 79 (9): 1239-1242.
122. **Saraiya M, Berg C, Kendrick J, Strauss L, Atrash H, Ahn Y.** Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 493-498.
123. **Σαλαμαλέκης Ε.** Ειδικά Θέματα Εμβρυομητρικής Ιατρικής. Εκδόσεις Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής. Κλινικής, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό. Αθήνα, 2003: 107

124. **Meyer M, Tonascia J.** Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. *Am J Epidemiol* 1976; 1103:464–476.
125. **Avanth CV, Cnattigious S.** Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: A population –based prospective cohort study in Sweden. *Am J Epidemiol* 2007; 1-7.
126. **Monica G, Lilja C.** Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 341–345.
127. **Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM.** Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: A comparison of risk factor profiles and associated conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 275-281.
128. **Williams M, Mittendorf A, Stubblefield P, et al.** Cigarettes, coffee and preterm premature rupture of the membranes. *Am J Epidemiol* 1992; 135 (8): 895-903.
129. **Hadley C, Main D, Gabbe, S.** Risk factors for preterm premature rupture of the fetal membranes. *Am J Perinatol* 1990; 7: 374–379.
130. **Simpson WJ.** A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73: 4: 808.
131. **Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJF.** Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88: 1086-1090.
132. **United Nations.** Convention of United Nations on the Rights of Child, New York, 1989.
133. **Barker D, Osmond C, Simmonds SJ, Wield GA.** The relation of head size and thinness at birth to death from cardiovascular disease in adult life. *BMJ* 1993; 306: 422-426.
134. **Λαμπρόπουλος Α** Κάπνισμα και κύηση. *Ιατρική*. 1992; 62 (3): 237-241.

135. **Yu S, Park C, Schwalberg R.** Factors associated with smoking cessation among U.S. pregnant women. *Matern Child Health J* 2002; 6: 89–97.
136. **Stein R, Siegel MJ, Bauman LJ.** Are Children of Moderately Low Birth Weight at Increased Risk for Poor Health? A New Look at an Old Question *Pediatrics*. 2006; 118 (1): 217-223.
137. **Fergusson DM, Horwood LJ.** Parental smoking and respiratory illness during early childhood: A six-year longitudinal study. *Pediatr Pulmonol* 1985; 1: 99–106.
138. **Παναγούλιας Δ.** Αρτηριακή Πίεση παιδιών καπνιστριών μητέρων κατά την νεογνική ηλικία και τον πρώτο χρόνο ζωής. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας , Τμήμα Ιατρικής Πάτρας, Πάτρα, 1999. Διδακτορική Διατριβή.
139. **Willinger M, James LS, Catz C.** Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Paediatr Path* 1991; 11: 677-84.
140. **Gavin NI, Wiesen C, Layton C.** Review and Meta-Analysis of the Evidence On The Impact of Smoking on Perinatal Conditions Bull into SAMMECII, Final Report to the national centre for the chronic Disease Prevention and health promotion, Research Triangle Institute (RTI) RTI Project NO 7171-010, Sept 2001.
141. **American Academy of Pediatrics.** Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts; Controversies Regarding the Sleeping Environment; and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics* 2005; 116: 1245-1255.
142. **U.S. Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control

- and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
143. **Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSoeuf PN.** Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060-1064.
 144. **Dezateux C, Stocks J.** Lung development and early origins of childhood respiratory illness. *Brit Med Bul* 1997; 53:40–57.
 145. **Hoo A, Henschen M, Dezateux C, et al.** Respiratory Function Among Preterm Infants Whose Mothers Smoked During Pregnancy. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 1998; 158 (3): 700-705.
 146. **Alati R, Al Mamun A, O’Callaghan M, et al.** In utero and postnatal maternal smoking and asthma in adolescence. *Epidemiology* 2006; 17: 138-44.
 147. **Jaakkola JJ, Kosheleva AA, Katsnelson BA, et al.** Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and respiratory health in Russian children. *Respir Res* 2006; 7: 48.
 148. **Bisgaard H, Dalgaard P, Nyboe J.** Risk factors for wheezing during infancy. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 719-726.
 149. **Xepapadaki P, Manios Y, Liarigkovinos T, et al.** Association of passive exposure of pregnant women to environmental tobacco smoke with asthma symptoms in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20: 423–429.
 150. **Skorge TD, Eagan TM, Eide GE, et al .** The adult incidence of asthma and respiratory symptoms by passive smoking in uterus or in childhood. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005; 172: 61–6.
 151. **Narang I, Rosenthal M, Cremonesini D, Silverman M, Bush A.** Longitudinal Evaluation of Airway Function 21 Years after Preterm Birth. *Am. J. Respir. Crit.Care Med* 2008; 178: 74-80.

152. **Browne CA, Colditz PB, Dunster KR.** Infant autonomic function is altered by maternal smoking during pregnancy. *Early Hum Dev* 2000; 59: 209–218.
153. **Dombrowski SC, Martin RP, Huttunen MO.** Gestational exposure to cigarette smoke imperils the long-term physical and mental health of offspring. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2005; 73: 170–176.
154. **Olds D.** Tobacco exposure and impaired development: A review of the evidence. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 1997; 3: 257–269.
155. **Brennan P, Grekin E, Mednick S.** Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 215–219.
156. **Lambe M, Hultman C, Torrång A, MacCabe J, Cnattingius S.** Maternal Smoking During Pregnancy and School Performance at Age 15. *Epidemiology* 2006; 17; 5: 524–530.
157. **Fergusson D, Lloyd M.** Smoking during pregnancy and its effects on child cognitive ability from the ages of 8 to 12 years. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991; 5: 189 –200.
158. **Baghurst P, Tong S, Woodward A, McMichael A.** Effects of maternal smoking upon neuropsychological development in early childhood: importance of taking account of social and environmental factors. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1992; 6: 403– 415.
159. **Larroque B.** Prenatal exposure to tobacco smoke and cognitive development: epidemiology studies. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* (Paris) 2003; 32: 23–29.
160. **Gillberg C, Wing L.** Autism: not an extremely rare disorder *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 399–406.
161. **Hultman CM, Sparén P, Cnattingius S.** Perinatal Risk Factors for Infantile Autism. *Epidemiology.* 2002; 13 (4) : 417-423.

162. **Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Storgaard L, Toft G, Olsen J, Bonde JP.** Is prenatal exposure to tobacco smoking a cause of pure semen quality? A follow-up study. *Am J Epidemiol* 2007; 165 (12): 13372-9.
163. **Himmelberger DU, Brown BW, Cohen EN.** Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality. *Am. J. Epidemiol* 1978; 108 (6): 470-479.
164. **Little J, Cardy A, Munger RG.** Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2004; 82: 213–218.
165. **Man LX, Chang B.** Maternal Cigarette Smoking during Pregnancy increases the Risk of Having a Child with a Congenital Digital Anomaly. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117 (1): 301-308.
166. **Wisborg K, Henriksen TB, Obel C, Skajaa E, Ostergaard JR.** Smoking during pregnancy and hospitalization of the child. *Pediatrics* 1999; 104 (4): e46.
167. **Beratis NG, Panagoulas D, Varvarigou A.** Increased blood pressure in neonates and infants whose mothers smoked during pregnancy. *J Pediatr* 1996;. 128: 806–812.
168. **Ayer JG, Belousova E, Harmer JA, David C, Marks GB, Celermajer D S.** Maternal cigarette smoking is associated with reduced high-density lipoprotein cholesterol in healthy 8-year-old children *Eur Heart J* 2011; 32 (19): 2446-2453.
169. **Marks JS, Koplan JP, Hogue CJ, et al.** Cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *AJPM* 1990; 6 (5):282-9.
170. **Lightwood JM, Phibbs C, Glantz SA.** Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. *Pediatrics* 1999; 104(6):1312-20.
171. **Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, et al.** Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr* 2010; 169 (6):741-748.

172. **World Health Organization.** WHO European Strategy for smoking Cessation Policy 2004, European Tobacco Control Policy Series No 1. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. <http://www.euro.who.int>
173. **Parahoo K.** Nursing Research, Principles, Process and Issues. New York: Macmillan, Houndmills, 1997.
174. **Albrecht S, Stone CA, Payne L et al.** A preliminary study of the use of peer support in smoking cessation programs for pregnant adolescents, Jour of Am Acad of Nurs Pract 1998; 10: 119-25.
175. **Hajek P, West R, Lee A et al.** Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. Addiction 2001; 96:485-494.
176. **Moore LO, Campbell R, Whelan A et al.** Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. BMJ 2002; 325:1383-6.
177. **Bakker M.** Pregnancy: a window of opportunity to quit smoking!! The development, implementation and evaluation of a minimal intervention strategy for pregnant women and partners Netherlands: Maastricht Health Research Institute for Prevention and Care, 2001. (thesis)
178. **Cinciripini PM, McClure JB, Wetter DW et al.** An evaluation of videotaped vignettes for smoking cessation and relapse prevention during pregnancy: The Very Important Pregnant Smokers (VIPS) Program. Tobacco Control 2000; 9 (Suppl III): 61-63.
179. **Lawrence, T, Aveyard, P, Evans, O et al.** A cluster randomised controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. Tobacco Control 2003;12: 168-177.
180. **Rigotti NA, Park ER, Regan S et al.** Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: A randomized controlled trial. Obstet and Gynecol 2006; 108 (1):83-92.

181. **Strecher VJ.** The Internet: Just another Smoking Cessation Tool? *Addiction* 2008; 103: 485–486.
182. **HINTS.** Health Information National Trends Survey. National Cancer Institute; U. S National Institutes of Health, 2005. <http://hints.cancer.gov>
183. **Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, et al.** Recommended cessation counselling for pregnant woman who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000; 9 (Sup III): 80-84.
184. **Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF.** Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Prog Clin Biol Res* 1990; 339: 11-25.
185. **American College of Obstetricians and Gynaecologists Committee,** Opinion No. 471 Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1241–4.
186. **Prochaska JO, Norcross JK, DiClemente CC.** *Changing for Good.* New York: William Morrow and Company; 1994.
187. **Beck JS.** *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: .The Guilford Press; 1995.
188. **Καλαντζή-Αζίζι Α.** Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση. *Ελληνικά Γράμματα* Αθήνα, 2002.
189. **Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, et al.** Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit, *Am J Public Health* 1993; 83: 201–206.
190. **Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, et al.** A smoking cessation program at a public antenatal clinic. *Am J Public Health* 1997; 87: 1201-4.
191. **Hegaard H, Kjaergaard H, Moller L, et al.** Multimodel intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82: 813-819.
192. **Ferreira-Borges C.** Effectiveness of a brief counseling and behavioral intervention for smoking cessation in pregnant women. *Preventive Medicine* 2005; 41: 295-302.

193. **Lancaster T, Stead L.** Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; Issue 3:CD001118.
194. **Windsor R.** A pregnant woman's guide to quit smoking. 5^{th ed} Society for Public Health Education, Washington; 1985.
195. **Gielen AC, Windsor R, Faden RR., et al.** Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal clinic, Health Education Research 1997; 12 (2): 247-254.
196. **Donatelle RJ, Prows SL, Champeau D, et al.** Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. Tobacco Control 2000; 9 (3): 67-9.
197. **Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB et al.** Nicotine patches for pregnant smokers: A randomized controlled study. Obstetrics and Gynaecology 2000; 96 (6): 967–971.
198. **Windsor R, Woodby L, Crawford M et al.** Effectiveness and cost benefit of the smoking cessation or reduction in pregnancy treatment model in Medicaid maternity care. Am J Public Health 2001; 129 (1): 246–289.
199. **Greaves L, Barr V.** Filtered policy: Women and tobacco in Canada. 2000. www.cwhn.ca/cewhp-pcesf/filtered-policy/summary.html
200. **Thornton L.** Smoking and pregnancy: feasibility and effectiveness of a smoking intervention programme among pregnant women; Dept of Public Health, Dublin; 1997.
201. **Windsor RA, Woodby L, Miller T, et al.** Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. Am J Obstetrics and Gynecology 2000; 182: 68-75.

202. **Hughes E, Lamont D, Beecroft M, et al.** Randomized trial of a "stage-of-change" orientated smoking cessation intervention in infertile and pregnant women, *Fertility and Sterility* 2000; 74 (3): 498-503.
203. **Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T et al.** Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (CohraneReview).The Cochrane Library 2009; 3; John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
204. **Webb DA, Boyd NR, Messina D, et al.** The discrepancy between self reported smoking status and urine cotinine levels among women enrolled in prenatal care at four publicly funded clinical sites. *J Public Health Manag Pract.* 2003; 9:322–325.
205. **Klein J, Blanchette P, Koren G.** Assessing nicotine metabolism in pregnancy--a novel approach using hair analysis. *Forensic Sci Int* 2004; 29:145 :(2-3):191-4.
206. **Acosta M, Buchhalter A, Breland A, et al.** Urine cotinine as an index of smoking status in smokers during 96-hr abstinence: comparison between gas chromatography/mass spectrometry and immunoassay test strips. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 615–620.
207. **Binnie V, McHugh S, Macpherson L, Borland B, Moir K, Malik K.** The validation of self-reported smoking status by analysing cotinine levels in stimulated and unstimulated saliva, serum and urine *Oral Diseases* 2004;10 (5): 287-293.
208. **EPA California.** Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, CA: 2004.
209. **Benowitz NL.** Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiol Rev.* 1996; 18: 188–204.
210. **Dempsey DA, Jacob P III, Benowitz NL.** Accelerated Metabolism of Nicotine and Cotinine in Pregnant Smokers, *J Pharmacol Exp Ther*, 2002; 301 (2): 594-8.
211. **Poppe WA, Peeters R, Daenens P, et al.** Tobacco smoking and the uterine cervix: cotinine in blood, urine and cervical fluid. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 39: 110–114.

212. **Haddow JE, Knight GJ, Palomaki GE, et al.** Second-trimester serum cotinine levels in nonsmokers in relation to birth weight. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 481–484.
213. **Rebagliato M, Bolumar F, Florey Cdu V, et al.** Variations in cotinine levels in smokers during and after pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 568–571.
214. **Nakahara Y.** Hair analysis for abused and therapeutic drugs. *J. Chromatogr. B: Biomed. Appl* 1999; 733: 161–180.
215. **Koren G, Blanchette P, Lubetzky A, et al.** Hair nicotine:cotinine metabolic ratio in pregnant women: a new method to study metabolism in late pregnancy. *Ther Drug Monit* 2008; 30 (2): 246-8.
216. **Dempsey DA, Benowitz NL.** Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy', *Drug Safety* 2001; 24 (4): 277-322.
217. **Petersen R, Garrett JM, Melvin CL, et al.** Hartmann KE Medicaid reimbursement prenatal smoking intervention influences quitting and cessation *Tobacco Control* 2006; 15: 30-34.
218. **Coleman T, Thornton J, Britton J, et al.** Protocol for the Smoking, Nicotine and Pregnancy (SNAP) trial: double-blind, placebo-randomised, controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy, *BioMedCentral Health Services Research* 2007; 7: 2.
219. **Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al.** Nicotine Gum for Pregnant Smokers A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112 (4): 859-867.
220. **Slotkin TA.** Fetal nicotine or cocaine exposure: Which one is worse? *J Pharmacol Exp Ther* 1998; 285: 931–45.
221. **U.S. Preventive Services Task Force.** Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150: 551–5.

222. **Benowitz NL, Dempsey DA.** Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy, *Nicotine Tob Res* 2004; 6 (2): 189-202.
223. **Walsh RA, Lowe JB, Hopkins PJ** Quitting smoking in pregnancy. *The Medical Journal of Australia* 2001; 175: 320-32.
224. **Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al.** Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation, *Arch Intern Med*, 2006;166: 1571–7.
225. **Chantix® (varenicline) tablets:** highlights of prescribing information. New York (NY): Pfizer Labs; 2010. http://media.pfizer.com/files/products/uspi_chantix.pdf. (10/9/10).
226. **Graham H.** Smoking prevalence among women in the European community 1950-1990. *Social Science and Medicine*; 1996; 43: 243-54.
227. **Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, et al.** Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy: a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50 (1): 33–39.
228. **Wergeland E, Strand K, Bjerkedal T.** Smoking in pregnancy: A way to cope with excessive workload. *Scandinavian J Primary Health Care*, 1996; 14 (1): 21–28.
229. **Dunn CL, Pirie PL, Hellerstedt WL.** The advice-giving role of female friends and relatives during pregnancy. *Health Ed Res* 2003; 18: 352-62.
230. **Mohsin M, Forero R, Berthelsen A, et al.** Social influences for smoking in pregnancy in South Western Sydney antenatal clinic attendees, *Gynaecology* 2007; 47: 207-212.
231. **Sandelowski M, Black PB.** The epistemology of expectant parenthood. *Western J Nurs Res* 1994; 16: 601-622.

232. **Fleming AS, Ruble D, Krieger H et al.** Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers *Horm Behav* 1997, 31: 145-158.
233. **Berk B.** Body image and pregnancy: bridging the mind-body connection. *J perinatol* 1993, 13: 300-304.
234. **Cohen RL.** Maladaptation to pregnancy. *Semin Perinatol* 1979; 3: 15-24.
235. **Centers for Disease Control and Prevention.** Women and smoking: a report of the Surgeon General (Executive Summary). *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51, 2002 (No. RR-12).
236. **Eddy DM.** Ranks the tests. *Harvard Health Letter* 1992; 11.
237. **Brennan E, Durkin S, Wakefield M, Dunlop S.** Victorian current and former smokers' quitting activity and the impact of cessation aids, services and anti-smoking campaigns. CBRC Research Paper Series, No. 29. Melbourne: Centre for Behavioural Research in Cancer. The Cancer Council Victoria, 2007.
238. **World Health Organization.** The world partnership to reduce tobacco dependence. Copenhagen. WHO, 2001.
239. **American Nurses Association.** Position Statement: Cessation of Tobacco Use. Indianapolis: American Nurses Association, 1995.
240. **World Health Organization.** The Role of Health Professionals in Tobacco Control. Copenhagen. WHO 2009.
<http://www.paho.org/English/AD/SDE/RA/bookletWNTD05.pdf>
241. **Halcomb KA.** Smoke-free nurses: leading by example. *AAOHN J.* 2005; 53: 209–212.
242. **Sarna L, Bialous SA, Rice VH, Wewers ME.** Promoting tobacco dependence treatment in nursing education. *Drug Alcohol Rev* 2009; 28: 507–516.

243. **Smith, D.R.** Tobacco control and the nursing profession. *Nursing & Health Sciences* 2010; 12: 1–3.
244. **Gebauer C, Kwo CY, Haynes EF, Wewers ME.** A Nurse-Managed Smoking Cessation Intervention during Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1998; 27 (1): 47–53.
245. **Rice VH, Stead LF.** Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; CD001188.
246. **Κυριακίδου Ε.** Κοινοτική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, 1995: 74-79, 30-40, 200.
247. **Τούντας ΓΚ.** Προαγωγή Υγείας στο: Κακλαμάνη Ε, Φραγκούλη–Κουμαντάκη Υ. Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Β΄ Έκδοση, 1994: 18.
248. **Τούντας ΓΚ.** Αγωγή υγείας στο: Κακλαμάνη Ε, Φραγκούλη–Κουμαντάκη Υ. Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Β΄ Έκδοση, 1994: 26-30.
249. **Gaffney K F, Baghi H, Sheehan S E.** Two Decades of Nurse-Led Research on Smoking During Pregnancy and Postpartum: Concept Development to Intervention *Annual Review of Nursing Research* 2009; 27(1): 195-219.
250. **Albrecht SA, Caruthers D, Patrick T, et al.** A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention for pregnant adolescents. *Nurs Res* 2006; Nov-Dec; 55 (6): 402-10.
251. **Bullock L, Everett KD, Mullen PD , Geden E, Longo DR, Madsen R.** Baby BEEP: A Randomized Controlled Trial of Nurses’ Individualized Social Support for Poor Rural Pregnant Smokers *Matern Child Health J* 2009; 13: 395–406.

252. **O'Conner AM, Davies BL, Dulberg CS, Buhler PI, Nadon C, Hastings McBride B, Benzie RJ.** Effectiveness of a pregnancy smoking cessation program. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992; 21: 385-392.
253. **Lowe JB, Balanda KP, Stanton WR, Del Mar C, O'Connor V.** Dissemination of an Efficacious Antenatal Smoking Cessation Program in Public Hospitals in Australia: A Randomized Controlled Trial. *Health Education & Behavior* 2002; 29 (5): 608-619.
254. **McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G.** Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J. Adv. Nurs.* 2001; 35: 769–775.
255. **Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L.** International efforts in tobacco control. *Semin. Oncol. Nurs.* 2003; 19: 301–308.
256. **Lally RM, Chalmers KI, Johnson J et al.** Smoking behavior and patient education practices of oncology nurses in six countries. *Eur. J. Oncol. Nurs* 2008; 12: 372–379.
257. **Sejr HS, Osler M.** Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Prev. Med* 2002; 34: 260–265.
258. **Tzenalis A, Sotiriadou CA** Qualitative Study on the Greek Health Professionals' Role in Smoking Cessation During Pregnancy. *International Journal of Caring Sciences* 2009; 2 (1): 32-42.
259. **Patelarou E, Vardavas CI, Ntzilepi P et al.** Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross- sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece *Tob Induc Dis* 2011; 9 (1): 4.
260. **International Council of Nurses.** Tobacco Control and Smoking Cessation: The Role of the Nurse Geneva:ICN, 2003: 26.
261. **UICC Tobacco Control Fact Sheet No. 18** Enhancing the Nurses' Role in Tobacco Control. http://www.globalink.org/tobacco/fact_sheets/18fact.htm (2/10/11)

262. **Σαχίνη-Καρδάση Α.** Μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Γ' έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις BHΤΑ. 1997: 89,19.
263. **Τριχόπουλος Δ.** Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές, Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιανός, 2002.
264. **Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group.** CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC Medicine 2010; 8:18.
265. **Goldberg DP.** Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, England: NFER-Nelson; 1978.
266. **Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A.** Greek version of General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991, 84 (Suppl 4): 371-378.
267. **Fagerstrom KO.** How to measure nicotine dependence. In Smoking as a cardiovascular risk factor-New strategies for smoking cessation. Edited by: Wilhelmsen L. New York: Hogrefe and Huber Publishers; 1991.
268. **Centers for Disease Control and Prevention.** Surgeons' General Report-Within 20 minutes of quitting. Atlanta, USA; 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/posters/20mins/index.htm
269. **Goldberg DP.** The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Oxford University Press: London. 1972.
270. **Golderberg D, Williams P.** A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson. 1988.
271. **Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J.** Why GHQ threshold varies from one place to another. Psychol Med 1998; 28: 915–921.

272. **World Health Organization.** Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance to ICD-9. Geneva. WHO, 1978.
273. **Etter JF, Duc TV, Perneger TV.** Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction* 1999; 94 (2): 269–81.
274. **Pomerleau CS, Pomerleau OF, Majchrazak MJ, Kloska DD, Mulakati R.** Relationship between nicotine tolerance questionnaire scores and plasma cotinine. *Addictive Behaviors* 1990; 15 (1): 73–80.
275. **Haufroid V, Lison D.** Urinary cotinine as a tobacco-smoke exposure index: a mini review, *International Archives of Occupational and Environmental Health* 1998; 162-168.
276. **Stevens KR., Munoz LR.** Focus on Research Methods Cigarette Smoking: Evidence to Guide Measurement, *Research in Nursing & Health* 2004; 27: 281–292.
277. **Shields PG.** Tobacco Smoking, Harm Reduction, and Biomarkers. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94 (19); 1435–44.
278. **Benowitz NL, Jacob P 3rd.** Metabolism of nicotine to cotinine studied by a dual stable isotope method. *Clin Pharmacol Ther* 1994; 56:483–493.
279. **Wagenknecht LE, Cutter GR, Haley NJ, Sidney S, Manolio TA, Hughes GH, Jacobs DR.** Racial differences in serum cotinine levels among smokers in the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults study. *Am J Public Health* 1990; 80:1053–1056.
280. **Watts RR Langone, JJ, Knight GJ, Lewtas J.** Cotinine analytical workshop report: consideration of analytical methods for determining cotinine in human body fluids as a measure of passive exposure to tobacco smoke. *Environ Health Perspect* 1990; 84: 173–182.

281. **Hagan RL, Ramos JM Jr, Jacob PM 3rd.** Increasing urinary cotinine concentrations at elevated temperatures: the role of conjugated metabolites. *J Pharm Biomed Anal* 1997; 16 (2): 191-7.
282. **Spierto FW, Hannon WH, Kendrick JS, Bernert JT, Pirkle J, Gargiullo P.** Urinary cotinine levels in women enrolled in a smoking cessation study during and after pregnancy *Journal of Smoking-Related Disorders*. 1994; 5 (2): 65-76.
283. **Benowitz NL, Jacob P 3rd, Kozlowski LT, Yu L.** Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *N Engl J Med* 1986; 315: 1310–3.
284. **Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, & Snow MG.** Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin* 1992; 111: 23–41.
285. **Rebagliato M, Bolumar F, Florey Cdu V, et al.** Variations in cotinine levels in smokers during and after pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 568–571.
286. **Selby P, Hackman R, Kapur B, Klein J, Koren G.** Heavily smoking women who cannot quit in pregnancy: evidence of pharmacokinetic predisposition. *TherDrug Monit* 2001; 23: 189–191.
287. **Miller EI, Norriss HK, Rollins DE, Tiffany T, Wilkins DG.** A novel validated procedure for the determination of nicotine, eight nicotine metabolites and two minor tobacco alkaloids in human plasma or urine by solid phase extraction coupled with liquid chromatography-electrospray ionization-tandem mass spectrometry. *J Chromatogr B* 2010; 878: 725-737.
288. **Nakajima M, Fukami T, H Yamanaka E, Higashi H, Sakai R, Yoshida Kwon JT, McLeod HL, Yokoi T:** Comprehensive evaluation of variability in nicotine metabolism and CYP2A6 polymorphic alleles in four ethnic populations. *Clin Pharmacol Ther* 2006; 80 (Suppl 3): 282-297.

289. **World Medical Association.** Declaration of Helsinki. 1964
(<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> 20/10/2009.)
290. **SPSS Inc.** PASW STATISTICS 18.0 Command Syntax Reference. SPSS Inc., Chicago, 2009.
291. **Berg CJ, Park ER, Chang Y, Rigotti NA.** Is concern about post cessation weight gain a barrier to smoking cessation among pregnant women? *Nicotine Tob Res*, 2008; 10 (7):1159–63.
292. **OECD.** OECD Health Data: Health status, OECD Health Statistics (database).(Accessed on 20 June 2012)
293. **Marks JS, Koplan JP, Hogue CJ, Dalmat ME** A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *Am J Prev Med*, 1990; 6 (5):282-9.
294. **Ayadi MF, Adams EK, Melvin CL. et al.** Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings. *Public Health Rep.* 2006; 121:120–6.
295. **Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. et al.** Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.* 2006; 31:62–71.
296. **Lindqvist R, Lendahls L, Tollbom Ö, Åberg H, Håkansson A.** Smoking during pregnancy: comparison of self-reports and cotinine levels in 496 women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2002; 81:240–244.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΓΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΑΣ

Εγώ, η.....(Ονοματεπώνυμο ολογράφως), έχω διαβάσει και κατανοήσει το συνημμένο ενημερωτικό πληροφοριακό σημείωμα και συμφωνώ να λάβω μέρος στην παρούσα έρευνα με θέμα: << Η αποτελεσματικότητα της εντατικής και της ελάχιστης παρέμβασης στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη>>.

Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση και συναινώ για τα ακόλουθα:

1. Θα μου δοθεί αντίγραφο αυτού του υπογεγραμμένου εντύπου έγγραφης πληροφορημένης συναίνεσης καθώς και του αντίστοιχου ενημερωτικού πληροφοριακού σημειώματος.
2. Μου έχει εξηγηθεί το είδος, ο σκοπός και η διάρκεια αυτής της μελέτης και όσα αναμένεται να κάνω.
3. Μου δόθηκε η δυνατότητα να κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη και να λάβω σαφείς απαντήσεις.
4. Γνωρίζω ότι η μελέτη έχει εγκριθεί από την Επιστημονική Επιτροπή του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου <<Ελενα Βενιζέλου>> και ότι έχω το δικαίωμα να αποχωρήσω από την έρευνα χωρίς περαιτέρω εξηγήσεις οποτεδήποτε το θελήσω, χωρίς αυτό να έχει καμία αρνητική επίπτωση στη μελλοντική ιατρική φροντίδα μου.
5. Έχω κατανοήσει ότι όλα τα δεδομένα που πρόκειται να δημοσιευθούν θα είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά και θα παρουσιάζονται μόνο σε αθροιστικούς πίνακες.
6. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να αποκτήσω πρόσβαση στο φάκελο μου και να ζητήσω διόρθωση των προσωπικών δεδομένων μου εάν χρειαστεί.
7. Κατανοώ την ανάγκη και συμφωνώ με την ηλεκτρονική επεξεργασία των δεδομένων που θα ληφθούν κατά τη διάρκεια της μελέτης τα οποία θα είναι ανώνυμα.
8. Γνωρίζω ότι όλα τα στοιχεία που με αφορούν και είναι προσωπικά θα καταστραφούν μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.
9. Γνωρίζω ότι δεν θα μου χορηγηθεί κανένα φάρμακο και δεν θα γίνει καμία παρέμβαση που να έχει επίπτωση στην υγεία την δική μου ή του εμβρύου και ότι το μόνο που θα χρειαστεί να κάνω είναι να συμπληρώσω κάποια ερωτηματολόγια και να καταγραφούν τα αποτελέσματα των μετρήσεων που θα γίνουν.
10. Γνωρίζω ότι θα υπάρξει αυστηρή τήρηση του απορρήτου σε κάθε περίπτωση.

Συναινώ και με ελεύθερη βούληση μου συμμετέχω σε αυτή την έρευνα.

Ημερομηνία / /

Υπογραφή της συναινούςσας

.....

**Υπογραφή του λαμβάνοντος
τη συναίνεση**

.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

A/A

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που ακολουθούν, είτε ολογράφως , είτε βάζοντας X όπου χρειάζεται.

Ημερομηνία: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____ Ηλικία: _____

Εθνικότητα: _____ Εβδομάδες κύησης : _____

1. Οικογενειακή κατάσταση:

Ελεύθερη [] Παντρεμένη [] Διαζευγμένη [] Χήρα []

2. Σπουδές

Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση [] Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση [] Τριτοβάθμια Εκπαίδευση []

3. Επαγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος [] Ιδιωτικός Υπάλληλος [] Ελεύθερος Επαγγελματίας []

Ημιαπασχοληση [] Άνεργη [] Οικιακά []

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4. Ποτέ αρχίσατε να καπνίζετε? _____ 5. Πόσα χρόνια καπνίζετε; _____

6. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη ημερησίως; _____

7. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε τώρα ημερησίως; _____

8. Στο παρελθόν είχατε δοκιμάσει να κόψετε το κάπνισμα;

Ναι [] Όχι [] Αν, ναι, πόσες φορές; _____ Για πόσο χρονικό διάστημα; _____

9. Ο σύζυγος σας καπνίζει; Ναι [] Όχι [] Αν, ναι, Πόσα τσιγάρα καπνίζει ημερησίως; _____ Πόσα περίπου τσιγάρα καπνίζει ο σύζυγος σας στο σπίτι παρουσία σας ; _____

10. Στη δουλεία σας έρχεστε σε επαφή με τον καπνό; Ναι [] Όχι []

11. Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους; Ναι [] Όχι []

12. Είναι η πρώτη σας εγκυμοσύνη ; Ναι [] Όχι [] Εάν όχι, καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη;
Ναι [] Όχι [] Ποιο ήταν το βάρος του προηγούμενου παιδιού; _____

14. Έχετε παθολογικό ή φυσιολογικό Doppler; Παθολογικό [] Φυσιολογικό []

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Εκπνεόμενο CO μητέρας: _____ Βιοχημικός έλεγχος κοτινίνης ούρων μητέρας: _____

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ε.Γ.Υ.-28 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ (GOLDBERG)**

Παρακαλώ να διαβάσετε παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικώς πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1- Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως.
A2-Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
A3- Νιώθεις εξαντλημένη και κακοδιάθετη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
A4- Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
A5-Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
A6- Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
A7- Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
B1- Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B2- Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως

Garyallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991; 84 (4): 371-378

Goldberg DP (1978) *General Health Questionnaire* Windsor: NFER-Nelson England

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:				
B3- Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.
B4-Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B5- Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B6-Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
B7- Αισθάνεσαι διαρκώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
C1- Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως.
C2-Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
C3- Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ Χειρότερα
C4-Είσαι ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου	Περισσότερο ικανοποιημένη από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένη από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένη
C5- Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο χρήσιμος από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμος
C6-Έχεις αισθανθεί ικανή να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανή
C7- Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου ;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ότι συνήθως

Garyallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991; 84 (4): 371-378

Goldberg DP (1978) *General Health Questionnaire* Windsor: NFER-Nelson England

D1-Σκεφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D2-Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D3-Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D4-Σου έχει περάσει από το μυαλό να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει από το μυαλό
D5-Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D6-Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένη και να είχες ξεπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως
D7-Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνήχεια στο μυαλό σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι.

A	B	C	D	ΣΥΝΟΛΟ

Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991; 84 (4): 371-378

Goldberg DP (1978) *General Health Questionnaire* Windsor: NFER-Nelson England

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ Fagerstrom Test

Παρακαλώ σημειώστε x όπου χρειάζεται.

1. Πόσο γρήγορα αφότου ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

Μέσα σε 5 λεπτά	☐	3
Μέσα σε 6-30 λεπτά	☐	2
Μέσα σε 30-60 λεπτά	☐	1
Μετά από μία ώρα	☐	0

2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε, σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα;

Ναι	☐	1
Όχι	☐	0

3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;

Το πρώτο της ημέρας	☐	1
Οποιοδήποτε άλλο	☐	0

4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε ;

10 ή λιγότερα	☐	0
11-20	☐	1
21-30	☐	2
31 ή περισσότερα	☐	3

5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από ότι το απόγευμα;

Ναι	☐	1
Όχι	☐	0

6. Καπνίζετε ακόμα και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

Ναι	☐	1
Όχι	☐	0

ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΝΤΩΝ ☐

ΣΧΟΛΙΑ	
0-3 Καπνιστής λίγο εξαρτημένος	4-5 Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος
6-7 Καπνιστής ισχυρά εξαρτημένος	8-10 Καπνιστής πολύ ισχυρά εξαρτημένος

Fagerstrom KO. How to measure nicotine dependence. In Smoking as a cardiovascular risk factor-New strategies for smoking cessation. Edited by: Wilhelmsen L. New York: Hogrefe and Huber Publishers; 1991.

Ημερομηνία: _____

1. Ονοματεπώνυμο: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΔΙΔΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

2. Καταφέρατε να διακόψετε το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη; Ναι [] Όχι []

2α. Εάν όχι, καταφέρατε να μειώσετε κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και πόσο;

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

3. Βάρος του νεογνού στη γέννα: _____

4. Υπήρξε προωρότητα του τοκετού; _____

4α. Εβδομάδες κύησης μέχρι τον τοκετό: _____

5. Υπήρξε κάποια επιπλοκή κατά την εγκυμοσύνη ή τη γέννα που αφορούσε την μητέρα ή το νεογνό;

5α. Επιπλοκή κατά την εγκυμοσύνη _____

5β. Επιπλοκή κατά τη γέννα που αφορούσε την μητέρα

5γ. Επιπλοκή κατά τη γέννα που αφορούσε το νεογνό

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Εκπνεόμενο CO μητέρας _____

Βιοχημικός έλεγχος κοτινίνης ούρων μητέρας _____

Είσαι ΕΓΚΥΟΣ και συνεχίζεις να καπνίζεις ;

**ΤΩΡΑ ΜΠΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΕΣΥ ΝΑ
ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΤΟ
ΚΑΠΝΙΣΜΑ !**



**ΟΔΗΓΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ & ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρικής Σχολής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α).

ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν. ΑΝΔΡΙΑΝΗ Υποψηφία διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Αθήνα 2008

1. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;

1.1 Ποιες βλάβες προκαλούνται στο έμβρυο από το κάπνισμα και ποιές οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη;.....	3
1.2. Ποια τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στο έμβρυο και τη μητέρα;.....	3
1.3. Ποια τα οφέλη κατά την παιδική ηλικία από τη διακοπή του καπνίσματος των γονέων;.....	4
1.4. Πότε είναι η πιο κατάλληλη στιγμή για να διακόψω το κάπνισμα;.....	5
1.5. Τα μωρά των εγκύων που καπνίζουν συνήθως ζυγίζουν λιγότερο. Άρα δεν είναι πιο εύκολος ο τοκετός για τις μητέρες τους;.....	5
1.6. Θα παχύνω αν διακόψω το κάπνισμα;.....	5
1.7. Μητρικός Θηλασμός και παθητικό κάπνισμα βρέφους.....	5
1.8. Το κάπνισμα και οι επιπτώσεις του στις γυναίκες.....	6

2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΟΥ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

2.1. Σκέψου τώρα μόνη σου για ποιους λόγους θέλεις να διακόψεις το κάπνισμα.....	6
2.2. Σκέψου ποιο τσιγάρο θεωρείς περισσότερο απαραίτητο.....	6
2.3. Άλλαξε τις καθημερινές συνήθειες σου που τις συνδύαζες με το κάπνισμα.....	7
2.4. Απασχόλησε τα χέρια και το στόμα σου.....	7
2.5. Αντιμετώπισε τα συμπτώματα στέρησης από την έλλειψη της νικοτίνης.....	8
2.6. Αντιμετώπισε την καπνιστική συνήθεια των άλλων.....	8
2.7 Ζήτησε τη συμπαράσταση του συντρόφου σου.....	8
2.8. Ζήτησε βοήθεια από το περιβάλλον σου.....	8
2.9. Κάνε τον εαυτό σου να αισθάνεται καλύτερα επιβραβεύοντας τον.....	9
2.10. Σκέψου πόσες μέρες χρειάζεσαι για να προετοιμαστείς.....	9

3.ΤΩΡΑ ΕΙΣΑΙ ΕΤΟΙΜΗ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

3.1. Όρισε ημερομηνία διακοπής.....	10
-------------------------------------	----

4. ΥΠΟΤΡΟΠΗ.....11

Πίνακας 1. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.....	12
Πίνακας 2. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.....	12

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....13

1. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι όταν καπνίζει η μητέρα «καπνίζει» και το έμβρυο καθώς μέσω του πλακούντα μεταφέρονται σε αυτό όχι μόνο το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη¹, αλλά και 4.000 ουσίες-ενώσεις τοξικές, καρκινογόνες και μεταλλαξιογόνες που περιέχονται στο κάθε τσιγάρο.²

1.1 Ποιες βλάβες προκαλούνται στο έμβρυο από το κάπνισμα και ποιές οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη;



Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δυσμενών εκβάσεων στη γέννα συγκριτικά με τις μη καπνίστριες.³ Είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη: αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης **προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης του πλακούντα** και μπορεί να προκαλέσει **έκτοπη κύηση και πρόωρη ρήξη των υμένων του εμβρύου**.⁴

Επίσης το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη συσχετίζεται με **αυξημένα ποσοστά** εμφάνισης: **υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, με πρόωρο τοκετό**³ και με το **σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών**.⁵ Σε ότι αφορά το **σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών** τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη κινδυνεύουν 2-3 φορές περισσότερο από ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν κάπνιζαν.⁶

Επιπλέον μεγαλώνοντας αυτά τα παιδιά τα ακολουθούν διάφορα προβλήματα υγείας από **αναπνευστικά**⁷, συμπεριλαμβανομένου και του άσθματος⁸ έως προβλήματα **συγκέντρωσης**⁹ και **αύξησης της αρτηριακής τους πίεσης** από την πρώτη κιόλας ώρα ζωής τους μέχρι δύο ετών.¹⁰ Επίσης το μειωμένο σωματικό βάρος κατά την γέννηση σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα υγείας κατά τη νεογνική περίοδο με μειωμένη πιθανότητα αντιμετώπισης τους.²

1.2. Ποια τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στο έμβρυο και τη μητέρα ;

Α. Τα οφέλη για το έμβρυο :



- Αύξηση της πρόσληψης οξυγόνου. Ακόμα και την πρώτη μέρα μετά την διακοπή του καπνίσματος το μωρό σας θα αρχίσει να λαμβάνει περισσότερο οξυγόνο, με τον τρόπο αυτό βοηθάτε στην ανάπτυξή του.
- Αύξηση των πιθανοτήτων καλής λειτουργίας και ανάπτυξης των πνευμόνων.
- Μείωση του κινδύνου για πρόωρο τοκετό.
- Αύξηση των πιθανοτήτων να αποκτήσετε ένα υγιές μωρό κανονικού βάρους (βλ.Πίνακα 2. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. σελ. 12)

- Αύξηση των πιθανοτήτων να πάρετε μαζί σας στο σπίτι το μωρό σας φεύγοντας από το νοσοκομείο και να μην παραμείνει για νοσηλεία σε κάποια μονάδα εντατικής θεραπείας.^{11,12} (βλ. εικόνα 1)



Εικ.1. Νεογνό σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Β. Τα οφέλη για την μητέρα:



- Θα έχει περισσότερη ενέργεια και θα αναπνέει καλύτερα (βλ. Πίνακα 1. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος. σελ.12).
- Θα αισθάνεται καλύτερα αφού έκανε αυτό που έπρεπε τόσο για το μωρό της όσο και για την ίδια.
- Δεν θα μυρίζει καπνό ούτε το σπίτι της ούτε η ίδια.
- Θα αποταμιεύσει τα χρήματα που ξόδευε για τσιγάρα προκειμένου να πάρει άλλα πράγματα που πάντα ήθελε.^{11,12}
- Θα αποφύγει μελλοντικά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα όπως: μειωμένη γονιμότητα, πρόωρη εμμηνόπαυση και οστεοπόρωση, καρδιοπάθειες σχετιζόμενες με το χάπι και καρκίνο της μήτρας.¹³ (και όλων όσων αναφέρονται στην παράγραφο 1.8 Το κάπνισμα και οι επιπτώσεις του στις γυναίκες. σελ. 6).

1.3. Ποια τα οφέλη κατά την παιδική ηλικία από τη διακοπή του καπνίσματος των γονέων;



1. Το παιδί θα μεγαλώνει σε ένα **υγιεινό περιβάλλον** που δεν θα το εκθέτει σε παθητικό κάπνισμα και επομένως δεν θα κινδυνεύει από άσθμα και λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού στην τρυφερή αυτή ηλικία λόγω της καπνιστικής συνήθειας των γονέων.¹⁴
2. **Δεν θα αποκτήσει λάθος πρότυπο** το παιδί ως προς το κάπνισμα, θεωρώντας το κάπνισμα αυτονόητο, πιστεύοντας ότι πρόκειται για φυσική και αναμενόμενη συνήθεια των ενηλίκων. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η καπνιστική συνήθεια τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα είναι ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης για το εάν θα καπνίσει το παιδί στο μέλλον.¹⁵ Εάν λάβουμε υπόψη την πρόσφατη έρευνα στη Ελλάδα βάσει της οποίας στο 62 % των νοικοκυριών ένας από τους δύο γονείς καπνίζει, ενώ στο 26 % των νοικοκυριών καπνίζουν και οι δύο γονείς, τότε μπορούμε να συμπεράνουμε πόσο πολύ κινδυνεύουν τα Ελληνόπουλα και πόσο επιτακτική είναι η διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και από τους δύο γονείς εάν είναι δυνατόν με στόχο πάντα την αποφυγή της υποτροπής.¹⁶



1.4. Πότε είναι η πιο κατάλληλη στιγμή για να διακόψω το κάπνισμα;

Όσο πιο νωρίς διακόψετε το κάπνισμα τόσο πιο καλά για το έμβρυο και για εσάς. Αλλά οποτεδήποτε και αν συμβεί αυτό κατά την εγκυμοσύνη είναι προτιμότερο από το να συνεχίζετε να καπνίζετε. Ποτέ δεν είναι αργά να διακόψει κανείς το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.¹¹ Τα μεγαλύτερα οφέλη όμως για το έμβρυο αποκομίζονται όταν η μητέρα διακόψει το κάπνισμα όσο το δυνατόν πιο νωρίς ώστε το έμβρυο να λαμβάνει περισσότερο οξυγόνο.¹



1.5. Τα μωρά των εγκύων που καπνίζουν συνήθως ζυγίζουν λιγότερο. Άρα δεν είναι πιο εύκολος ο τοκετός για τις μητέρες τους;

Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι το αυξημένο βάρος του νεογνού θα δημιουργήσει προβλήματα στον τοκετό και για τον λόγο αυτό ορισμένες έγκυες, καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκειμένου να μην αυξηθεί το βάρος του νεογνού για να έχουν κατά την γνώμη τους πιο εύκολο τοκετό. Όμως αγνοούν ότι δεν είναι πάντοτε εύκολος ο τοκετός ενός ελλιποβαρούς νεογνού και ότι τα νεογνά αυτά αντιμετωπίζουν τόσα πολλά προβλήματα υγείας που πολύ συχνά χρειάζεται να νοσηλευτούν σε μονάδες εντατικής θεραπείας.¹



1.6. Θα παχύνω αν διακόψω το κάπνισμα;

Η αύξηση του βάρους κατά την εγκυμοσύνη είναι φυσιολογική. Ούτως ή άλλως κατά την εγκυμοσύνη θα μετράς το βάρος σου και θα ελέγχεις τη διατροφή σου, άρα μέσα σε αυτό το πλαίσιο μπορείς να ελέγξεις και το κάπνισμα.¹ Αν λοιπόν ανησυχούσες για τα επιπλέον κιλά που μπορεί να έπαιρνες διακόπτοντας το κάπνισμα, τώρα είναι η κατάλληλη στιγμή να διακόψεις το κάπνισμα, καθώς το βάρος που θα πάρεις δεν είναι τόσο φοβερό όσο οι κίνδυνοι από την συνέχιση του καπνίσματος.¹¹ Εξάλλου, αν προσέχεις την διατροφή σου και δεν τρως γλυκά και τροφές τύπου fast food το βάρος που θα πάρεις θα είναι ελάχιστο.¹



1.7. Μητρικός Θηλασμός και παθητικό κάπνισμα βρέφους.

Η αξία του μητρικού θηλασμού είναι αναντικατάστατη, για τον λόγο αυτό έχει επανέλθει σε όλες τις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, ωστόσο ένα θέμα που προβληματίζει είναι το παθητικό κάπνισμα του μωρού που θηλάζει. Καθώς μικρές ποσότητες νικοτίνης εισέρχονται στο μητρικό γάλα που προσλαμβάνει το βρέφος.¹⁷

Ενώ οι μητέρες που καπνίζουν συνηθίζουν να απογαλακτίζουν τα νεογνά τους νωρίτερα. Ο πρόωρος αυτός απογαλακτισμός συσχετίζεται με διαφορές στη μητρική συμπεριφορά και στη συμπεριφορά των νεογνών, ενώ πιθανολογείται ότι το κάπνισμα οφείλεται για τον πρόωρο απογαλακτισμό λόγω της μειωμένης ποσότητας γάλακτος.¹⁸

1.8. Το κάπνισμα και οι επιπτώσεις του στις γυναίκες.

Εκτός από τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο και στην έκβαση του τοκετού, το κάπνισμα έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην δική σου υγεία. Θεωρείται πλέον ότι οι καπνίστριες κινδυνεύουν όχι μόνο από τις ίδιες ασθένειες με τους άνδρες καπνιστές όπως χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, καρδιοπάθειες και καρκίνο του πνεύμονα,¹⁹ αλλά και από μείωση της γονιμότητας τους ²⁰ και απο πρόωρη εμμηνόπαυση, η οποία είναι δυνατόν να αποφευχθεί αν γίνει διακοπή του καπνίσματος κάποια χρόνια νωρίτερα.²¹

Επίσης οι καπνίστριες κινδυνεύουν από μείωση της οστικής πυκνότητας των οστών μετά την εμμηνόπαυση με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταγμάτων σε σχέση με τις μη καπνίστριες και αυξημένα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και άλλων καρκίνων συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του λάρυγγα, του φάρυγγα, του παγκρέατος, του οισοφάγου, των νεφρών και της ουροδόχου κύστεως.²²

2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΟΥ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

2.1. Σκέψου τώρα μόνη σου για ποιους λόγους θέλεις να διακόψεις το κάπνισμα και σημείωσε τους, ώστε να τους θυμάσαι όταν θα είσαι έτοιμη (πχ. για να μην γεννηθεί το παιδί μου πρόωρα).²³

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2.2. Σκέψου ποια τσιγάρα θεωρείς περισσότερο απαραίτητα και με ποιες συνήθειες συνδέονται (πχ. μετά το φαγητό, όταν νευριάζω), αυτό θα σε βοηθήσει όταν θα είσαι έτοιμη να διακόψεις το κάπνισμα, ώστε να κάνεις κάτι άλλο εκείνες τις στιγμές.¹¹

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

2.3. Αλλάξε τις καθημερινές συνήθειες σου που τις συνδύαζες με το κάπνισμα.

Εναλλακτικές προτάσεις αντικατάστασης καπνίσματος:

1. Εάν συνήθιζες να καπνίζεις μετά το φαγητό, προσπάθησε να σηκώνεσαι αμέσως από το τραπέζι, να πηγαίνεις σε άλλο δωμάτιο ή να κάνεις μια βόλτα.
2. Εάν συνήθιζες να καπνίζεις με τον καφέ προσπάθησε να πίνεις άλλα ροφήματα (σοκολάτα, τσάι).
3. Εάν συνήθιζες να καπνίζεις βλέποντας τηλεόραση προσπάθησε να κάνεις κάτι άλλο με τα χέρια (βλ.παρ.2.4.), και το στόμα (μάσησε μια τσίχλα, φάε μια καραμέλα ή ένα καρότο).
4. Εάν συνήθιζες να καπνίζεις όταν ήθελες να χαλαρώσεις ή να κάνεις ένα διάλλειμα προσπάθησε να κάνεις ένα χαλαρωτικό αφρόλουτρο, να κάνεις ένα περίπατο στη φύση, να περιποιηθείς τον εαυτό σου, να κουβεντιάσεις με φίλους, να διαβάσεις ένα βιβλίο, να ακούσεις απαλή μουσική,¹¹ να πάρεις βαθιές αναπνοές (αργή εισπνοή από τη μύτη και αργή εκπνοή από το στόμα).²⁴

Διάλεξε ποιες από τις παραπάνω εναλλακτικές προτάσεις αντικατάστασης καπνίσματος σε αντιπροσωπεύουν περισσότερο και σημείωσε τις.

Αντί να καπνίζω όταν..... Θα:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

2.4. Απασχόλησε τα χέρια και το στόμα σου

Στην προσπάθεια σου να διακόψεις το κάπνισμα θα νιώσεις πιθανόν την ανάγκη, λόγω της συνήθειας του καπνίσματος και από νευρικότητα, να απασχολήσεις τα χέρια και το στόμα σου. Η μπορεί να νιώσεις έντονη επιθυμία για 5-6 λεπτά να καπνίσεις λόγω της εξάρτησης από την νικοτίνη και σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να απασχολήσεις τα χέρια σου προκειμένου να μην ανάψεις τσιγάρο.

Εναλλακτικές προτάσεις :

1. Όταν θελήσεις να απασχολήσεις τα χέρια σου: κράτα ένα στυλό, ζωγράφισε, κράτησε ένα λαστιχένιο μπαλάκι, κάνε μασάζ στα χέρια σου, διακόσμησε το παιδικό δωμάτιο, μάθε πλέξιμο ή κέντημα.
2. Όταν θελήσεις να απασχολήσεις το στόμα σου: μάσησε μια τσίχλα, φάε κάποιο φρούτο, πιες νερό ή χυμό, φάε μια καραμέλα ή ένα καρότο, χρησιμοποίησε μια οδοντογλυφίδα.¹¹

Αντί να κρατάω και να βάζω στο στόμα μου ένα τσιγάρο ... Θα:

- _____
- _____
- _____

2.5. Αντιμετώπισε τα συμπτώματα στέρησης από την έλλειψη της νικοτίνης:

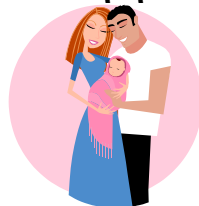
Το στερητικό σύνδρομο από νικοτίνη αρχίζει τις πρώτες 24 ώρες μετά την διακοπή και σταδιακά μειώνεται σε ένταση μετά από μερικές μέρες έως κάποιες εβδομάδες. *Τα συμπτώματα είναι:* πονοκέφαλος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, άγχος, αύξηση της όρεξης.²⁵ Αντιμετώπισε αυτά τα συμπτώματα προσπαθώντας να ηρεμίσεις παίρνοντας αργά βαθιές αναπνοές και ακούγοντας απαλή μουσική. Καταπολέμησε την πείνα πίνοντας αρκετό νερό και τρώγοντας αρκετά φρούτα και λαχανικά.²



2.6. Αντιμετώπισε την καπνιστική συνήθεια των άλλων

1. Ζήτησε από όσους καπνίζουν γύρω σου να μην καπνίζουν γιατί είσαι έγκυος.
2. Ζήτησε από τους φίλους και τους συγγενείς σου να μην καπνίζουν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο.¹²
3. Όταν βγαίνεις έξω να κάθεσαι σε χώρο για τους μη καπνίζοντες.¹¹

2.7. Ζήτησε την συμπαράσταση του συντρόφου σου



1. Συζήτησε το θέμα με τον σύντροφό σου είτε είναι καπνιστής, είτε δεν είναι προκειμένου να συνεργαστεί και να στηρίξει με τη συμπεριφορά του την απόφασή σου.
2. Διαβάστε μαζί τον οδηγό αυτό για την διακοπή του καπνίσματος έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει και αυτός το μέγεθος του προβλήματος και πώς μπορεί να βοηθήσει. Η καπνιστική συμπεριφορά του συντρόφου συμβάλει καθοριστικά στο αν η έγκυος θα διακόψει τελικά το κάπνισμα.
3. Εάν είστε και οι δύο καπνιστές και είναι δυνατόν θα πρέπει να διακόψετε και οι δύο το κάπνισμα, αναλογιζόμενοι όχι μόνο τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία σας, αλλά και τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία των παιδιών σας. Η ταυτόχρονη διακοπή του καπνίσματος θα βοηθήσει και τους δύο, καθώς η συμπαράσταση του συντρόφου θα είναι έμπρακτη.²⁶

2.8. Ζήτησε βοήθεια από το περιβάλλον σου

HELP ME!!!

- Ανακοίνωσε την απόφασή σου στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σου, ώστε να σεβαστούν την απόφασή σου και να μην καπνίζουν μπροστά σου. Αλλά και για να αισθάνεσαι δέσμευση απέναντι στην απόφασή σου ώστε να μην υποκύψεις σε κάποια στιγμή αδυναμίας.
- Ζήτησε τους να σε επιβραβεύουν για την προσπάθειά σου και να είναι υπομονετικοί μαζί σου.
- Είναι πολύ σημαντικό να ζητήσεις τη συμπαράσταση κάποιου γνωστού σου που είτε κατάφερε να διακόψει το κάπνισμα είτε δεν έχει καπνίσει ποτέ. Θα ήταν καλό να μιλάτε τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για αυτό το θέμα ή όταν αντιμετωπίζεις κάποια δυσκολία.^{11,24}

2.9. Κάνε τον εαυτό σου να αισθάνεται καλύτερα επιβραβεύοντας τον.



Αγόρασε ένα κουμπαρά και ονόμασε τον κουμπαρά επιβράβευσης. Υπολόγισε τα χρήματα που θα συγκεντρώσεις σε ένα μήνα πολλαπλασιάζοντας τα χρήματα που έδινες την μέρα για τσιγάρα επί 30 μέρες. Αν αυτό το ποσό δεν σου φαίνεται αρκετό για επιβράβευση πολλαπλασίασε το επί 12 μήνες για να βρεις το ποσό που θα έχεις αποταμιεύσει σε ένα χρόνο. Με τα χρήματα αυτά που θα έδινες για τσιγάρα στο τέλος του χρόνου μπορείς είτε να κάνεις στον εαυτό σου ένα ακριβότερο δώρο που αλλιώς δεν θα μπορούσες πχ. να πας ένα ταξίδι, είτε να κάνεις απλά καθημερινά πράγματα που σου φτιάχνουν τη διάθεση, όπως να πας για ψώνια, να πας στο κομμωτήριο, να σου κάνουν μασάζ, να αγοράσεις τα αγαπημένα σου λουλούδια, να επισκεφτείς μια φίλη, να φας ένα παγωτό, να πας κινηματογράφο κτλ. Ο, τι και να επιλέξεις το αξίζει.²⁴



Κάνε την δική σου λίστα επιβράβευσης

- _____
- _____
- _____

2.10. Σκέψου πόσες μέρες χρειάζεσαι για να προετοιμαστείς σύμφωνα με τις οδηγίες και δώσε στον εαυτό σου το ανάλογο περιθώριο, όχι περισσότερο από μία εβδομάδα. Σε αυτό το χρονικό διάστημα άρχισε να μειώνεις σταδιακά τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζες και να μεγαλώνεις κατά μισή ώρα τα διαστήματα κατά τα οποία κάπνιζες.

3. ΤΩΡΑ ΕΙΣΑΙ ΕΤΟΙΜΗ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

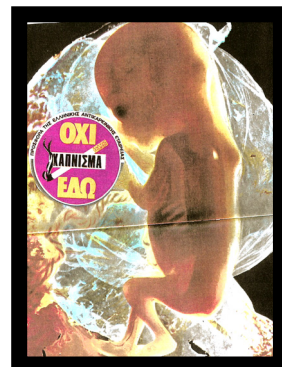
Η υγεία του παιδιού σου και η δική σου εξαρτώνται από σένα. Σκέψου και αποφάσισε υπεύθυνα.

Η απόφαση είναι δική σου !

ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΘΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΕΙΣ !! ΜΠΟΡΕΙΣ.

Η αγάπη σου για το παιδί σου και η θέληση σου να είσαι υγιής στο μέλλον είναι πιο δυνατές από μια συνήθεια που έγινε εξάρτηση.

Σκέψου: Μπορώ να διακόψω το κάπνισμα και θα το διακόψω.



3.1. Όρισε ημερομηνία διακοπής:

Θα διακόψω το κάπνισμα στις ____ / ____ / ____

Την **προηγούμενη μέρα** από αυτή που αποφάσισες να διακόψεις το κάπνισμα να πετάξεις τα τσιγάρα και τον αναπτήρα και να ξαναδιαβάσεις τον οδηγό **υπενθυμίζοντας στον εαυτό σου τα εξής:**

1. Για ποιους λόγους θέλεις να διακόψεις το κάπνισμα.
2. Πώς θα αλλάξεις τις καθημερινές συνήθειες σου που τις συνδύαζες με το κάπνισμα.
3. Πως θα απασχολήσεις τα χέρια και το στόμα σου.
4. Πως θα αντιμετωπίσεις τα συμπτώματα στέρησης από την έλλειψη της νικοτίνης.
5. Πως θα αντιμετωπίσεις την καπνιστική συνήθεια των άλλων.
6. Να ζητήσεις βοήθεια από το περιβάλλον σου και να βρείς κάποιον δικό σου πρώην καπνιστή ή μη καπνιστή που θα σε στηρίζει σε αυτή σου την προσπάθεια.
7. Να κάνεις τον εαυτό σου να αισθάνεται καλύτερα επιβραβεύοντας τον.



Κάνε κάτι πολύ ευχάριστο τη μέρα αυτή!

Φρόντισε να είσαι χαλαρή αυτή τη μέρα, να πίνεις αρκετό νερό, να τρως φρούτα και λαχανικά. Να μην πεις καφέ και ότι περιέχει καφεΐνη (πχ. αναψυκτικά τύπου cola) και να μην επισκεφτείς μέρη ή ανθρώπους που καπνίζουν.²⁴ Μια καλή ιδέα είναι να πας θέατρο ή σινεμά, όπου απαγορεύεται το κάπνισμα.

4. ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Ακόμα και αν τυχόν μετά από αυτή σου την απόφαση υποκύψεις στον πειρασμό και καπνίσεις, μην απογοητευτείς, δεν απέτυχες, έχεις ήδη κάνει μεγάλη προσπάθεια και δεν θα την εγκαταλείψεις. Εξάλλου πολλοί από εκείνους οι οποίοι επιτυχώς έχουν διακόψει το κάπνισμα απέτυχαν στην πρώτη τους προσπάθεια και όμως περιγράφουν αυτές τις «αποτυχίες» τους ως αξιόλογες εκπαιδευτικές εμπειρίες οι οποίες τους βοήθησαν να επιτύχουν στην επόμενη τους προσπάθεια.²⁷

Για αυτό, πρώτα από όλα πέταξε τα τσιγάρα, κάθισε και σκέψου ότι κατάφερες ήδη να διακόψεις το κάπνισμα έστω και λίγο, άρα αν συνεχίσεις την προσπάθεια σου θα τα καταφέρεις.

Πάρε τηλέφωνο τον συμπαραστάτη μη καπνιστή στην προσπάθειά σου να διακόψεις το κάπνισμα και συζήτησε το μαζί του προκειμένου να σε βοηθήσει. Έπειτα ξαναδιάβασε τον οδηγό και επανέλαβε όποια οδηγία νομίζεις ότι σε βοηθά περισσότερο. ***Τέλος συνέχισε την προσπάθειά σου ακάθεκτη σαν να μην κάπνισες.***²⁴

ΚΑΛΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ !!!

Μέσα σε 20 λεπτά αφότου διακόψεις το κάπνισμα.....

Μέσα σε 20 λεπτά αφότου διακόψεις το κάπνισμα ξεκινά μια σειρά από αλλαγές στο σώμα σου οι οποίες συνεχίζονται για χρόνια.

20 λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Οι σφυγμοί σου μειώνονται και επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

12 ώρες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

2 εβδομάδες με 3 μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και αρχίζει να βελτιώνεται η λειτουργία των πνευμόνων.

1 - 9 μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Ο βήχας και η δύσπνοια αρχίζουν να μειώνονται.

1 χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος....

Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μειώνεται στο μισό σε σχέση με αυτόν που έχει ένας καπνιστής.

5 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος....

Έπειτα από 5-15 χρόνια διακοπής του καπνίσματος ο κίνδυνος εγκεφαλικού είναι ίδιος με αυτόν των μη καπνιστών.

10 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι η μισή από αυτή που έχει ένας καπνιστής. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών και του καρκίνου του παγκρέατος μειώνεται.

15 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος....

Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι ίδιος με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος που δεν κάπνισε ποτέ.

[http:// www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/posters/20mins.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/posters/20mins.htm)

Πίνακας 1. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.

Σχεδόν άμεσα είναι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη όσον αφορά στο βάρος γέννησης του νεογνού, αφού, *αν οι έγκυες που καπνίζουν διακόψουν το κάπνισμα τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, τότε τα νεογνά θα έχουν παρόμοιο βάρος με εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν κάπνισαν ποτέ.*²⁸ Όμως η μείωση του αριθμού των τσιγάρων, αντί της πλήρους διακοπής του καπνίσματος, δεν παρουσιάζει καμία αύξηση στο βάρος γέννησης του νεογνού.²⁹

Πίνακας 2. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Expectants Mothers Guide, Smoking and Pregnancy, 2006
<http://www.expectantsmothersguide.com/library/EUSmoking.htm>
(13/5/2006).
2. Μπιλαλης Π.Γ. Κάπνισμα και υγεία, γ' έκδοση . Αθήνα, 1997.
3. Lumley J; Oliver SS; Chamberlain C; Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (CohraneReview).The Cochrane Libray 2005, 4. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
4. Castles A, Adams K, Melvin CL, Kelsch C. Effects of smoking during Pregnancy: five meta-analyses. American Journal of Preventive Medicine 1999; 16 (3): 208-215.
5. DiFranza JF, Lew RA. Effect of cigarette smoking on pregnancy complication and sudden infant death syndrome. Family Practice, 1995; 40: 1-10.
6. Gavin NI, Wiesen C, Layton C. Review and Meta-Analysis of the Evidence On The Impact of Smoking on Perinatal Conditions Bull into SAMMECII, Final Report to the national centre for the chronic Disease Prevention and health promotion 2001, Research Triangle Institute (RTI) RTI Project NO 7171-010.
7. Fergusson D.M, Horwood L.J. Parental smoking and respiratory illness during early childhood: A six-year longitudinal study. Pediatric Pulmonology, 1985; 1: 99–106.
8. McBride C, Emmons K, Lipkus I. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. Health Education Research 2003; 18 (2): 156–170.
9. Olds D. Tobacco exposure and impaired development: A review of the evidence. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 1997; (3): 257–269.
10. Παναγούλιας Δ. Αρτηριακή Πίεση παιδιών καπνιστριών μητέρων κατά την νεογνική ηλικία και τον πρώτο χρόνο ζωής. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας , Τμήμα Ιατρικής Πάτρας 1999, Διδακτορική Διατριβή.
11. Weinfeld C .Need help putting out that cigarette? Smoke –free families, The University of North Carolina 2001 www.smokefreefamilies.org
12. Help For Pregnant Smokers. Support and Advice from Your Prenatal Care Provider Public health Service (Consumer Tear Sheet) U.S.A. 2002
<http://surgeongeneral.gov/tobacco/prenatal.htm>
13. Arborelius E Brandell Eklund A. Εγκυμοσύνη χωρίς καπνό –Ένας οδηγός για τις μαιέες μετάφραση στα Ελληνικά Γεωργούλη-Πρωτανοταρίου Μ, Πιλάλη Μ. Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, 2000.
14. Chan-Yeung M, Dimich-Ward H. Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Respirology 2003; 8: 131–139.

15. Otten R, Engels R, Van de Ven M, Bricker J. Parental smoking and adolescent smoking stages: The role of parents' current and former smoking, and family structure *Journal of Behavioral Medicine* 2007; 30: 143–54.
16. Vardavas C, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Niaounaki D, Linardakis M, Kafatos A. Smoking habits of Greek preschool children's parents. *BioMedCentral Public Health* 2007; 7: 112.
17. Παπαγγεωρίου-Θεοδορίδου Μ. Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα. *Ιατρική* 1988; 54 (παράρτημα): 48-50.
18. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics* 1992; 90: 934.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults- United States 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005; 54 (44): 1121–1124.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5444a2.htm>.
20. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 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, 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm
21. Mikkelsen T F, Graff-Iversen S, Sundby J, Bjertness E. Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7:149.
22. U.S Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General 2001. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public health Service, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm
23. Help for pregnant smokers. Support and advice from your prenatal care provider. Consumer tear sheet, Public Health service U.S, 2002.
[http://www. Surgeongeneral.gov/tocacco/prenatal.htm](http://www.Surgeongeneral.gov/tocacco/prenatal.htm)
24. Windsor R. A pregnant woman's guide to quite smoking. 5th ed. Washington. Society for Public Health Education. U.S.A, 2005.
25. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
26. Ευρωπαϊκή δράση για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη. Συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, 2000. http://www.bips.uni-bremende/euro-scip/guide_gr.pdf

27. Knollmueller R. Stanhope R. Public Community Health Nurses Consultant, Mosby Year Book. Ink, 1997.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (33): 645–649. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021441.htm>.
29. US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/previous_sgr.htm

ΤΩΡΑ ΜΠΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΕΣΥ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ



Ποιες βλάβες προκαλούνται στο έμβρυο από το κάπνισμα και ποιές οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη;

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δυσμενών εκβάσεων στον τοκετό συγκριτικά με τις μη καπνίστριες.¹ Είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη: αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης του πλακούντα και μπορεί να προκαλέσει έκτοπη κύηση και πρόωρη ρήξη των υμένων του εμβρύου.²

Επίσης, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης: υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, με πρόωρο τοκετό¹ και με το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών.³ Σε ότι αφορά το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά

την εγκυμοσύνη κινδυνεύουν 2-3 φορές περισσότερο από ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν⁴

Η υγεία του παιδιού σου και η δική σου εξαρτώνται από σένα. Σκέψου και αποφάσισε υπεύθυνα.

Σχεδόν άμεσα είναι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη όσον αφορά το βάρος γέννησης του νεογνού, αφού, αν οι έγκυες που καπνίζουν διακόψουν το κάπνισμα τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, τότε τα νεογνά θα έχουν παρόμοιο βάρος με εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν ποτέ.⁵ Όμως η μείωση του αριθμού των τσιγάρων, αντί της πλήρους διακοπής των καπνισμάτων, δεν παρουσιάζει καμία αύξηση στο βάρος γέννησης του νεογνού.⁶

Η απόφαση είναι δική σου !

ΑΠΟΦΑΣΙΣΕ ΣΩΣΤΑ ΚΑΙ ΘΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΕΙΣ !! ΜΠΟΡΕΙΣ.

Η αγάπη σου για το παιδί σου και η θέληση σου να είσαι υγιής στο μέλλον είναι πιο δυνατές από μια συνήθεια που έγινε εξάρτηση.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ !

Σκέψου: Μπορώ να διακόψω το κάπνισμά και θα το διακόψω.

3.1. Όρισε ημερομηνία διακοπής:

Θα διακόψω το κάπνισμα στις / /

Ακόμα και αν τυχόν μετά από αυτή σου την απόφαση υποκύψεις στον πειρασμό και καπνίσεις, μην απογοητευτείς, δεν απέτυγχες, έχεις ήδη κάνει μεγάλη προσπάθεια και δεν θα την εγκαταλείψεις.

Για αυτό, πρώτα από όλα πέταξε τα τσιγάρα, κάθισε και σκέψου ότι κατάφερες ήδη να διακόψεις το κάπνισμα έστω και λίγο, άρα αν συνεχίσεις την προσπάθεια σου θα τα καταφέρεις.

ΚΑΛΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lumley J; Oliver SS; Chamberlain C; Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (CochraneReview). The Cochrane Library 2005, 4. John Wiley & Sons Ltd, Chichester UK.
2. Castles A, Adams K, Melvin CL, Kelsch C. Effects of smoking during Pregnancy: five meta-analyses American Journal of Preventive Medicine 1999, 16 (3):208-215.
3. DiFranza JF, Lew RA. Effect of cigarette smoking on pregnancy complication and sudden infant death syndrome Family Practice 1995, 40:1-10.
4. Gavin NI, Wiesen C, Layton C. Review and Meta-Analysis of the Evidence On The Impact of Smoking on Perinatal Conditions Bull into SAMMECII, Final Report to the national centre for the chronic Disease Prevention and health promotion 2001, Research Triangle Institute (RTI) Project NO 7171-010.
5. Centers for Disease Control and Prevention (1990) Cigarette Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (33): 645-649 Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021441.htm>.
6. US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/previous_sgr.htm

Μέσω σε 20 λεπτά αφότου διακόψεις το κάπνισμα....

Μέσα σε 20 λεπτά αφότου διακόψεις το κάπνισμα ξεκινά μια σειρά από αλλαγές στο σώμα σου οι οποίες συνεχίζονται για χρόνια.

20 λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Οι σφρημοί σου μειώνονται και επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

12 ώρες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

2 εβδομάδες με 3 μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και αρχίζει να βελτιώνεται η λειτουργία των πνευμόνων.

1 - 9 μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Ο βήχας και η δύσπνοια αρχίζουν να μειώνονται.

1 χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μειώνεται στο μισό σε σχέση με αυτόν που έχει ένας καπνιστής.

5 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Έπειτα από 5-15 χρόνια διακοπής του καπνίσματος ο κίνδυνος εγκεφαλικού είναι ίδιος με αυτόν των μη καπνιστών.

10 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι η μισή από αυτή που έχει ένας καπνιστής. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως των νεφρών και του καρκίνου του παγκρέατος μειώνεται.

15 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος...

Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι ίδιος με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος που δεν κάπνισσε ποτέ.

http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sg/sgf/2004/posters/20mins.htm

ΕΙΣΑΙ ΕΓΚΥΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙΣ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ ;

