

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΘΕΜΑ

**ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΣΑΛΑΤΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΜΠΑΚΛΑΒΑ**

**ΠΑΤΡΑ
2004**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	5
1. Κάπνισμα	7
1.1. Ιστορική εξέλιξη του καπνίσματος	8
1.2. Το κάπνισμα ως συνήθεια και εξάρτηση	9
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία	9
1.4. Οι νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος	11
2. Ανατομία του γενετικού συστήματος	14
2.1. Ανατομία και φυσιολογία πλακούντα	15
3. Κάπνισμα και κύηση	18
3.1. Παράθεση γενικών στοιχείων	18
3.2. Επίδραση των συστατικών του καπνού στην κύηση	19
3.3. Συναισθήματα των εγκύων καπνιστριών	21
3.4. Τάσεις στην καπνιστική συμπεριφορά των εγκύων γυναικών	21
4. Επιδράσεις του καπνίσματος στην γυναίκα	24
4.1. Υπογονιμότητα	25
4.1.1. Επιδράσεις του καπνίσματος στη λειτουργικότητα των σαλίγγων	25
4.1.2. Επίδραση στα ωοκύτταρα και στην ποιότητα του εμβρύου	26
4.1.3. Επίδραση στον εμμηνορρυσιακό κύκλο	27
4.2. Επίδραση του καπνίσματος στην εξωσωματική γονιμοποίηση	28
4.3. Έκτοπη κύηση	29
4.4. Επίδραση του καπνίσματος στον πλακούντα	30
4.4.1. Μεταβολές στη δομή του πλακούντα	30
4.4.2. Προδρομικός πλακούντας	31
4.4.3. Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα	32
5. Επιδράσεις του καπνίσματος της εγκύου στο έμβρυο	33
5.1. Αυτόματη έκτρωση	34
5.2. Εμβρυϊκή υποξία	34

5.3.	Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου	35
5.4.	Επίδραση του καπνίσματος στην ανάπτυξη του αναπνευστικού Συστήματος	36 37
5.5.	Περιγεννητική θνησιμότητα	
6.	Επιδράσεις του καπνίσματος της εγκύου στο νεογνό	39
6.1.	Προωρότητα	40
6.2.	Χαμηλό βάρος γέννησης	41
6.3.	Σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου	42
6.4.	Σύνδρομο εμβρύου καπνίσματος	43
6.5.	Συγγενείς διαμαρτίες	43
6.6.	Υπέρταση	44
6.7.	Αύξηση του θυρεοειδούς αδένου	45
6.8.	Στραβισμός	45
6.9.	Γαλουχία	46
7.	Επιδράσεις του καπνίσματος της εγκύου στο παιδί	48
7.1.	Διανοητική ανάπτυξη	49
7.2.	Παιδικός καρκίνος	49
7.3.	Μηνιγγίτιδα	50
7.4.	Αναπνευστική λειτουργία	51
8.	Παθητικό κάπνισμα και κύηση	53
9.	Νοσηλευτική παρέμβαση	56
9.1.	Πρόληψη-Αντιμετώπιση του καπνίσματος της εγκύου	57
9.2.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στον αγώνα κατά του καπνίσματος	58
9.3.	Συμβουλευτικό πρόγραμμα : «Συνεντεύξεις κινήτρων»	59
9.4.	Συμβουλευτικό πρόγραμμα : «Τα 4 βήματα»	62
9.5.	Συμβουλευτικό πρόγραμμα : «Minimal Intervention Strategy for Midwives, V-MIS»	70
9.6.	Πρόληψη της αναμενόμενης υποτροπής μετά τον τοκετό	72
9.7.	Τελικές παρατηρήσεις-συμπεράσματα	73
	Επίλογος	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα αποτελεί μια σοβαρή έξη/συνήθεια των σύγχρονων κοινωνιών, κυρίως των δυτικών, που έχει ευρύτερες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Ιδιαίτερα, στην περίοδο της κύησης, οι δυσμενείς επιδράει από το κάπνισμα λειτουργούν πολλαπλασιαστικά, αφού αφορούν και στην αναπτυξιακή πορεία του εμβρύου. Είναι χαρακτηριστικό ότι το κάπνισμα ευθύνεται για ποικίλες επιπλοκές στην υγεία της εγκύου και του εμβρύου με μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες. Μάλιστα, το κάπνισμα της μητέρας στη φάση της κυοφορίας μπορεί να καταστήσει το νέο άνθρωπο που θα γεννηθεί επιρρεπή στην επιβλαβή αυτή συνήθεια. Από την άλλη πλευρά, το κάπνισμα θεωρείται ως μια από τις αιτίες, τις οποίες ανάγεται η υπογονιμότητα και η στειρότητα της γυναίκας.

Ωστόσο, ο εθισμός, ιδίως ο μακροχρόνιος, της νεαρής μητέρας στην καπνιστική συνήθεια, που συνυφαίνεται με τις καταναλωτικές συνήθειες της εποχής αποβαίνει ανασταλτικός παράγοντας για την ολοκληρωτική διακοπή του τσιγάρου. Βεβαία έχουν καταγραφεί μερικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες η έγκυος επιλέγει να μειώσει την εισροή καπνού ή ακόμα και να διακόψει, παροδικά συνήθως, το κάπνισμα. Πάντως, Σε κάθε περίπτωση αξιολογείται ως απόλυτος αναγκαία η παροχή συστηματικής συμβουλευτικής υποστήριξης προς την έγκυο, προκειμένου να συνειδητοποιήσει εις βάθος τις αρνητικές συνέπειες του καπνού στην υγεία τη δική της και του παιδιού της, ώστε να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιδράσεων του καπνίσματος.

Για λειτουργικούς λόγους η παρούσα εργασία δομήθηκε έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η λογική αλληλουχία των εκτιθέμενων νοημάτων, γι' αυτό και προτάσσεται μια συνοπτική ιστορική εξέταση της εδραίωσης της καπνιστικής συνηθείας, ενώ ακολούθως παρατίθενται στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις διακυμάνσεις της καπνιστική συνηθείας με βάση την μεταβλητή του φύλου, ενώ μεγάλο μέρος της εργασίας καταλαμβάνει, όπως είναι εύλογο, η διεξοδική εξέταση των επιδράσεων του καπνίσματος στην σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Στο τέλος, έχουν τεθεί ορισμένες συμβουλευτικές προσεγγίσεις, επειδή κρίνεται ότι η συμβολή της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικοί.

1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Από την Αμερική έφεραν τον καπνό στην Ευρώπη Ισπανοί εξερευνητές στις αρχές του 16 αιώνα. Ο Jean Nicot από τον οποίο πήρε το όνομα του η νικοτίνη συνιστούσε τον καπνό για τις «θεραπευτικές» του ιδιότητες. Η χρήση του καπνού παρουσίαζε συνεχή αύξηση τον 17 αιώνα, κυρίως με το κάπνισμα πίπας ή πούρου, με την μάζηση των φύλλων ή την εισπνοή της σκόνης του. Στην Βραζιλία, για πρώτη φορά στα μέσα του 18 αιώνα κατασκευάστηκαν τσιγάρα, τα οποία και επικράτησαν πολύ γρήγορα σαν τρόπος κατανάλωσης του καπνού.

Το κάπνισμα των τσιγάρων διαδόθηκε πολύ στη διάρκεια του 1 Παγκοσμίου Πολέμου στους άντρες και μετά το 2 Παγκόσμιο Πόλεμο στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ η κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1923-1963, ενώ από το 1964 αρχίζει να ελαττώνεται, γιατί τη χρόνια αυτή δημοσιεύτηκε στην Αμερική η πρώτη έκθεση για το κάπνισμα και την υγεία. Στοιχεία από την Αγγλία δείχνουν παρόμοιες τάσεις. Στην Ελλάδα τα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται, με εξαίρεση την παροδική κάμψη που σημειώθηκε κατά την περίοδο 1978-1980 λόγω της έντονης αντικαπνιστική εκστρατείας.

Αργότερα, επιπρόσθετα με τους άντρες αρχίζει να γίνεται η κατανάλωση των τσιγάρων και από τις γυναίκες. Σε αυτό συνέβαλαν και οι διαφημιστικές καμπάνιες, οι οποίες άρχισαν να στοχεύουν σε μια νέα κατηγορία πληθυσμού, τις γυναίκες, αποδίδοντας στο κάπνισμα μια ρομαντική και σοφιστική χροιά και εμφανίζοντας το ως αντανάκλαση της σύγχρονης χειραφετημένης γυναίκας (Kenner, 1998). Έτσι, όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών καπνίζει σ' όλες τις ηλικίες, βέβαια λιγότερα τσιγάρα από τους άνδρες και αρχίζουν το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια παρατηρείται μια αλλαγή στην προτίμηση των καπνιστών από τα απλά τσιγάρα σ' εκείνα με φίλτρο, ενώ συνεχώς αυξάνεται η ζήτηση τσιγάρων με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα. (Χαριζάνη, 1998).

1.2. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Το κάπνισμα αποτελεί μια μορφή φαρμακευτικής εξάρτησης, (η οποία αποτελεί μια κατάσταση, κατά την οποία οι καταναλούμενες φαρμακευτικές ουσίες προκαλούν βλάβες στο ίδιο το άτομο και την κοινωνία) αρκετά ισχυρή.

Σε αυτόν τον ευρύ ορισμό περιλαμβάνεται η σωματική ή φυσική εξάρτηση: κατάσταση κατά την οποία το σώμα έχει προσαρμοστεί με τη ύπαρξη σ' αυτό μιας ουσίας, έτσι ώστε, όταν πάψει να υπάρχει, εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα από την στέρηση της ουσίας αυτής, όπως είναι η δυσθυμία, και η ψυχική εξάρτηση: κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική και ψυχική ενασχόληση με τις δράσεις της ουσίας και επίσης, με την έντονη επιθυμία για την λήψη της από το εξαρτημένο άτομο.

Μάλιστα, καθώς 3 στους 4 καπνιστές είτε επιθυμούν είτε έχουν προσπαθήσει και έχουν αποτύχει να κόψουν το κάπνισμα, προκύπτει ότι η εξάρτηση τους από αυτό είναι πολύ έντονη.

Οι λόγοι που καθορίζουν αν κάποιος θα αρχίσει να καπνίζει είναι κυρίως κοινωνικοί, ενώ αν θα συνεχίσει είναι φαρμακολογικοί.

Η οικονομικοκοινωνική τάξη, το παράδειγμα από τους γονείς και τα αδέρφια και κυρίως οι καπνιστικές συνήθειες των φίλων αποτελούν τους σημαντικότερους γνωστούς προσδιοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της καπνιστικής συνήθειας. Τα τελευταία 40 χρόνια κοινωνικοί λόγοι είναι εκείνοι που προκάλεσαν την αλλαγή στις καπνιστικές συνήθειες των γυναικών. Έχει αλλάξει ο ρόλος της γυναίκας μέσα στην κοινωνία. Σήμερα, όχι μόνο καπνίζουν περισσότερες γυναίκες, αλλά συνεχώς καπνίζουν περισσότερο και αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία. Βέβαια, αυτή η αύξηση οφείλεται εν μέρει και στην επιθετική στοχεύσει των γυναικών από τις καπνοβιομηχανίες.(Δοντάς, 2002).

Το 1974 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατέληξε ότι ο καπνός είναι ουσία που προκαλεί εξάρτηση και βλάβη της υγείας και μάλιστα καθώς είναι πολύ διαδεδομένος, αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Συγκεκριμένα, ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου διακρίνεται σε δύο «φάσεις».

α). τη σωματιδιακή, η οποία αποτελείται από τη νικοτίνη, την πίσσα και το νερό.

β). την αέρια, η οποία αποτελείται από το μονοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, πτητικές N- νιτροζαμίνες, υδροκυάνιο και ακρολείνη.(Χαριζάνη, 1998).

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

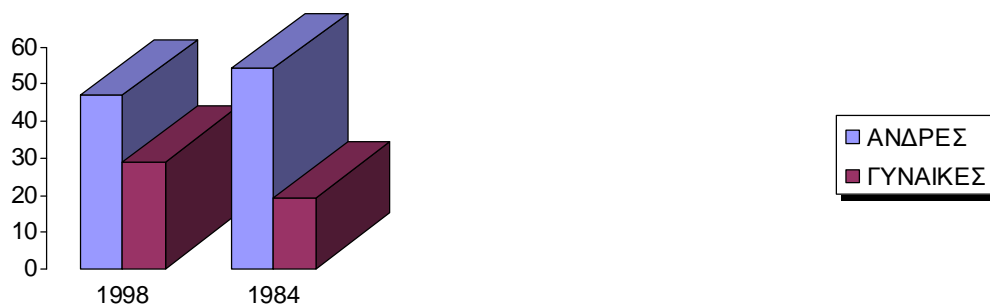
Ο επιπολασμός του καπνίσματος ποικίλλει στις διάφορες χώρες. Οι καπνιστικές συνήθειες των ομάδων του πληθυσμού καθορίζονται από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς και άλλους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση ο τόπος κατοικίας κ.α. Οι άνδρες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης καπνίζουν σε μικρότερο έναντι αυτών με χαμηλό. Αυτό όμως δεν παρατηρείται και στις γυναίκες, από τις οποίες καπνίζουν περισσότερο οι εργαζόμενες, οι πλέον μορφωμένες, οι συγγενείς καπνιστών και οι παντρεμένες σε σύγκριση με τις ανύπαντρες.

Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε άλλες χώρες παρουσιάζει πτωτική τάση με την πάροδο του χρόνου και σε άλλες ανοδική. Στην Ελλάδα, παρατηρείται αύξηση της καταναλώσεως των προϊόντων καπνού από το 1925 μέχρι το τέλος της δεκαετίας 1980, η οποία δεν ήταν πάντοτε σταθερή. (Λαμπρόπουλος, 1992).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών τα έτη 1984, 1993 και 1998 η επικράτηση του καπνίσματος έχει αυξηθεί μεταξύ του 1984 και 1998 από 34,8% στο 37,6% (γενικός πληθυσμός, ηλικία 12-64 ετών). Αυτή η αύξηση οφείλεται στην αύξηση του καπνίσματος στο γυναικείο πληθυσμό από 19,5% σε 29%. Σε αντίθεση, το ποσοστό των ανδρών οι οποίοι καπνίζουν έχει μειωθεί από 54% το 1984 σε 47% το 1998 (Διάγραμμα 1).

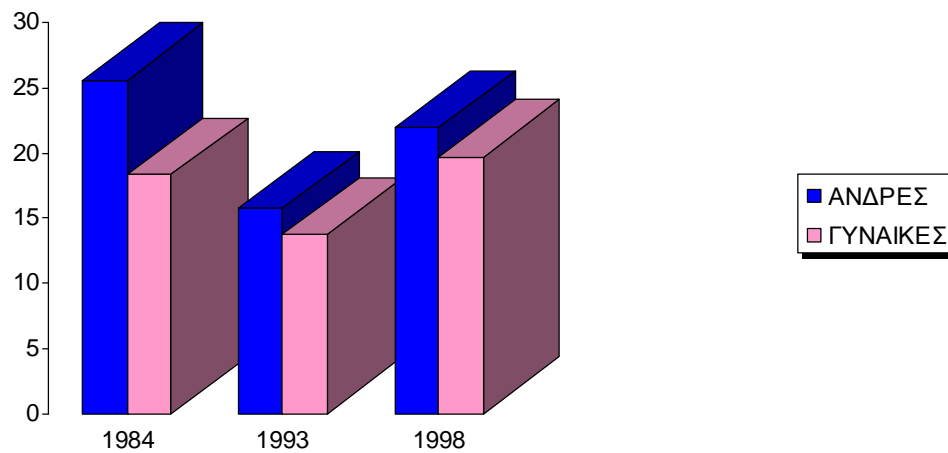
Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η επικράτηση του καπνίσματος παρουσιάζεται αυξημένη και κατά την εφηβεία. Τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ενδεικτικά, αφού η κυριαρχία του καπνίσματος μειώθηκε μεταξύ του 1984 και 1993 από 25,6% σε 15,7% για τους άνδρες εφήβους αλλά αυξήθηκε μεταξύ του 1993 και του 1998 από 15,7% σε 21,9%. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για τις γυναίκες εφήβους, όπου η επικράτηση μειώθηκε από 18,3% σε 13,7% από το 1984 έως το 1993 και αυξήθηκε από 13,7% σε 19,7% από το 1993 έως το 1998 (Διάγραμμα 2).

Τάσεις της καπνιστικής συμπεριφοράς γυναικών / ανδρών στην Ελλάδα



Διάγραμμα 1

Τάσεις της καπνιστικής συμπεριφοράς ανδρών/γυναικών εφήβων



Διάγραμμα 2

1.4. ΟΙ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι παράμετροι της καπνιστικής συνήθειας που συνήθως μελετούνται είναι: η διάρκεια, η ηλικία έναρξης και η ποσότητα (αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται καθημερινά), επίσης, η μορφή του καπνού (τσιγάρο, πούρο ή πίπα), η ενδεχόμενη ύπαρξη φίλτρου στο τσιγάρο, η περιεκτικότητα του σε πίσσα και, τέλος, ο τρόπος καπνίσματος.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναφέρει ότι «τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει ουσιαστικά σε μια καλύτερη και μακρύτερη ζωή, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ενέργεια στον τομέα της προληπτικής ιατρικής».

Επιδημιολογικές εξετάσεις που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες του κόσμου καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από ότι οι μη καπνιστές. Ειδικότερα :

- Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα, έχουν διπλάσια θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.
- Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 35 χρόνια έχουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.
- Με την διακοπή του καπνίσματος μειώνεται η «πρόσθετη» θνησιμότητα, και μετά από 15 χρόνια οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου τον ίδιο κίνδυνο με τους μη καπνιστές.

Στην Αγγλία μάλιστα υπολόγισαν ότι ένας καπνιστής 20 τσιγάρων την ημέρα χάνει περίπου 5 χρόνια από τη ζωή του και κάθε τσιγάρο ισοδυναμεί με απώλεια 5,5 λεπτών ζωής. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο σημειώνονται 75-80.000 θάνατοι, από τους οποίους 7.500 (δηλαδή ποσοστό 10%) αποδίδονται στο κάπνισμα.

Ο καπνός του τσιγάρου που προέρχεται από την καύση τεμαχισμένων φύλλων καπνού αποτελεί μίγμα αερίων και λεπτών σταγονιδίων πίσσας και περιέχει περίπου 4.000 ουσίες. Άλλες από τις ουσίες αυτές είναι εθιστικές για τους βλεννογόνους του αναπνευστικού συστήματος (αμμωνία, ακρολεινη, φαινόλη), άλλες είναι καρκινογόνες και συγκαρκινογόνες (πίσσα, ναφθυλαμίνη, υδρογονάνθρακες, πολώνιο) και τέλος, άλλες ασκούν έντονη φαρμακολογική δράση (νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, υδροκυάνιο). (Λαμπρόπουλος, 1992).

Η εισπνοή του καπνού ο οποίος προέρχεται από την καύση του τσιγάρου, είτε με ενεργητικό είτε με παθητικό κάπνισμα, οδηγεί σε απορρόφηση των ουσιών που περιέχονται σ' αυτόν μέσω των αγγείων των πνευμόνων και μέσω του κυκλοφορικού συστήματος σε ολόκληρο τον οργανισμό (Ζαβός, 1996).

Από τον 18 αιώνα διατυπώθηκαν οι πρώτες υποψίες ότι το κάπνισμα μπορεί να συμμετέχει στην αιτιολογία διαφόρων νοσημάτων. Από το 1940 και μετά, πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες τεκμηρίωσαν τη σχέση του καπνίσματος με μεγάλο αριθμό νοσημάτων :

1. Καρδιαγγειακά νοσήματα όπως αθηροσκλήρωση, στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου (σε γυναίκες μάλιστα που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν ο κίνδυνος εμφράγματος αυξάνεται σημαντικά).
2. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα.
3. Πεπτικό έλκος.
4. Καρκίνος του πνεύμονα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του ρινοφάρυγγα και του οισοφάγου. Επίσης, σχετίζεται και με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, του παγκρέατος, του νεφρού και του ήπατος (<http://www.addgr.com/org/hc>).
5. Κάπνισμα και κύηση όπου είναι υπεύθυνο κυρίως για την καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη των εμβρύων και για τη γέννηση προώρων και χαμηλού βάρους νεογνών.
6. Κάπνισμα και Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), όπου δρα κυρίως στις νευροδραστικές συνάψεις και ύστερα από μια διεγερτική φάση ακολουθεί η κατασταλτική φάση.
7. Παθητικό κάπνισμα και Υγεία όπου η καθημερινή έκθεση ενός μη καπνιστή επί πολλά χρόνια στο κάπνισμα άλλων φαίνεται ότι επηρεάζει την αναπνευστική του λειτουργία και αυξάνει τις πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα (Χαριζάνη, 1998).

Πολλά από τα συστατικά του καπνίσματος του τσιγάρου δεν έχουν ακόμα εκτιμηθεί πλήρως για την τοξικότητα τους και έτσι ολόκληρη η καταστροφική δράση των τσιγάρων και του καπνίσματος παραμένει άγνωστη (Ζαβός, 1996).

2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.0. ANATOMIA GYNAIKEIOY GENETIKOY SYSTHMATOS

Το θηλυκό αναπαραγωγικό σύστημα περιλαμβάνει τις δύο ωοθήκες και την αντίστοιχη αναπαραγωγική οδό, δηλαδή τους δύο ωαγωγούς, τη μήτρα και τον κόλπο. Οι δομές αυτές ονομάζονται επίσης έσω γεννητικά όργανα θηλαίας. Οι θήλεις, σε αντίθεση με τους άρρενες, έχουν εντελώς ξεχωριστό το ουροποιητικό από το αναπαραγωγικό σύστημα.

Οι ωοθήκες είναι αμυγδαλοειδή όργανα στην άνω πυελική κοιλότητα καθένα από τα οποία κείται σε καθεμία πλευρά της μήτρας. Το πέρας των ωαγωγών, οι οποίοι είναι επίσης γνωστοί ως σάλπιγγες ή φαλλοπιανοί πόροι, δεν εφάπτεται ακριβώς επάνω στις ωοθήκες, αλλά πλησιάζει αυτές ανοίγοντας το σχήμα τους εντός της κοιλιακής χώρας ως μια χοάνη, τον επονομαζόμενο κώδωνα, ο οποίος καταλήγει σε επιμήκεις μικροσκοπικές τριχοειδείς προεκβολές επικαλυμμένες από επιθήλιο (κροσσοί). Το άλλο πέρας των ωοθηκών εφάπτεται στην μήτρα και αδειάζει απευθείας στην κοιλότητα της. Η μήτρα είναι ένα κοιλώδες, μυϊκό όργανο με παχύ τοίχωμα το οποίο κείται μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Είναι η πηγή αιμορραγίας κατά την εμμηνορρυσία και φιλοξενεί το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη. Το χαμηλότερο μέρος της μήτρας ονομάζεται τράχηλος (Leung, 1999). Ένα μικρό άνοιγμα ενώνει τον τράχηλο με τον κόλπο, ο οποίος είναι ένας πόρος που ξεκινάει από την μήτρα και καταλήγει στο εξωτερικό περιβάλλον.



Τα έξω γεννητικά όργανα του θηλέων περιλαμβάνουν το εφηβαίο (ή όρος της Αφροδίτης) τα μικρά και μεγάλα χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κολεού και τους

προδρομικούς αδένες. Ο όρος αιδοίο είναι μια άλλη ονομασία όλων αυτών των δομών. Το εφηβαίο είναι μια καμπυλώδης και λιπώδης προεξοχή της σύμφυσης των ηβικών οστών. Τα μεγάλα χείλη, είναι δύο προεξέχουσες δερματοπτυχές που σχηματίζουν τα έξω χείλη του αιδοίου. Τα μικρά χείλη είναι μικρές δερματοπτυχές υποκείμενες των μεγάλων χειλέων. Περιβάλλουν την οπή της ουρήθρας και του κόλπου και έτσι σχηματίζεται ο πρόδρομος του κολεού, εντός του οποίου εκχύνουν οι προδρομικοί αδένες. Η οπή του κόλπου καλύπτεται μερικώς από μια λεπτή βλενώδη μεμβράνη, τον παρθενικό υμένα. Η κλειτορίδα είναι επίσης ένα όργανο στύσης (Mackay, 1992).

2.1. ANATOMIA ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Πλακούντας είναι το μέρος του κυήματος, που αναλαμβάνει τη διατροφή του εμβρύου. Αποτελεί πάχυνση του εμβρυοθυλακίου, που περιβάλλει το έμβρυο. Ο πλακούντας λέγεται και ύστερο, γιατί ακολουθεί την έξοδο του εμβρύου, βγαίνει δηλαδή υσττέρα από αυτό.

Ο πλακούντας διακρίνεται από δύο επιφάνειες, την εξωτερική ή μητριαία και την εσωτερική ή εμβρυϊκή. Η μητριαία επιφάνεια συνδέεται με το τοίχωμα της μήτρας, μοιάζει με πλακόστρωτο, λόγω των κοτυληδόνων και είναι κυρτή. Η εμβρυϊκή επιφάνεια είναι στυλιπνή, υπόλευκη και σκεπάζεται από άμνιο όπου και περικλείει το έμβρυο με τη μορφή σάκου. Από την εμβρυϊκή επιφάνεια και τις περισσότερες φορές από το κέντρο της, αρχίζουν τα ομφαλικά αγγεία, που περιβάλλονται από αμνιακό υμένα και σχηματίζουν τον ομφάλιο λώρο.

Είναι γνωστό, πως η υγεία και η ανάπτυξη του εμβρύου εξαρτώνται από τον πλακούντα και πως η ανάπτυξη του πλακούντα πρέπει να συμβαδίζει με την ανάπτυξη του εμβρύου. Η μεγάλη επιφάνεια που διαθέτει ο πλακούντας με τις χοριακές λάγνες, του επιτρέπει την ανταλλαγή συστατικών μέσα από λεπτή μεμβράνη που λέγεται πλακουντιακή μεμβράνη και βρίσκεται ανάμεσα στην μητρική και την εμβρυϊκή κυκλοφορία (Παπανικολάου Νίκος, 1994). Έτσι λοιπόν έχουμε ανταλλαγή ουσιών (αερίων του αίματος και διαλυμένων ουσιών) μεταξύ του οργανισμού της μητέρας και του παιδιού (Lippert Herbert. 1993). Από το μητρικό αίμα, το έμβρυο παίρνει θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο. Οι άχρηστες ουσίες του εμβρύου περνάνε τον πλακούντα και

μεταφέρονται στο μητρικό αίμα (Παπανικολάου, 1994). Έτσι ο πλακούντας αναλαμβάνει για το παιδί τη λειτουργία που κάνει αργότερα ο πνεύμονας (Lippert, 1993).

Η ανταλλαγή των ουσιών αυτών επιτελείται μέσω των μεσολαχνιών χώρων με απλή ή διευκολυνόμενη διάχυση, με ενεργητική μεταφορά, με διαφυγή και πινοκύτωση:

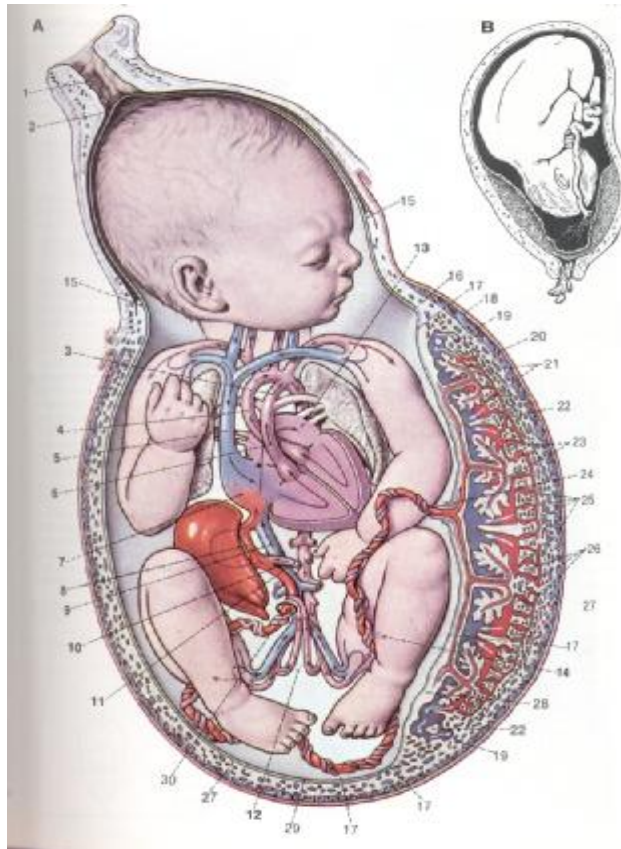
Με απλή διάχυση περνάνε τον πλακούντα διάφορες ουσίες, όπως γλυκόζη, η κύρια πηγή ενέργειας για το έμβρυο.

Με ενεργητική μεταφορά, περνάνε ουσίες όπως τα αμινοξέα και οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες.

Με διαφυγή, που προϋποθέτει ρήξη της μεμβράνης του πλακούντα, μπορούν να περάσουν ολόκληρα κύτταρα, όπως τα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Με πινοκύτωση περνάνε πρωτεΐνες, μικρά ποσά λίπους, αντισώματα και ιοί (Παπανικολάου, 1994).

Στη συνέχεια ο πλακούντας αναλαμβάνει και την παραγωγή των ορμονών του ωοθυλακίου και του ωχρού σωματίου. Από τον τρίτο μήνα της κύησης η παραγωγή όλων των ορμονών της ωοθήκης έχει αναληφθεί ο πλακούντας. Το έμβρυο λοιπόν φροντίζει για τον εαυτό του (Lippert, 1993).



- 1 κόλπος
- 2 αμνιακή κοιλότητα
- 3 αρτηριακός πόρος (του Botallo, Βοτάλλειος)
- 4 αρτικό τόξο
- 5 άνω κοίλη φλ.
- 6 στέλεχος της πνευμονικής α.
- 7 δεξιός κόλπος
- 8 φλεβώδης πόρος (του Arantius)
- 9 κάτω κοίλη φλ.
- 10 ομφαλική φλ.
- 11 πυλαία φλ.
- 12 ομφαλικές α.
- 13 αριστερός κόλπος
- 14 ομφάλιος λώρος
- 15 στόμιο της μήτρας
- 16 ισθμός της μήτρας
- 17 αμνίο (τοιχώμα της αμνιακής κοιλότητας)
- 18 οργάνος χιτώνας της μήτρας (περιμήτριο)
- 19 επιχείλιος κόλπος (του πλακούντα)
- 20 φλεβικό πλέγμα της μήτρας
- 21 μεσολάχινο διάστημα (γεμάτο με αίμα της μητέρας)
- 22 διάφραγμα (του ηθμοειδούς υμένα)
- 23 ελεύθερες λάχνες
- 24 έκφυση (του ομφαλιού λώρου) από το κέντρο (του πλακούντα)
- 25 ελικοειδείς α.
- 26 φθαρτός (βλεννογόνος της εγκύμονος μήτρας)
- 27 μυϊκός χιτώνας της μήτρας (μυομήτριο)
- 28 λαχνωτό χόριο
- 29 άλαχνο χόριο (λείο)
- 30 ομφαλικός δακτύλιος

3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

3.1. ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Το μητρικό και παθητικό κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως έχει διαπιστωθεί από πολλές έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα αυτό, είναι υπαίτιο για αξιοσημείωτες επιπλοκές στην υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Μάλιστα, οι επιπλοκές αυτές συνεχίζουν να είναι εμφανείς κατά την νεογνική, παιδική, ή ακόμα κάποιες από αυτές και κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου, αυξάνοντας έτσι την θνησιμότητα και νοσηρότητα των εμβρύων, που έχουν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου, όχι μόνο κατά την εμβρυϊκή τους ηλικία αλλά σ' όλη τους τη ζωή. Επιπρόσθετα, το κάπνισμα αποτελεί έναν παράγοντα που ευθύνεται και για την υπογεννητικότητα που υπάρχει στη χώρα μας, καθώς οι γυναίκες που καπνίζουν εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά υπογονιμότητας και στειρότητας.

Πάντως, δεν θα πρέπει να παραβλεφθούν και οι οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος, οι οποίες είναι ευδιάκριτες στους προϋπολογισμούς που συντάσσονται για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και για τη διεξαγωγή των κατά καιρούς αντικαπνιστικών εκστρατειών. Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας έρευνας που

διεξήχθη το 1990, έχει υπολογιστεί ότι θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν 20 μέχρι και 56 εκατομμύρια δολάρια ετησίως από τα χρήματα που προορίζονται για τις ιατρικές υπηρεσίες και την κοινωνική πρόνοια, αν ένα ποσοστό μόλις 8% από τις εγκύους καπνίστριες σταματούσαν το κάπνισμα (Pollac, 2000).

Επιπλέον, το κάπνισμα της εγκύου έχει ως έμμεση συνέπεια την αύξηση του πληθυσμού των ενηλίκων οι οποίοι είναι καπνιστές. Σύμφωνα με σουηδικές νευρολογικές έρευνες το έμβρυο το οποίο λαμβάνει νικοτίνη από την μητέρα του παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει εξάρτηση νικοτίνης στην μετέπειτα ζωή του. Η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου συμβάλλει στην τροποποίηση νεύρο-υποδοχέων του εγκεφάλου και για τον λόγο αυτό ορισμένοι έφηβοι εθίζονται στο κάπνισμα μόνο με λίγα τσιγάρα, ενώ απαιτείται πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για εκείνους οι οποίοι δεν είχαν εκτεθεί στον καπνό κατά την ενδομήτρια ζωή τους (<http://www.bips.uni-bremen.de/eyro-scip>).

3.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται από χημικές ουσίες, των οποίων ο αριθμός κυμαίνεται από 2000 έως 4000. Ανάμεσα στα αναγνωρισμένα συστατικά του καπνού περιέχονται, νιτροζαμίνες, μονοξείδιο του άνθρακα, νικοτίνη και κάδμιο. Όλα αυτά τα στοιχεία διασχίζουν κατευθείαν τον πλακούντα, ενώ το κάδμιο παγιδεύεται από αυτόν.

§ **Νιτροζαμίνες.** Είναι ισχυρά καρκινογόνες ουσίες. Συνδέονται με τα αυξανόμενα περιστατικά καρκίνου μεταξύ των καπνιστών. Για τον λόγο αυτό εικάζεται ότι η προγεννητική έκθεση του εμβρύου στις νιτροζαμίνες είναι πιθανό να το θέσει σε κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου αργότερα στη ζωή του.

§ **Μονοξείδιο του άνθρακα (CO).** Τα επίπεδά του στο αίμα της μητέρας αυξάνονται ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει. Το CO διαχέεται άμεσα στον πλακούντα, εκτοπίζει τα μόρια οξυγόνου με

αποτέλεσμα να μειώνεται η μερική πίεση οξυγόνου του εμβρύου, και κατά συνέπεια, η οξυγόνωση των ιστών, και έτσι το έμβρυο να παθαίνει υποξία.

§ **Νικοτίνη.** Επιταχύνει τον καρδιακό παλμό τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου, ανυψώνοντας έτσι την εμβρυϊκή πίεση του αίματος. Έχει τις ίδιες αγγειοσυσπαστικές ιδιότητες με το μονοξείδιο του άνθρακα και δυσχεραίνει την μητροπλακουντική κυκλοφορία και κατά συνέπεια την εμβρυοπλακουντιακή ανταλλαγή.

§ **Κάδμιο.** Είναι μια ουσία που γίνεται περισσότερο εμφανής στον οργανισμό μετά το κάπνισμα. Τα επίπεδά του καδμίου είναι υψηλότερα στον πλακούντα, έπειτα ακολουθούν αυτά του μητρικού ορού και του ομφαλίου λώρου. Σε προχωρημένο στάδιο κύησης, ο πλακούντας φαίνεται να παγιδεύει το κάδμιο εμποδίζοντας το να φτάσει στο έμβρυο, γεγονός που δεν είναι βέβαιο κατά το πρώτο στάδιο της κύησης. Η έγκυος θα πρέπει να αποφεύγει της εκθέσεις της σ' αυτό, καθώς στα ζώα αλλάζει την πλακουντιακή λειτουργία (Kenner, 1998).

3.3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΩΝ

Μελέτες οι οποίες έγιναν σε γυναίκες, που κάπνιζαν κατά την κύηση, αποκάλυψαν ότι η ενοχή αποτελεί το κυρίαρχο συναίσθημα που νιώθουν. Η γνώση και η συνειδητοποίηση ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο για την υγεία του μωρού τους, σε συνδυασμό με τον κοινωνικό στιγματισμό, ο οποίος υπάρχει απέναντι τους λόγω του καπνίσματος προκαλεί έντονα αισθήματα ενοχής στις γυναίκες.

Αρκετές από τις γυναίκες αυτές κάνουν προσπάθειες να σταματήσουν το κάπνισμα, αλλά αποβαίνουν ανεπιτυχείς, καθώς παράγοντες, όπως ο φυσικός εθισμός, το στρες και η συνήθεια συντηρούν ή και προάγουν την καπνιστική τους συνήθεια. Χαρακτηριστικά, είπαν οι ίδιες οι γυναίκες :

«Πρέπει να πω ότι αισθάνθηκα πολύ ένοχη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή είμαι καπνίστρια...αλλά παρ' όλα αυτά δεν κατάφερα να το κόψω. Άμα το σκεφτεί κανείς, είναι τρομερό».

«...να μη λέμε ότι με κάθε τσιγάρο που κάπνιζα δεν αισθανόμουν χάλια. Αισθανόμουν. Αλλά το έκανα...Γνώριζα ότι έκανα κάτι λάθος, αλλά δεν μπορούσα να συγκρατήσω τον εαυτό μου».

Σύμφωνα με τις μελέτες, οι γυναίκες κάπνιζαν για να χαλαρώσουν ή για να εκτονωθούν ή λόγω κατάθλιψης. Έτσι, σχηματίζεται ένας φαύλος κύκλος, παρόλο που η έγκυος αισθάνεται ένοχη για το κάπνισμα, δεν μπορεί να το κόψει, γεγονός το οποίο με τη σειρά του μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερο στρες και χαμηλή αυτοεκτίμηση και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του καπνίσματος κ.ο.κ. (<http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip>).

3.4. ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η φτώχεια κατά την παιδική ηλικία, η διακοπή της εκπαίδευσης, και η εγκυμοσύνη σε νεαρή ηλικία, είναι παράγοντες που συμβάλλουν ώστε τα ποσοστά των καπνιστριών κατά την κύηση να αυξάνονται.

Στην Ελλάδα, δεν υπήρχε κανένας έλεγχος της καπνιστικής συμπεριφοράς στην εγκυμοσύνη, σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Καμία πληροφορία που να λάμβανε υπόψη της την κατάσταση καπνίσματος των εγκύων γυναικών δεν ήταν διαθέσιμη.

Γι' αυτό το λόγο, έγινε μια ειδική μελέτη στο νοσοκομείο «Μητέρα» με σκοπό να συλλεχθούν πληροφορίες για την καπνιστική συμπεριφορά των εγκύων γυναικών.

Μελετήθηκαν τα ιατρικά αρχεία 6.010 γυναικών που γέννησαν σε ένα από τα μεγαλύτερα μαιευτήρια της Αθήνας, το πρώτο εξάμηνο του έτους 1998. Τα δεδομένα είχαν καταγραφεί από τους καρδιολόγους που εξέτασαν τις γυναίκες κατά την κύηση.

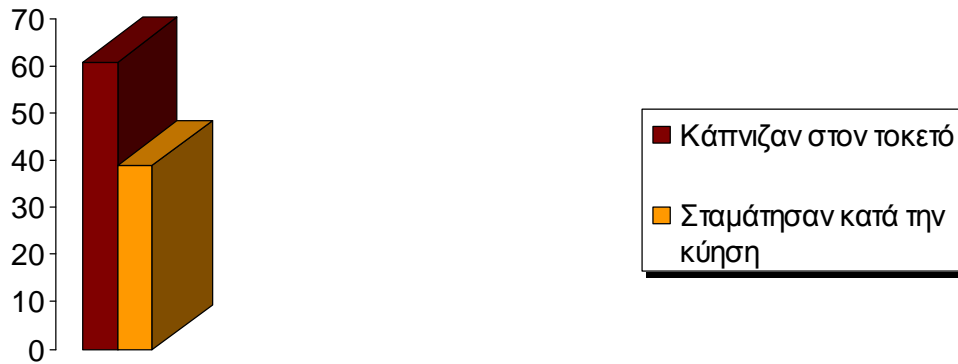
Από τις 6.010 έγκυες, οι 4.532 (75,65%) ήταν μη καπνίστριες, οι 1418, ήταν καπνίστριες (23,6%), ενώ οι 60 (0,8%) δεν απάντησαν καθόλου. (Διάγραμμα 3). Από τις 1418 έγκυες οι οποίες ήταν καπνίστριες, οι 864 (60,9%) συνέχισαν το κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης και οι 554 (39%) σταμάτησαν το κάπνισμα κατά την κύηση.(Διάγραμμα 4).

Καπνιστική συμπεριφορά εγκύων γυναικών



Διάγραμμα 3

Καπνιστική συμπεριφορά κατά την διάρκεια της κύησης



Διάγραμμα 4

Το δείγμα των 6.010 εγκύων γυναικών θεωρείται αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Το μαιευτήριο που παρείχε τα δεδομένα είναι ένα από τα τρία μεγαλύτερα της Αθήνας, στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι περισσότεροι τοκετοί σε εθνικό επίπεδο. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να τεκμηριώνουν την ποσότητα των τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα οι έγκυες γυναίκες (<http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip>).

4. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

4.1. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Έχει αποδειχθεί από επιδημιολογικές έρευνες ότι το κάπνισμα ασκεί αρνητική επίδραση στην γυναικεία και ανδρική γονιμότητα. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν επιδημιολογικές και πειραματικές έρευνες σε ζώα, όπου συντριπτικά υποστηρίζεται η υπόθεση ότι το κάπνισμα τσιγάρου και η πρόσληψη ουσιών που περιέχονται σε αυτό, έχουν δυσμενή επίδραση στην λειτουργία της αναπαραγωγής.

Το κάπνισμα επιδρά στον εμμηνορρυσιακό κύκλο, στο μηχανισμό της ωογέννησης, στη λειτουργικότητα των σαλπίνγων, στη μεταφορά του εμβρύου και στην ηλικία που αρχίζει η εμμηνόπαυση. Συνεπάγεται λοιπόν ότι το κάπνισμα μπορεί να επιδράσει σχεδόν σε κάθε φάση της πολύπλοκης διαδικασίας της αναπαραγωγής, αποτρέποντας το ζευγάρι από το επιθυμητό αποτέλεσμα που είναι η γέννηση ενός υγιούς νεογνού.

Έτσι, οι συστηματικές καπνίστριες εμφανίζουν σημαντικά αυξημένη υπογονιμότητα σε σχέση με τις μη καπνίστριες (21% με 14% αντίστοιχα). Μια αξιοσημείωτη και στατιστικά σημαντική διαφορά ελαττωμένης γονιμότητας, σε σχέση με τον αυξημένο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων έχει παρατηρηθεί ειδικά σε γυναίκες, οι οποίες καπνίζουν περισσότερα από 16 τσιγάρα ημερησίως (Ζαβός,1996).

4.1.1. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ

Έχει αποδειχθεί, από μελέτες που έχουν γίνει σε πειραματόζωα και ανθρώπους, ότι οι συνέπειες του καπνίσματος και της νικοτίνης συνδέονται με απελευθέρωση επινεφρίνης ή και βαζοπρεσίνης μετά την έναρξη του καπνίσματος. Αυτές οι ορμονικές αλλαγές με τη σειρά τους μπορούν να αλλάξουν τη λειτουργικότητα των ωαγαγών, που μπορεί να εκδηλωθεί με αλλαγές στη μεταφορά των γαμετών με αποτέλεσμα την εμφάνιση υπογονιμότητας. Επιπλέον, η δυναμική καθυστέρηση της μεταφοράς του εμβρύου, μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της βιωσιμότητάς του και αύξηση της συχνότητας της έκτοπης κύησης από κατακράτηση του εμβρύου (η σαλπινγική έκτοπη κύηση μπορεί τεχνικά να μην υπολογίζεται ως υπογονιμότητα, επιδρά όμως αρνητικά στη

γονιμότητα και είναι μια εκδήλωση δυσλειτουργίας των σαλίγγων). Ομοίως, και η επιτάχυνση της μεταφοράς του εμβρύου από τον ωαγωγό στη μήτρα μπορεί να επηρεάσει την γονιμότητα.

Σε αρκετές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά τόσο το χημικό όσο και το κυτταρικό ανοσολογικό σύστημα. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν την ανταπόκριση του επιθηλίου των ωαγωγών σε φλεγμονές με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα φλεγμονών των ωαγωγών με επακόλουθο την εμφάνιση υπογονιμότητας.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό από μελέτες που έγιναν τόσο σε ανθρώπους όσο και σε πειραματόζωα ότι υπάρχει πιθανότητα λόγω καπνίσματος να διαταραχθούν τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά των σαλίγγων, γεγονός που συνεπάγεται την πρόωμη ή καθυστερημένη είσοδο της βλαστοκύστης στη μήτρα, και επιπρόσθετα, αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα πιθανώς συνεισφέρουν στην εμφάνιση επιδημιολογικής συσχέτισης μεταξύ καπνίσματος και υπογονιμότητας (Ζαβός, 1996).

4.1.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΩΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η επίδραση που ασκεί το κάπνισμα στα ωοκύτταρα είναι δυνατόν να επηρεάσει την γυναικεία γονιμότητα. Μελέτες σε αρουραίους και ποντικούς δείχνουν ότι το κάπνισμα αποτελεί αιτία καταστροφής των ωοκυττάρων. Μια τέτοια καταστροφή περιλαμβάνει όλα τα στάδια της ωογέννησης. Αυτά τα πειράματα απέδειξαν δηλητηριώδη δόσοεξαρτώμενη επίδραση στη λειτουργία των ωοθηκών, η οποία επαληθεύτηκε με ιστολογικές εξετάσεις.

Η πορεία της γονιμοποίησης μπορεί να μεταβληθεί, καθώς η νικοτίνη είναι αποδεδειγμένο ότι αναστέλλει το σχηματισμό των φλοιωδών κοκκιδίων. Έτσι, αναστέλλεται ταυτόχρονα ο μηχανισμός πρόληψης της πολυσπερμίας, γεγονός που οδηγεί στην υπογονιμότητα, καθώς είναι γνωστό ότι ένα πολυσπερμικό έμβρυο έχει μικρότερη βιωσιμότητα.

Σύμφωνα λοιπόν με τις πειραματικές και κλινικές μελέτες, ενισχύεται η υπόθεση ότι το κάπνισμα ελαττώνει τη βιωσιμότητα ή και τον αριθμό των ωοκυττάρων. Η

ελάττωση αυτή της βιωσιμότητας τους, οδηγεί σε νωρίτερη ηλικία απώλειας της αναπαραγωγικής λειτουργίας και εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης.

Αυτή η πρόωμη εμμηνόπαυση φαίνεται να αποτελεί το τελικό στάδιο αρνητικής επίδρασης του καπνίσματος στη λειτουργία των ωοθηκών, με αποτέλεσμα η ελάττωση της γονιμότητας να είναι αναπόφευκτη (Ζαβός, 1996).

4.1.3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟΝ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟ ΚΥΚΛΟ

Πληροφορίες που αντλήθηκαν από ένα σχετικά μικρό αριθμό μελετών, οι οποίες αναφέρονται στις επιδράσεις του καπνίσματος στον εμμηνορρυσιακό κύκλο, τείνουν να δείξουν ότι οι καπνίστριες, όταν συγκρίνονται με μη καπνίστριες, εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα δευτεροπαθούς αμηνόρροιας και σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα οιστρογόνων στα ούρα κατά την εκκριτική φάση του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Έχει αποδειχθεί επίσης ότι οι καπνίστριες, και ιδίως οι βαριές καπνίστριες, έχουν συνήθως λιγότερο ρυθμικό κύκλο κατά την 4^η και 5^η δεκαετία της ζωής τους συγκριτικά με τις μη καπνίστριες.

Οι υστερεκτομές (οι οποίες έχουν ως άμεσο επακόλουθο την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης) και οι κυήσεις παρουσιάζονται σημαντικά αυξημένες και ελαττωμένες αντίστοιχα στις καπνίστριες σε σχέση με τις μη καπνίστριες.

Μελέτες σε πειραματόζωα αποδεικνύουν ότι η νικοτίνη ή και γενικότερα ο καπνός του τσιγάρου, μπορεί σε ορισμένες δόσεις να αλλάξει την απελευθέρωση γοναδοτροπινών και τη ρυθμικότητα του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Από πολλές μελέτες, έχει εκτιμηθεί επίσης η επίδραση του καπνού στον υποθάλαμο και την υπόφυση στο θηλυκό αρουραίο. Η νικοτίνη αποτελεί το κύριο συστατικό του τσιγάρου που ευθύνεται γι'αυτές τις επιδράσεις, μολονότι άλλα συστατικά του τσιγάρου μπορεί να ασκούν επιπρόσθετες δράσεις. Η νικοτίνη και ο μεταβολίτης της κοτινίνης, μπορεί να δράσουν στο αναπαραγωγικό σύστημα ή δρουν διεγείροντας την έκκριση βαζοπρεσίνης, η οποία ακολούθως ελαττώνει την έκκριση της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH).

Έχει αποδειχθεί ότι η νικοτίνη ελαττώνει την LH σε μια δοσοεξαρτώμενη σχέση, καθυστερώντας, αμβλύνοντας ή καταργώντας εντελώς την αιχμή της LH σε αρουραίους στη φάση του προίστου.

Τα πρόσφατα ευρήματα μιας ερευνητικής ομάδας του Πανεπιστημίου Tohogi της Ιαπωνίας έχουν δείξει ότι η νικοτίνη και ο μεταβολίτης της κοτινίνη προκαλούν ελάττωση του ποσοστού των αρουραίων, οι οποίοι να απελευθερώνουν ωάρια.

Συνοψίζοντας, από την πληθώρα σχετικών κλινικών και πειραματικών μελετών διαφαίνεται καθαρά μια αρνητική επίδραση της κοτινίνης, της νικοτίνης και του καπνού στην ενδοκρινή και εξωκρινή λειτουργία της ωοθήκης, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και κατ'επέκταση τη γονιμότητα (Ζαβός, 1996).

4.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, καπνίστριες που συμμετείχαν σε προγράμματα εξωσωματικών γονιμοποιήσεων είχαν χαμηλότερα επίπεδα οιστρογόνων αίματος και μικρότερους αριθμούς συλλεγέντων ωαρίων σε σύγκριση με μη καπνίστριες.

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ο δείκτης κήσεως ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος στις μη καπνίστριες σε σχέση με τις καπνίστριες. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα που έλαβαν μέρος 124 ζευγάρια επιτεύχθηκαν 69 κύησης εκ των οποίων οι 50 δηλαδή ποσοστό 21,2% αφορούσαν ζευγάρια που δεν ήταν καπνιστές και οι 19 δηλαδή ποσοστό 15,3% αφορούσαν ζευγάρια που ήταν καπνιστές (Pattison, 1991).

Για τους παραπάνω λόγους, η διακοπή του καπνίσματος συνίσταται γενικά σε άτομα με καλή υγεία, καθίσταται όμως επιτακτική σε γυναίκες με πρόβλημα στειρότητας και ως στειρότητα ορίζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει κύηση μετά από προσπάθεια 12 μηνών, χωρίς τη χρήση οποιασδήποτε μορφής αντισύλληψης (Ζαβός, 1996).

4.3. ΕΚΤΟΠΗ ΚΥΗΣΗ

Υπάρχει μια σημαντική σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και της έκτοπης κύησης, δηλαδή της κύησης που χαρακτηρίζεται από την εγκατάσταση του κυήματος έξω από την φυσιολογική του θέση, που είναι η φυσιολογικά διαπλασμένη ενδομητριακή κοιλότητα (Καρπάθιος, 1999).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από μελέτες σχετικές με την εμφάνιση έκτοπης κύησης και το κάπνισμα έδειξαν ότι στην ομάδα των γυναικών, οι οποίες είχαν εμφανίσει έκτοπη κύηση ο αριθμός των καπνιστριών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος σε σύγκριση με την ομάδα των γυναικών οι οποίες δεν κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη.

Ο τρόπος δράσης του καπνού και ιδίως της νικοτίνης στον οργανισμό της εγκύου γυναίκας, έτσι ώστε να παρουσιαστεί έκτοπη κύηση είναι ο εξής. Μετά την έναρξη του καπνίσματος απελευθερώνεται επινεφρίνη ή και βαζοπρεσίνη. Έτσι, προκαλούνται ορμονικές αλλαγές, οι οποίες έχουν ως επακόλουθο την αλλαγή της λειτουργικότητας των σαλπίνγων. Η αλλαγή αυτή εκφράζεται με μεταβολή της κινητικότητας των ωαγωγών, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η μεταφορά της βλαστοκύστης από την λήκυθο της σάλπιγγας προς τον πυθμένα της μήτρας όπου γίνεται φυσιολογικά η εμφύτευση του. Έτσι, η βλαστοκύστη παραμένει στη σάλπιγγα, όπου και εμφυτεύεται με αποτέλεσμα να προκαλείται σαλπινγική έκτοπη κύηση (Ζαβός, 1996).

Επίσης, το κάπνισμα μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση έκτοπης κύησης με τον ακόλουθο έμμεσο τρόπο. Το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει αρνητικά τόσο το χημικό όσο και το κυτταρικό ανοσολογικό σύστημα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ανταπόκριση του επιθηλίου της σάλπιγγας σε φλεγμονές. Έτσι, αυξάνεται η συχνότητα φλεγμονών στις σάλπιγγες, γεγονός το οποίο αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες έκτοπης κύησης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η μητρική θνησιμότητα που οφείλεται στην έκτοπη κύηση στις ΗΠΑ υπολογίζεται σε 1-2%. Από πλευράς νοσηρότητας, έχει διαπιστωθεί ότι ύστερα από μια έκτοπη κύηση εμφανίζεται υπογονιμότητα σε ποσοστό 50% και στειρότητα σε ποσοστό 30%. Τέλος, η πιθανότητα επανεμφάνισης έκτοπης κύησης κυμαίνεται από 10-20% (Καρπάθιος, 1999).

4.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Εμφανείς είναι οι επιδράσεις του καπνίσματος στον πλακούντα των εγκύων γυναικών, οι οποίες καπνίζουν κατά την κύηση. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα σχετίζεται.

- a. Με πρόκληση μεταβολών στη δομή του πλακούντα
- b. Με εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
- c. Με πρόκληση πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα

Οι κύριοι παράγοντες, οι οποίοι ασκούν επίδραση στον πλακούντα των μητέρων που καπνίζουν κατά την κύηση, είναι το μονοξειδίο του άνθρακα, η νικοτίνη και οι τοξικές ουσίες, οι οποίες μαζί με τους παραπάνω παράγοντες αποτελούν συστατικά του καπνού του τσιγάρου.

Συγκεκριμένα, το μονοξειδίο του άνθρακα προκαλεί υποξία στους ιστούς του πλακούντα. Η νικοτίνη προκαλεί αγγειοσύσπαση στα αγγεία του πλακούντα, με αποτέλεσμα να μειώνεται η κυκλοφορία του αίματος και, κατά συνέπεια, το οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά, που είναι απαραίτητα για την σωστή λειτουργία των κυττάρων του πλακούντα. Και τέλος, οι τοξικές ουσίες προκαλούν σημαντικές μεταβολές και βλάβες στα αγγεία αλλά και σε όλους τους ιστούς του πλακούντα, με αποτέλεσμα η λειτουργία του να μην είναι απόλυτα φυσιολογική.

4.4.1. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης συνδέεται με την διαδικασία της πρόωρης ωρίμανσης του πλακούντα.

Ο Christianson ύστερα από μελέτη 7.651 πλακούντων διαπίστωσε ότι οι πλακούντες των καπνιστριών μητέρων παρουσίαζαν μια αυξημένη επικράτηση της αποτιάνωσης και των λευκών εμφράκτων. Τα ευρήματα αυτά εμφανίζονται στους πλακούντες των γυναικών με παρατεταμένη κύηση ή τουλάχιστον με μεγάλη διάρκεια κύησης. Στις περιπτώσεις όμως των εγκύων καπνιστριών η κυήσεις όχι μόνο δεν είναι παρατεταμένες, αλλά συνήθως είναι μικρότερης διάρκειας από την φυσιολογική.

Κατά συνέπεια, το κάπνισμα αποδεικνύεται επιταχύνει τη διαδικασία της γήρανσης του πλακούντα, καθιστώντας το περιβάλλον της μήτρας λιγότερο ευνοϊκό για την διαμονή και ανάπτυξη του εμβρύου μέσα σ' αυτό.

Μια ακόμα επίδραση του καπνού στον πλακούντα είναι το αυξημένο βάρος του σε αντιδιαστολή με το ελαττωμένο βάρος γέννησης των νεογνών των καπνιστριών μητέρων. Το αυξημένο αυτό βάρος του πλακούντα αποτελεί έναν αντισταθμικό μηχανισμό προκειμένου να διευκολυνθεί η οξυγόνωση του εμβρύου (Kenner, 1998).

4.4.2. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Η κατανάλωση καπνού από την έγκυο γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης έχει ως συνέπεια την αύξηση του κινδύνου για προδρομικό πλακούντα. Με τον όρο προδρομικός πλακούντας υποδηλώνεται η εγκατάσταση του πλακούντα στο κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας με κύρια περιοχή αναφοράς το εσωτερικό στόμιο του τραχήλου (Καρπάθιος, 1999).

Από έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την επίδραση του μητρικού καπνίσματος στην εμφάνιση προδρομικού πλακούντα έχουν προκύψει τα παρακάτω πορίσματα :

α) Όταν η έγκυος γυναίκα καπνίζει λιγότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος για προδρομικό πλακούντα αυξάνεται κατά 25%.

β) Όταν η έγκυος καπνίζει πολύ περισσότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος για προδρομικό πλακούντα μπορεί να αυξηθεί μέχρι και κατά 92% (Meyer, 1977).

Η πρόγνωση για την μητέρα που εμφανίζει προδρομικό πλακούντα την τελευταία δεκαετία έχει βελτιωθεί πολύ, έτσι ώστε σε μερικά κέντρα η μητρική θνησιμότητα να έχει εξαλειφθεί εντελώς. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και για την περιγεννητική θνησιμότητα η οποία είναι 10% για τα τελειόμηνα, ενώ για τα πρόωρα κυμαίνεται μεταξύ 30-35% (Καρπάθιος, 1999).

4.4.3. ΠΡΟΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Το κάπνισμα της εγκύου γυναίκας σχετίζεται επίσης και με αυξημένο κίνδυνο για πρόκληση πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Με το όρο αυτό εννοούμε την μερική ή ολική αποκόλληση του πλακούντα από τη φυσιολογική θέση πρόσφυσής του, η οποία είναι δυνατόν να συμβεί, κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου της κύησης ή κατά τον τοκετό (Καρπάθιος, 1999).

Ο κίνδυνος για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, βρέθηκε αυξημένος κατά 23-24% στις έγκυες γυναίκες, οι οποίες κάπνιζαν κατά την κύηση 1 πακέτο τσιγάρα ημερησίως, ενώ στις έγκυες γυναίκες, οι οποίες κάπνιζαν περισσότερο η αύξηση του κινδύνου αυτού κυμαινόταν μεταξύ 68-86% (Meyer, 1977).

Επίσης, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι το 38% των περιπτώσεων πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα μεταξύ των καπνιστριών εγκύων οφείλεται αποκλειστικά στο μητρικό κάπνισμα.

Η μητρική θνησιμότητα, ενώ παλαιότερα ήταν υψηλή, τα τελευταία χρόνια έχει ελαττωθεί σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα πολλά κέντρα να αναφέρουν την εξαφάνισή της. Αντίθετα, η περιγεννητική νοσηρότητα (υψηλό ποσοστό νεογνών με νευρολογικές παθήσεις) παραμένει ακόμα αρκετά υψηλή όπως και η περιγεννητική θνησιμότητα η οποία κυμαίνεται από 20-80%. Ανάλογα με την βαρύτητα της κλινικής εκδήλωσης της αποκόλλησης (Καρπάθιος, 1999).

5. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

5.1 ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ

Έχει διαπιστωθεί από σχετικές έρευνες ότι το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ενός πακέτου την ημέρα ή και περισσότερο σε καθημερινή βάση, αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την πρόκληση αυτόματης έκτρωσης. Με τον όρο αυτόν προσδιορίζεται η αυτόματη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο ή όταν το βάρος του δεν ξεπερνά τα 50g σε ηλικία κύησης μικρότερη από 24 εβδομάδες (Καρπάθιος, 1999).

Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι οι καπνίστριες μητέρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποβάλλουν κατά 30% (<http://www.addgr.com/org/hc>). Κάποιες άλλες έρευνες διαπίστωσαν ότι μεταξύ του πληθυσμού των βαρέων καπνιστών οι περιπτώσεις των αυτόματων αποβολών ήταν 1,7 φορές περισσότερες (Kenner, 1998).

Φαίνεται ότι η κύρια αιτία, στην οποία οφείλεται ο αυξημένος κίνδυνος για αυτόματες αποβολές των εμβρύων των καπνιστριών εγκύων είναι η δράση που ασκεί το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) στο φθαρτό. Συγκεκριμένα, το CO συντελεί στην νέκρωση των ιστών του φθαρτού. Η πιο ευαίσθητη περίοδος για την πρόκληση αυτόματης αποβολής είναι το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Helmininki, 1983).

5.2. ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΥΠΟΞΙΑ

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), το οποίο περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου είναι υπεύθυνο για την εκδήλωση υποξίας του εμβρύου. Τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα στην έγκυο αυξάνονται ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει ημερησίως.

Το CO διαχέεται άμεσα στον πλακούντα και, όταν βρεθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, ανταγωνίζεται με το οξυγόνο για τις θέσεις πρόσδεσης στην αιμογλοβίνη, σχηματίζοντας καρβοξυαιμογλοβίνη. Όταν σχηματιστεί η καρβοξυαιμογλοβίνη, τα μόρια οξυγόνου εκτοπίζονται και έτσι μειώνεται η μερική πίεση οξυγόνου (PO²) του εμβρύου και εξασθενεί η οξυγόνωση των ιστών του. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια το έμβρυο να παρουσιάζει ενδομήτρια υποξία (Kenner, 1998).

Εκτός από την ελάττωση της μεταφοράς του οξυγόνου προς τους ιστούς του εμβρύου, το CO προκαλεί και ελάττωση της ροής του αίματος. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι μια συγκέντρωση 10% της καρβοξυαιμογλοβίνης, η οποία επιτυγχάνεται στις γυναίκες που καπνίζουν δυο πακέτα τσιγάρα την ημέρα είναι ισοδύναμη με μείωση κατά 60% της ροής του εμβρυϊκού αίματος. Αυτό έχει ως συνεπείς την ελάττωση των θρεπτικών ουσιών, οι οποίες μεταφέρονται διαμέσου του πλακούντα στο έμβρυο και έτσι η προμήθεια του οξυγόνου προς το έμβρυο είναι πολύ μικρότερη (Bygnow, 1999).

Η νικοτίνη που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου ελαττώνει τη ροή του αίματος, καθώς προκαλεί αγγειοσύσπαση και έτσι δημιουργεί μια οξεία αλλά παροδική υποξαιμία στο έμβρυο επιδεινώνοντας την ήδη βεβαρημένη οξυγόνωση του.

5.3. ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Το μητρικό κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου που αποτελεί μια από τις πιο συχνές εμβρυϊκές διαταραχές και σχετίζεται με επταπλάσια αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί ότι ο σχετικός κίνδυνος να παρουσιάσει το έμβρυο που έχει εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη είναι 2,2 έως 4,2 φορές μεγαλύτερος (Bygnow, 1999).

Με τη βοήθεια της εφαρμογής των υπέρηχων έχουν ελεγχθεί αρκετά πρώιμα τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των εμβρύων που εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου. Έχει λοιπόν διαπιστωθεί μείωση του μήκους του σώματος των εμβρύων, της περιμέτρου της κεφαλής τους και των διαστάσεων των σπλάχνων τους, μάλιστα, φαίνεται ότι αυτές οι δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου είναι ανάλογες του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνει η έγκυος καθημερινά και γίνονται ακόμη βαρύτερες, εάν η έγκυος συνεχίσει το κάπνισμα μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης.

Επίσης, έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι ο κίνδυνος υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου είναι πολύ πιο σημαντικός για τις έγκυες γυναίκες άνω των 35 ετών, οι οποίες καπνίζουν προφανώς πολύ περισσότερα χρόνια απ' ό,τι οι έγκυες γυναίκες μικρότερης ηλικίας (Cnattingius, 1997).

Κύρια αίτια για την υπολειπόμενη ανάπτυξη των εμβρύων αποτελούν η μειωμένη πρόσληψη οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών, τα οποία είναι αποτέλεσμα της δράσης του

μονοξειδίου του άνθρακα και της νικοτίνης που περιέχονται στο καπνό του τσιγάρου. Δευτερεύοντα αίτια αποτελούν η πρόωρη πλακουντιακή ωρίμανση, ο προδρομικός πλακούντας και η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, τα οποία είναι δυνατόν να δημιουργηθούν λόγω του καπνίσματος της μητέρας κατά την κύηση.

5.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου έχει ως συνέπεια την γρηγορότερη ωρίμανση των πνευμόνων του και κατ'επέκταση τη μείωση του κινδύνου να εμφανίσει σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ).

Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι τα έμβρυα των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης παρουσίασαν ικανοποιητική πνευμονική ωριμότητα μια εβδομάδα νωρίτερα με τα έμβρυα που δεν είχαν εκτεθεί στον καπνό και ο κίνδυνος να εμφανίσουν ΣΑΔ είχε μειωθεί κατά 50%.

Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν καταδείξει ότι η νικοτίνη κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης υποβοηθάει την έκκριση της ACTH και συντελεί στην μεταβολή της παραγωγής και έκκρισης της κορτιζόλης, με αποτέλεσμα την νωρίτερη ωρίμανση των πνευμόνων.

Η διαδικασία μέσα από τη οποία τα εκτεθειμένα στον καπνό έμβρυα παρουσιάζουν πρόωρα μια κανονική ή και αυξημένη σχέση λεκιθίνης προς σφιγγομυελίνη (απ'την οποία καθορίζεται η ωρίμανση των πνευμόνων) είναι σύνθετη και μη φυσιολογική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται βραχυπρόθεσμα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ΣΑΔ στα έμβρυα αυτά, αλλά μακροπρόθεσμα να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος, κυρίως κατά το πρώτο έτος της ζωής τους αλλά και μέχρι την εφηβική τους ηλικία.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι το κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγεται κατά την κύηση, γιατί ενώ βοηθά στην πρόωρη ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου και στη μείωση του κινδύνου για εμφάνιση ΣΑΔ, στην πραγματικότητα, η ωρίμανση αυτή δεν είναι φυσιολογική, με αποτέλεσμα σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά αυτά να εμφανίζουν αναπνευστικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους (Symonds, 1998).

5.5. ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το κάπνισμα κατά την κύηση έχει ως άμεση επίδραση την αύξηση του ποσοστού της περιγεννητικής θνησιμότητας. Μάλιστα, ο αυξημένος αυτός κίνδυνος είναι 20% για τις γυναίκες οι οποίες καπνίζουν μέχρι 20 τσιγάρα την ημέρα και 35% για εκείνες που καπνίζουν περισσότερο από ένα πακέτο ημερησίως (Symonds, 1998).

Επίσης, είναι αποδεδειγμένο ότι πάνω από τα 2/3 όλων των περιγεννητικών θανάτων προκλήθηκαν από την έκθεση του εμβρύου/νεογνού στον καπνό του τσιγάρου πριν ή μετά την γέννηση. Στατιστικά, έχει βρεθεί ότι τα υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας εμφανίζονται, όταν οι καπνίστριες μητέρες ανήκουν στη μαύρη φυλή και στις χαμηλότερες οικονομικά και κοινωνικά τάξεις.

Έχει παρατηρηθεί μια διαφορά μεταξύ των πρωτοτόκων και πολύτοκων γυναικών από την άποψη των αποτελεσμάτων της επίδρασης του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση.

Οι πρωτότοκες γυναίκες, οι οποίες καπνίζουν λιγότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, εμφανίζουν έναν αυξημένο κίνδυνο κατά 25% εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας από ότι οι μη καπνίστριες γυναίκες. Ενώ, οι πρωτότοκες γυναίκες που καπνίζουν περισσότερο από ένα πακέτο την ημέρα, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας κατά 56%.

Οι πολύτοκες γυναίκες, που κάπνιζαν κατά την κύηση, εμφάνισαν περιγεννητική θνησιμότητα σε ποσοστό κατά 30% υψηλότερο σε σχέση με τις μη καπνίστριες, χωρίς να υπάρχει διαφορά σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν (Burton, 1999).

Η αύξηση αυτή της θνησιμότητας εκδηλώνεται είτε ως θάνατος του εμβρύου ο οποίος λαμβάνει χώρα συνήθως μετά την 28^η εβδομάδα της κύησης, είτε ως θάνατος του νεογνού κυρίως κατά τις πρώτες 6 ημέρες της ζωής του.

Τα ακριβή αίτια της περιγεννητικής θνησιμότητας δεν είναι ακόμη γνωστά, αλλά ως πιθανά αίτια της εμφανίζονται οι μηχανισμοί που προκαλούν ενδομήτρια υποξία, προωρότητα, προδρομικό πλακούντα και πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

Σε μια μεγάλη μελέτη που έγινε στην Αγγλία και η οποία περιελάμβανε 2000 κυήσεις, βρέθηκε ότι από τις γυναίκες που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη, έχασαν το παιδί τους σε ποσοστό 7,9% έναντι 4,1% όσων δεν κάπνιζαν. Επίσης, βρέθηκε ότι μια

στις πέντε γυναίκες έχασαν το παιδί τους και κάπνιζαν δεν θα είχε τέτοια δυσάρεστη έκβαση, εάν δεν κάπνιζε (Λαμπρόπουλος, 1992).

Έχει υπολογιστεί επίσης ότι, εάν όλες οι έγκυες γυναίκες διακόψουν το κάπνισμα, τότε ο αριθμός της εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας θα μειωθεί κατά 10% (Bygrow, 1999).

Επίσης, έρευνα όλων των περιστατικών από το «Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου» η οποία έγινε από το 1993 έως το 1995, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι περίπου τα 2/3 όλων των περιγεννητικών θανάτων θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν τα παιδιά δεν εκτίθενταν στον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτρια ζωή τους και μετά (<http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip>). Γι'αυτό, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη συμβουλευτικής, προκειμένου οι γυναίκες να διακόπτουν το κάπνισμα κατά την κύηση αλλά και μετά από αυτή.

6. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

6.1. ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες που έχουν γίνει έχει αποδειχθεί ότι η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου σχετίζεται με την προωρότητα, δηλαδή με την γέννηση του νεογνού πριν από την συμπλήρωση της 37^η εβδομάδα κύησης. Αυτό το γεγονός είναι πολύ σημαντικό, αν αναλογιστεί κανείς ότι η προωρότητα ευθύνεται για ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας, το οποίο φθάνει το 75% (Δοντάς, 2002).

Τα αίτια στα οποία οφείλεται αυτή η σχέση μητρικού καπνίσματος και προωρότητας είναι πολλαπλά. Τα κυριότερα είναι: η αγγειοσυσπαστική δράση που ασκεί η νικοτίνη στα αιμοφόρα αγγεία του πλακούντα και στα αγγεία του σώματος της μήτρας και η ενδομήτρια υποξία του εμβρύου η οποία προκαλείται από την υψηλή συγκέντρωση CO στην κυκλοφορία του. Επίσης, άλλα αίτια είναι η πρόωρη αποκόλληση των εμβρυϊκών υμένων, η πρόωρη ρήξη του πλακούντα και ο προδρομικός πλακούντας που αποτελούν επιπλοκές οφειλόμενες στο μητρικό κάπνισμα (Taeusch, 1998).

Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος να γεννηθούν πρόωρα, νεογνά τα οποία έχουν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου είναι αυξημένος κατά 40% σε σχέση με τα νεογνά των οποίων η μητέρα δεν κάπνιζε κατά την διάρκεια της κύησης και είναι ανάλογος της ποσότητας των τσιγάρων που καταναλώνονται από την καπνίστρια μητέρα (Yusuf, 1999). Μάλιστα, σύμφωνα με μερικές μελέτες, το 10% των πρόωρων γεννήσεων αποδίδεται αποκλειστικά στο μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη (Burrow, 1999). Έχει βρεθεί επίσης ότι ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμα μεγαλύτερος για δίδυμα νεογνά, τα οποία χρειάζονται μεγαλύτερη ποσότητα οξυγόνου (Pollac, 2000). Επίσης, είναι μεγαλύτερος για τα νεογνά των οποίων οι μητέρες είναι άνω των 35 ετών, καθώς η έκθεση των μητέρων αυτών στον καπνό είναι πιο μακροχρόνια και η επίδραση των άμεσων τοξικών αποτελεσμάτων του καπνίσματος είναι πιο έντονη (Cnattingius, 1993).

Από τη διεξαγωγή μελέτη στην βόρεια Καλιφόρνια, κατά την οποία εξετάστηκαν 30.600 έγκυες γυναίκες, προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

α) το 20% των γεννήσεων ήταν πρόωρες <37 εβδομάδες κύησης και το ποσοστό αυτό αφορούσε γυναίκες, οι οποίες κατά την εγκυμοσύνη κάπνιζαν λιγότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα.

β) το ποσοστό αυτό αυξήθηκε ραγδαία φθάνοντας το 60% για γεννήσεις πολύ πρόωρες <33 εβδομάδες κύησης και αφορούσε έγκυες γυναίκες οι οποίες κάπνιζαν

υπερβολικά, περισσότερο από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (Horta, 1997).

6.2. ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την περίοδο της κύησης συντελεί στην γέννηση νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης, δηλαδή με βάρος γέννησης το οποίο είναι μικρότερο από 2.500g (Καρπάθιος, 1999). Μάλιστα, στη σημερινή εποχή το κάπνισμα της εγκύου αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα του περιβάλλοντος που ενοχοποιείται για λιπόβαρα νεογνά στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες, ο οποίος μπορεί να αποφευχθεί (Scott, 1999).

Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση οδηγεί σε μείωση του βάρους γέννησης των νεογνών της τάξης των 200-300g κατά μέσο όρο, η οποία είναι ανεξάρτητη από άλλους παράγοντες που επηρεάζουν το βάρος γέννησης (Deborah, 1992). Η επίδραση αυτή είναι ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει η έγκυος (δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται, τόσο χαμηλότερο είναι το βάρος γέννησης) (Burrow, 1999).

Επίσης, η πιθανότητα να γεννηθούν νεογνά χαμηλού ή πολύ χαμηλού βάρους γέννησης είναι σαφώς πιο έντονη για τα δίδυμα τα οποία χρειάζονται μεγαλύτερες ποσότητες οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών (Pollac, 2000) και για νεογνά, που η ηλικία της μητέρας τους είναι πάνω από 40 ετών (Chattingius, 1997).

Σύμφωνα με σχετική μελέτη του Luke και των συναδέλφων του, το κάπνισμα διπλασιάζει το κίνδυνο γέννησης νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης (Kenner, 1998). Υπολογίζεται ότι το 20-30% των γεννήσεων νεογνών χαμηλού βάρους γέννησης στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλεται στο μητρικό κάπνισμα κατά την κύηση.

Οι μηχανισμοί στους οποίους οφείλεται αυτή η σχέση μεταξύ καπνίσματος της εγκύου και χαμηλού βάρους γέννησης των νεογνών είναι πολλοί και δεν έχουν ακόμη καθοριστεί σαφώς. Κύριο ρόλο όμως, φαίνεται να παίζουν η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα, που προκαλούν μεταβολές στον πλακούντα εμποδίζοντας έτσι την πρόσληψη της κατάλληλης ποσότητας οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών από το έμβρυο.

Η έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου είναι δυνατόν να σχετίζεται με ποικίλες θρεπτικές ανεπάρκειες, οι οποίες επιδεινώνουν την επίδραση που ασκεί το κάπνισμα στο βάρος γέννησης.

Συγκεκριμένα, οι μη καπνίστριες μητέρες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό λήψης θρεπτικών συστατικών κατά την κύηση από ότι οι καπνίστριες μητέρες και η διατροφή τους είναι πιο υγιεινή και υψηλότερης θρεπτικής αξίας. Το κάδμιο που περιέχει ο καπνός του τσιγάρου ευθύνεται για την ανεπάρκεια ψευδαργύρου που εμφανίζουν οι καπνίστριες μητέρες. Ακόμα, οι καπνίστριες μητέρες εμφανίζουν ανεπάρκεια σε καροτίνη και χοληστερόλη. Οι θρεπτικές αυτές ανεπάρκειες και κυρίως αυτή του ψευδαργύρου επηρεάζουν αρνητικά το βάρος γέννησης των νεογνών (Burrow, 1999).

Αξιοπεριεργό όμως, είναι το γεγονός ότι τα νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης που οφείλεται στην ενδομήτρια έκθεση τους στον καπνό του τσιγάρου παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα περιγεννητικής θνησιμότητας σε σχέση με τα νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης, που οφείλεται σε άλλους παράγοντες αλλά έχει δοθεί ικανοποιητική εξήγηση γι' αυτό το γεγονός (Bouckaert, 2000).

6.3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΝΕΟΓΝΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Το μητρικό κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες ότι συντελεί στην αύξηση του κινδύνου για το σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου.

Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι η ενδομήτρια έκθεση του νεογνού στον καπνό του τσιγάρου είναι υπεύθυνη για το 30% όλων των αιφνίδιων θανάτων των νεογνών (Scott, 1999).

Οι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους ο καπνός του τσιγάρου προκαλεί το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου στα νεογνά παραμένουν άγνωστοι. Είναι πιθανό να οφείλεται στην επίδραση των τοξικών ουσιών, που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, κατά την ενδομήτρια ζωή του νεογνού αλλά και στο χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών, το οποίο αποτελεί και αυτό επιπλοκή του καπνίσματος της εγκύου (Burrow, 1999).

Οι μητέρες των νεογνών που εμφανίζουν σύνδρομο αιφνίδιο θανάτου είναι πιθανότερο να καπνίζουν υπερβολικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με τις μητέρες που τα παιδιά τους δεν το εμφανίζουν (Burrow, 1999).

Τέλος, από σχετικές έρευνες έχει αναφερθεί ότι στη μαύρη φυλή το ποσοστό των νεογνών που εμφανίζουν το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου είναι υψηλότερο από αυτό στη λευκή φυλή (Li, 1991).

6.4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος της εγκύου έχουν πάρει μεγάλες διαστάσεις, μέχρι του σημείου να χαρακτηρίζονται τα νεογνά αυτά σε κάποιες βιβλιογραφίες από ίδια νοσολογική οντότητα, το «σύνδρομο εμβρύου καπνίσματος» (fetal tobacco syndrome).

Τα νεογνά αυτά προέρχονται από μητέρες, οι οποίες κάπνιζαν κατά την κύηση και το σωματικό τους βάρος είναι μικρότερο από 2.500g, χωρίς να ανιχνεύονται άλλα εμφανή αίτια για τη διαταραχή αυτή. Η αναγνώριση των νεογνών αυτών είναι δυνατόν να γίνει και με επισκόπηση μόνο. Αναγνωρίζονται εύκολα από τις ρυτίδες που έχουν στο πρόσωπο και από την έκφραση δυσαρέσκειας (Λαμπρόπουλος, 1992).

6.5. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΕΣ

Αξιοσημείωτο είναι ότι κάποιες έρευνες σχετικές με την δράση του καπνίσματος της μητέρας κατά την περίοδο της κύησης και ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο, κατά το οποίο γίνεται η οργανογέννηση του εμβρύου, αναφέρουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος της εγκύου και της εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών στο έμβρυο. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι το κάπνισμα προκαλεί τερατογένεση στο έμβρυο η οποία εκδηλώνεται κλινικά ως ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και συγγενείς καρδιοπάθειες (Λαμπρόπουλος, 1992).

Κάποιες άλλες έρευνες συσχετίζουν το κάπνισμα της εγκύου με την εμφάνιση συγγενών διαμαρτιών του πεπτικού συστήματος. Ειδικότερα, αναφέρουν ότι συνδέεται

με λαγόχειλο (Bytrow, 1999), δηλαδή με σχισμή στο άνω χείλος η οποία μπορεί να είναι γραμμοειδής ή και να απουσιάζει μεγάλο τμήμα με συμμετοχή της μύτης (Αντωνιάδης, 2000) και με λυκόστομα (Bytrow, 1999) όπου υπάρχει έλλειμμα στην υπερώα κατά τη μέση γραμμή, λόγω μη συνένωσης (Αντωνιάδης, 2000).

Τέλος, υπάρχουν και έρευνες οι οποίες έχουν αποδείξει ότι το μητρικό κάπνισμα κατά την κύηση συνδέεται με υποπλασία των άκρων. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι η αναλογία πιθανοτήτων μεταξύ όλων των περιπτώσεων υποπλασίας των άκρων και της έκθεσης των εμβρύων στο καπνό του τσιγάρου ήταν 1,26 (Kallen, 1997). Επίσης, σε μια άλλη έρευνα έχει υπολογιστεί μια αύξηση κατά 48% της εγκάρσιας υποπλασίας άκρων οφειλόμενη στο μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη (Bytrow, 1999).

6.6. ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Σύμφωνα με έρευνα που εκπονήθηκε στο πανεπιστήμιο Πατρών σχετικά με το αν το κάπνισμα κατά την κύηση προκαλεί αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στα παιδιά των καπνιστριών μητέρων, μελετήθηκε η ΑΠ σε : α) 73 νεογνά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση, β) 43 νεογνά των οποίων οι μητέρες διέκοψαν το κάπνισμα νωρίς κατά την κύηση, γ) 83 νεογνά, των οποίων οι μητέρες ήταν παθητικές καπνίστριες και δ) 170 νεογνά, των οποίων οι γονείς δεν κάπνιζαν. Έγιναν τρεις τυφλές μετρήσεις της ΑΠ στις 1, 24, 48 και 72 ώρες ζωής. Μερικά από τα νεογνά παρακολούθηθηκαν ως την ηλικία των 2 ετών.

Τα ευρήματα που προκύπτουν από την μελέτη αυτή δείχνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν οι μητέρες κατά την κύηση και την παρουσία αυξημένης ΑΠ στα νεογνά. Συγκεκριμένα, κάπνισμα >15 τσιγάρα την ημέρα κατά την κύηση μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ΑΠ στα νεογνά και βρέφη, η οποία παραμένει έως το πρώτο έτος της ζωής. Φαίνεται ότι στα παιδιά αυτά η ΑΠ επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα κατά το δεύτερο χρόνο της ζωής, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αυξημένη αυτή ΑΠ αντανακλά φυσιολογικές μάλλον παρά ανατομικές μεταβολές, που προκαλούνται από τον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτρια ζωή.

Η παρατήρηση ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες διέκοψαν το κάπνισμα στην αρχή της κύησης είχαν παρόμοια ΑΠ με αυτή των νεογνών που οι γονείς τους δεν

κάπνιζαν, δείχνει ότι η αυξημένη ΑΠ είναι αποτέλεσμα της κατευθείαν δράσης του καπνού στον πλακούντα και το κυκλοφορικό σύστημα του εμβρύου.

Η αυξημένη ΑΠ, που παρατηρήθηκε στα νεογνά και βρέφη μητέρων που κάπνιζαν κατά την κύηση, είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη, καθώς δεν μπορεί να αποκλεισθεί η πιθανότητα συσχέτισης μεταξύ αυτής της πρώιμης αύξησης της ΑΠ και την ανάπτυξη ιδιοπαθούς υπέρτασης αργότερα από τα άτομα αυτά. Αναδρομικές και μακροχρόνιες μελέτες καθίσταται επομένως αναγκαίες προκειμένου να προσδιοριστεί η φυσική ιστορία της αυξημένης ΑΠ που παρουσίασαν τα νεογνά και βρέφη των μητέρων που κάπνιζαν κατά την κύηση (Βαρβαρήγου, 1998).

6.7. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ

Το μητρικό κάπνισμα συσχετίζεται με την εμφάνιση αύξησης του όγκου του θυρεοειδή αδένου των νεογνών, όπως τεκμηριώνεται από τα επίπεδα του θειοκυανικού αλάτος (μεταβολίτης του καπνού του τσιγάρου) στον ομφάλιο λώρο.

Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από την μελέτη 82 τυχαία επιλεγμένων μητέρων από τις Βρυξέλλες οι οποίες δεν είχαν ιστορικό ασθένειας του θυρεοειδούς αδένου ή ανεπάρκεια ιωδίου. Τα νεογνά ήταν συμπτωματικά παρόλα αυτά ο συσχετισμός της αύξησης του θυρεοειδούς σε σχέση με το βάρος γέννησης ήταν σημαντικός και προσθέτει άλλη μια αρνητική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία των νεογνών. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις δεν είναι ακόμα γνωστές (Kenner, 1998).

6.8. ΣΤΡΑΒΙΣΜΟΣ

Η ενδομήτρια έκθεση στον καπνό του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι είναι δυνατόν να συνδέεται με τον στραβισμό. Συγκεκριμένα, συνδέεται με δύο τύπους στραβισμού, οι οποίοι αποτελούν μη φυσιολογική απόκλιση της εστίασης, την εσωτροπία (τα μάτια συγκλίνουν) και την εξωτροπία (τα μάτια αποκλίνουν). Ο στραβισμός που δεν έχει θεραπευτεί μπορεί να οδηγήσει στην αμβλυωπία ή ακόμα και την τύφλωση στο αδύνατο μάτι.

Ο κίνδυνος εμφάνισης στραβισμού αυξάνεται με το κάπνισμα μεγάλου αριθμού τσιγάρων κατά την διάρκεια του τρίτου τριμήνου, το οποίο αποτελεί περίοδο ταχείας ανάπτυξης του εγκεφάλου και της μυελινοποίησης του οπτικού νεύρου (Kenner.1998).

6.9. ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Η καπνίστρια μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να διακόπτει το κάπνισμα κατά την περίοδο που θηλάζει το νεογνό της καθώς επίσης και να το προφυλάσσει από την πιθανή έκθεσή του στο παθητικό κάπνισμα για τους εξής τρεις λόγους :

1) έχει διαπιστωθεί από σχετικές μελέτες ότι η νικοτίνη προκαλεί μείωση της παραγωγής της προλακτίνης με αποτέλεσμα η ποσότητα του μητρικού γάλατος στις μητέρες που καπνίζουν να είναι αρκετά μικρότερη από αυτή των μη καπνιζόντων μητέρων. Η μείωση αυτή της ποσότητας του μητρικού γάλατος έχει ως συνέπεια να μην επαρκεί για να καλύψει τις ενεργειακές ανάγκες του νεογνού (Burrow, 1999) , γεγονός το οποίο έχει ως άμεσο επακόλουθο οι καπνίστριες μητέρες να διακόπτουν τον θηλασμό πολύ πιο εύκολα και πολύ πιο γρήγορα απ'ό,τι οι μητέρες που δεν καπνίζουν (Schulte, 1992).

2) η ποσότητα της απέκκρισης της κοτινίνης (η οποία είναι μεταβολίτης της νικοτίνης) που βρίσκεται στα ούρα των νεογνών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο διατροφής τους. Συγκεκριμένα, είναι δεκαπλάσια στα νεογνά που σιτίζονται από το στήθος της καπνίστριας μητέρας τους σε σχέση με τα νεογνά που σιτίζονται με το μπουκάλι. Επίσης, η απέκκριση της κοτινίνης που ανευρίσκεται στα ούρα των νεογνών, τα οποία είναι εκτεθειμένα στο παθητικό κάπνισμα είναι υψηλότερη από αυτή των ενήλικων παθητικών καπνιστών. Τέλος, η απέκκριση της κοτινίνης στα νεογνά των καπνιστριών μητέρων τα οποία τρέφονται με το μητρικό γάλα βρίσκεται στα επίπεδα των ενηλίκων καπνιστών (Schulte, 1992).

3) έχει διαπιστωθεί ότι η ποσότητα της νικοτίνης που προσλαμβάνει το νεογνό είναι πολύ μικρή καθώς η νικοτίνη βρίσκεται στο γάλα των μητέρων που καπνίζουν σε πολύ χαμηλές συγκεντρώσεις, οι οποίες είναι ανάλογες του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει η κάθε μητέρα. Έχει διαπιστωθεί ότι, όταν η μητέρα καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, τα επίπεδα της νικοτίνης στο γάλα είναι μόλις

0,01-0,05 mg/100 ml (Scott, 1999). Επίσης η νικοτίνη απορροφάται εύκολα από τα έντερα του νεογνού και γι ' αυτούς τους λόγους είναι μάλλον αδύνατο να προκύψουν τοξικές επιδράσεις στο νεογνό ως συνέπεια του θηλασμού. Όμως, δεν έχει διαπιστωθεί ακόμα αν οι καρκινογόνες και οι υπόλοιπες βλαβερές ουσίες, οι οποίες περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, μεταφέρονται στο μητρικό γάλα, και τα επιδράσεις θα μπορούσε να έχει αυτό το ενδεχόμενο στην υγεία του νεογνού.

Εάν η καπνίστρια μητέρα υποστηρίζει πως έχει προσπαθήσει αλλά δεν έχει καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα και πιστεύει πως της είναι αδύνατον να το διακόψει τότε θα πρέπει να ενθαρρύνεται να καπνίζει όσο το δυνατόν λιγότερα τσιγάρα ημερησίως καθώς οι συγκεντρώσεις της νικοτίνης στο μητρικό γάλα είναι ανάλογες του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται την ημέρα.

Επίσης θα πρέπει να ενθαρρύνεται να φροντίζει το χρονικό διάστημα μεταξύ του καπνίσματος και του θηλασμού να είναι όσο πιο μεγάλο, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η ποσότητα της νικοτίνης την οποία προσλαμβάνει το νεογνό από το γάλα της μητέρας του είναι αντιστρόφως ανάλογο του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ του καπνίσματος και του θηλασμού. Έτσι, αν το διάστημα αυτό είναι π.χ. 2 ώρες και 30 λεπτά, η συγκέντρωση της νικοτίνης στο γάλα της μητέρας θα έχει υποτετραπλασιαστεί. (Παπαρηγορίου, 1988)

7. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

7.1. ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Το μητρικό κάπνισμα συμβάλλει στην εμφάνιση εμβρυϊκής υποξίας και δυσχεραίνει την οδό μεταφοράς των θρεπτικών ουσιών προς το έμβρυο, με αποτέλεσμα να μην τρέφεται ικανοποιητικά. Επίσης, η νικοτίνη και τα άλλα συστατικά που περιλαμβάνονται στον καπνό είναι δυνατόν να επηρεάσουν άμεσα αρνητικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου.

Εξαιτίας όλων αυτών των δράσεων του μητρικού καπνίσματος κατά την περίοδο της κύησης, έχει αποδειχθεί σύμφωνα με σχετικές έρευνες ότι επηρεάζεται δυσμενώς η διανοητική ανάπτυξη του παιδιού και η σχολική του απόδοση (Weitzman, 1992).

Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης, εμφανίζουν κάποιου βαθμού καθυστέρηση στη διανοητική ανάπτυξη, παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις στα τεστ συλλαβισμού και ανάγνωσης, μειωμένη ικανότητα εκτέλεσεως μαθηματικών πράξεων κ.α. (Kenner, 1998) Ειδικότερα στα παιδιά αυτά διαπιστώθηκε 4 μηνών καθυστέρηση στην ικανότητα αναγνώσεως και 5 μηνών καθυστέρηση στη μαθηματική ικανότητα. Επίσης, τα παιδιά αυτά εμφανίζουν υπερκινητικότητα και χαμηλή ικανότητα συγκέντρωσης.

Τέλος, ύστερα από έρευνα που έγινε στην Αγγλία εξετάστηκε η επίδραση του μητρικού καπνίσματος στην ακόλουθη ανάπτυξη των παιδιών και βρέθηκε στις ηλικίες μεταξύ των 7 και 11 ετών πνευματική καθυστέρηση οφειλόμενη στο κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης. (Kenner, 1998)

7.2. ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το μητρικό κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης οδηγεί στην έκθεση του εμβρύου σε καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες περιέχονται στον καπνό, και μεταφέρονται σε αυτό διαμέσων του πλακούντα (Lackmann, 1999) Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου να συνδέεται με έναν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου κατά την παιδική ηλικία, λευχαιμίας και καρκίνου του εγκεφάλου.

Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ένας διπλάσιος κίνδυνος αύξησης του non-Hodgkin λεμφώματος, της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας και του όγκου Wilms' στα παιδιά,

των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση 10 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, σε σχέση με τα παιδιά των μη καπνιζόντων μητέρων. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των μεταβολών του DNA στους πλακούντες των καπνιστριών μητέρων (Burrow, 1999)

Βέβαια υπάρχουν και κάποιες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του μητρικού καπνίσματος και του παιδικού καρκίνου. (Στο εργαστήριο όμως η διαπλακουντιακή έκθεση των πειραματόζωων στα διάφορα συστατικά του καπνού έχει αποδείξει την εμφάνιση όγκων σε διάφορα σημεία τους.)

Επίσης, έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος αυτός είναι ελαφρά μεγαλύτερος για τα αγόρια με τα κορίτσια. Ακόμα, έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες ότι και το παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά της εγκυμοσύνης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και κυρίως με τον καρκίνο του εγκεφάλου κατά την παιδική ηλικία (John, 1991).

7.3. ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

Σύμφωνα με 7 μελέτες, οι οποίες έγιναν στην Νορβηγία, την Αγγλία και τις Η.Π.Α., αναφέρεται μια συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου με την μηνιγγίτιδα. Μάλιστα, η παθητική έκθεση των παιδιών στον καπνό συντελεί στο να αυξηθεί σημαντικά ο κίνδυνος προσβολής των παιδιών αυτών από μηνιγγίτιδα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι σχεδόν 2.600 περιπτώσεις μηνιγγιτικής ασθένειας παρουσιάζονται ετησίως στις Η.Π.Α. και οι δείκτες είναι υψηλότεροι στα νέα παιδιά. Μάλιστα, οι δείκτες θνησιμότητα ανά περιστατικό κυμαίνονται από 10-15%. Όσο από τους ασθενείς κατορθώσουν να επιζήσουν, είναι δυνατόν να εμφανίσουν μακροπρόθεσμα διάφορες επιπλοκές, όπως υδροκεφαλία, πνευματικές και σωματικές αναπηρίες.

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης, η οποία πραγματοποιήθηκε από τους Yusuf Rochat et al, υποδηλώνουν ότι η έκθεση στο μητρικό κάπνισμα αποτελεί εμφάνισης σποραδικής μηνιγγίτιδας στα νέα παιδιά. Μάλιστα, η συχνότητα οξείας μηνιγγίτιδας ήταν 5 φορές υψηλότερη στα παιδιά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της κύησης, συγκριτικά με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν κάπνιζαν κατά την κύηση. Σχεδόν το ¼ της οξείας μηνιγγίτιδας που παρουσιάζεται στα παιδιά θα μπορούσε να αποδοθεί στην παθητική έκθεση τους στον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτρια ζωή τους.

Οι μηχανισμοί, οι οποίοι καθορίζουν τον αυξημένο κίνδυνο για την μηνιγγίτιδα ως αποτέλεσμα της έκθεσης στον καπνό, περιλαμβάνουν τις επιπλοκές που ο καπνός στην ακεραιότητα των βλεννογόνων και το ανοσοποιητικό σύστημα.

Συγκεκριμένα, ο καπνός του τσιγάρου προκαλεί μείωση της έκκρισης αναπνευστικών βλεννών και της δραστηριότητας των κροσσών, οι οποίες υπάρχουν στους βρόγχους. Επίσης, είναι δυνατόν να μειώσει την αποτελεσματικότητα των αναπνευστικών βλεννών, οι οποίες δρουν ως προστατευτικό εμπόδιο κατά των παθογόνων βακτηριδίων.

Επιπλέον, η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου επηρεάζει δυσμενώς τη δραστηριότητα των μακροφάγων και τη λειτουργία των ουδετερόφιλων, με αποτέλεσμα να αυξάνει έμμεσα τον κίνδυνο για προσβολή από μηνιγγίτιδα καθώς προδιαθέτει τα παιδιά για διηθητικές αναπνευστικές λοιμώξεις.

Ο κίνδυνος να προσβληθούν τα παιδιά από μηνιγγίτιδα γίνεται ακόμη μεγαλύτερος, όταν το παιδί του οποίου η μητέρα του κάπνιζε κατά την κύηση, ζει σε μια οικογένεια με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα πιθανής ύπαρξης κάποιων παραγόντων, όπως συμβίωση πολλών ατόμων μέσα στο μικρό χώρο ενός σπιτιού, πενιχρή διατροφή, επίπεδο μόρφωσης πολύ χαμηλό έως ανύπαρκτο, μη τήρηση των απαραίτητων συνθηκών υγιεινής, ανύπανδρη μητέρα, μη ύπαρξη κατάλληλης ιατροφαρμακευτικής μέριμνας κ.α. (Yusuf, 1999)

7.4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η έκθεση του εμβρύου στο μητρικό κάπνισμα σχετίζεται με δυσμενείς συνέπειες στην ανάπτυξη των πνευμόνων και τα καθιστά ευαίσθητα στις αναπνευστικές λοιμώξεις και στις βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος γεγονός το οποίο παραμένει και πέρα από την παιδική ηλικία στην ενήλικη του ζωή.

Τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας δείχνουν ότι το μητρικό κάπνισμα σχετίζεται με χαμηλούς ρυθμούς της ροής του αέρα κυρίως στις μικρότερες αεροφόρους οδούς.(Gilliland, 2000).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι οξείες αναπνευστικές ασθένειες, όπως η πνευμονία και η βρογχίτιδα εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της κύησης σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν εκτεθεί στον καπνό κατά την

ενδομήτρια ζωή τους, ιδίως κατά την νεογνική και προσχολική ηλικία τους (Morgan, 1998).

Συγκεκριμένα, οι Harlap και Davies μελέτησαν 10.072 γεννήσεις στο Ισραήλ και διαπίστωσαν ότι τα παιδιά , τα οποία είχαν εκτεθεί στον καπνό του τσιγάρου κατά την ενδομήτρια ζωή τους, παρουσίασαν μια αύξηση περίπου 25%, στο ποσοστό εισαγωγής σε νοσοκομείο για πνευμονία και βρογχίτιδα σχετικά με τα παιδιά των μη καπνιστριών μητέρων (Burrow, 1999).

Επίσης, η επίδραση της ενδομήτριας έκθεσης των παιδιών στο καπνό του τσιγάρου στη λειτουργία του αναπνευστικού τους συστήματος παρουσιάζεται πιο έντονη στα παιδιά της μαύρης φυλής απ'ότι της λευκής και στα αγόρια απ'ότι στα κορίτσια. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που ζουν σε αστικές περιοχές, ανήκουν σε μειονότητες και είναι φτωχά εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος και ιδίως άσθμα σε σχέση με τα παιδιά της λευκής φυλής που ζουν σε ημιαστικές περιοχές (Cunningham, 1995).

Εάν η μειωμένη λειτουργικότητα των πνευμόνων των νεογνών, που οφείλεται στο κάπνισμα της εγκύου, επιμείνει και κατά την ενήλική ζωή τους, τότε υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνο των πνευμόνων και καρδιαγγειακά νοσήματα στη μετέπειτα ζωή τους (Gilliland, 2000).

8. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

8. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Από πολλές μελέτες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι το παθητικό κάπνισμα της μητέρας, κυρίως από τον πατέρα καπνιστή, όταν καπνίζει τουλάχιστον 20 τσιγάρα ημερησίως, έχει παρόμοια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο με ενεργητικό κάπνισμα της μητέρας, ενώ βέβαια, το μέγεθος των βλαβερών συνεπειών είναι αρκετά μικρότερο (Ζαβός, 1996). Φαίνεται ότι το παθητικό κάπνισμα έχει μικρότερη επίδραση από το μητρικό, αλλά σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, το κάπνισμα του πατέρα αποτελεί ανεξάρτητο δυσμενή παράγοντα για το βάρος του νεογνού κατά τη γέννηση (Λαμπρόπουλος, 1992).

Ως παθητικό κάπνισμα της εγκύου ορίζεται η έκθεσή της στα προϊόντα καύσης του τσιγάρου σε κλειστό χώρο, όπως είναι η κατοικία της, ο χώρος εργασίας, οι δημόσιοι χώροι, οι καφετέριες κ.τ.λ.

Οι πρώτες παρατηρήσεις, οι οποίες έγιναν σχετικά με το παθητικό κάπνισμα και την κύηση, πριν από 40 περίπου χρόνια, ενοχοποιούσαν το παθητικό κάπνισμα των εγκύων, των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν, για αυξημένη επίπτωση πρόωρου τοκετού, ενώ δεν είχε διαπιστωθεί ακόμα σχέση με το βάρος κατά τη γέννηση και την περιγεννητική θνησιμότητα.

Πολλές νεότερες μελέτες ερευνούν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο, όταν δεν καπνίζει η ίδια η μητέρα, αλλά ζει σε ένα περιβάλλον καπνιστών, είτε στον χώρο του σπιτιού, είτε στον εργασιακό της χώρο. Σύμφωνα με τις εργασίες αυτές, το βάρος των νεογνών εμφανίστηκε ελαττωμένο κατά μέση τιμή 120g, εάν ο πατέρας κάπνιζε ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Η συσχέτιση ήταν στατιστικώς σημαντική μετά από διόρθωση για άλλους παράγοντες, όπως ηλικία, αριθμό κυήσεως, κατανάλωση οιοπνευματωδών και κάπνισμα μητέρας. Η μείωση αυτή του βάρους είναι συγκρίσιμη με αυτήν που αποδίδεται στο μητρικό κάπνισμα. Ο σχετικός κίνδυνος γέννησης λιπόβαρους νεογνού (δηλαδή νεογνού με βάρος σώματος <2.500g) ήταν 2,17 με 95% όρια αξιοπιστίας.

Επίσης, έχει αποδειχθεί σύμφωνα με σχετικές έρευνες ότι το παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου και ιδίως με την εμφάνιση καρκίνου του εγκεφάλου κατά την παιδική του ηλικία.

Επίσης, έχει βρεθεί ότι στις έγκυες που εργάζονται κατά την κύηση η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου που υπόκεινται στον χώρο της εργασίας τους συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμβρυϊκού θανάτου κατά 1,53 φορές περισσότερο (Samet, 1991).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ακόμη ότι η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε μεγαλύτερη σε παιδιά, των οποίων ο πατέρας ήταν βαρύς καπνιστής, σε σύγκριση με παιδιά μη καπνιστή πατέρα.

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) περιγράφει το κάπνισμα ως την πιο σημαντική τροποποιήσιμη αιτία, για την δημιουργία προβλημάτων στην εγκυμοσύνη αφενός και αφετέρου στην υγεία των νεογνών σε χώρες, όπως οι ΗΠΑ και οι χώρες της Ε.Ε.

Πολλές από τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη δεν είναι γνωστές ή το γεγονός ότι στις ΗΠΑ το 19-30 % των γυναικών, οι οποίες μένουν έγκυες, συνεχίζουν το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη (Lindsay, 2001), ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι πολύ μεγαλύτερο και φθάνει το 60,9%.

Γι' αυτό, καθίσταται αναγκαία η ύπαρξη υποστήριξης για την διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση αλλά και μετά από αυτήν, η οποία θα πρέπει να παρέχει επαρκή πληροφόρηση για τους κινδύνους που δημιουργεί το κάπνισμα στην υγεία των γυναικών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, στην υγεία των εγκύων, τις πιθανές βλάβες τις οποίες προκαλεί στο έμβρυο και στο νεογνό, οι οποίες είναι δυνατόν να παραμείνουν στην παιδική και ενήλικη ζωή τους. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει μια επιλογή θεμάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα και υπογραμμίζουν τη σημασία της προαγωγής της εγκυμοσύνης και λοχείας χωρίς κάπνισμα.

Μια προοπτική που θα προσδιορίζει τους παράγοντες που προάγουν και συντηρούν το κάπνισμα της εγκύου γυναίκας, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, άγχος και θα αναλύει την επίδραση τους, είναι θέσεις που αν αναλυθούν από την μαιά και τους υπόλοιπους λειτουργούς υγείας που ασχολούνται με την φροντίδα της εγκύου, θα υποβοηθήσουν την δυνατότητα διακοπής της βλαπτικής συνήθειας του καπνίσματος (Bennett, 1996).

Ειδικές αντικαπνιστικές στρατηγικές θα πρέπει να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο, περιλαμβάνοντας διαφημιστική εκστρατεία υγείας και κινητοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, έτσι ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο συνολικός πληθυσμός. Επίσης, θα ήταν πολύ σημαντικό να υπάρξει συντονισμός όλης αυτής της ενέργειας με δυνατότητα τακτικής παρακολούθησης και εκτίμησης της πορείας της, έτσι ώστε να αποφασίζονται οι οποίες περαιτέρω ενέργειες, είναι χρήσιμο να γίνουν.

Στην Ελλάδα, θα πρέπει να γίνεται συχνή καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών στις έγκυες γυναίκες, γεγονός το οποίο θα διευκολύνει τη δημιουργία και τροποποίηση των αντικαπνιστικών στρατηγικών που αφορούν την εγκυμοσύνη.

Περίπου το 25-30% των γυναικών που καπνίζουν σταματούν μόνες τους «αυτόματα» το κάπνισμα, μόλις γνωστοποιείται η εγκυμοσύνη. Η αυτόματη αυτή διακοπή του καπνίσματος είναι δυσκολότερη για τις έγκυες γυναίκες, που έχουν συνηθίσει να λαμβάνουν μεγάλη ποσότητα νικοτίνης, καθώς επίσης και όταν ο σύντροφος τους καπνίζει. Εξάλλου, οι γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά ή ζουν σε διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες συνεχίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καπνίζουν.

Μελέτες έδειξαν ότι εκτός των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα αυθόρμητα, ένα επιπλέον ποσοστό 5 έως 15% θα μπορούν να κινητοποιηθούν να σταματήσουν το κάπνισμα με συνδυασμό συμβουλευτικής και γραπτής πληροφόρησης. Χαρακτηριστικό είναι το σουηδικό παράδειγμα, όπου το 1997 σε σύγκριση με το 1984 το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν κατά την διάρκεια της κύησης μειώθηκε από 31% σε 15%. Αυτή η αδιαμφισβήτητη μεγάλη επιτυχία επιτεύχθηκε με εκτενή κατάρτιση των λειτουργών υγείας, και ιδίως των νοσηλευτών, στην συμβουλευτική και με την ταυτόχρονη παροχή έντυπου υλικού.

9.2. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε μια κύρια θέση να επιφέρουν αλλαγές, μέσω της διάδοσης πληροφοριών σχετικά με θέματα υγείας στα διάφορα άτομα με τα οποία δουλεύουν.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση περιλαμβάνει μια ευρεία βάση από τεχνικές συνεντεύξεων, ενεργητική ακρόαση και φυσικά τη νοσηλευτική διαδικασία-παρέμβαση.

Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να εμπλουτίζουν αυτές τις τεχνικές καθημερινά, δουλεύοντας με τους ασθενείς τους.

Οι διαστάσεις επιδημίας που έχει λάβει η χρήση ουσιών, καθιστούν αναγκαίο το γεγονός ότι όλο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να διδακτική στρατηγικές συνεντεύξεων οι οποίες θα αυξήσουν το ποσοστό των ασθενών, που οι ίδιοι θα αναφέρουν τη χρήση καπνού. Όταν τέτοιου είδους συνεντεύξεων διεξάγονται με γυναίκες οι οποίες καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, οι νοσηλευτές αποκτούν την εμπειρία της ανίχνευσης και αναγνώρισης ανεπαίσθητων στοιχείων τα οποία μπορούν να εξερευνηθούν με περαιτέρω εξέταση. Παρόλα αυτά και ακόμα οι καλύτερες στρατηγικές

συνεντεύξεων δεν μας οδηγούν στην πλήρη αναφορά εκ μέρους των ατόμων της χρήσης καπνού, οπότε η χρήση πιο αρνητικά αποδεκτών ουσιών, όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά τείνει να αναφέρεται με ακόμα πιο μικρή συχνότητα.

Η προγεννητική επιμόρφωση που αφορά την κατάχρηση ουσιών είναι απολύτως απαραίτητη. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην προώθηση ενός υγιούς τρόπου ζωής στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία. Αυτή η στρατηγική μπορεί να περιορίσει το πρόβλημα της πρόκλησης βλαβών στο έμβρυο, από την έκθεση του σε ουσίες κατά την διάρκεια των πρώτων 8 εβδομάδων της κύησης. Είναι αυτή η περίοδος όπου προκαλούνται οι γενετικές ανωμαλίες και υπάρχει πιθανότητα η γυναίκα να μην γνωρίζει ακόμα ότι είναι έγκυος. Επόμενος τα επιμορφωτικά προγράμματα θα πρέπει επικεντρωθούν στις νέες, μη εγκυμονούσες γυναίκες, που είναι σεξουαλικά ενεργές. Η επιμόρφωση πρέπει να εστιάζεται στο γεγονός ότι όλες οι ουσίες συμπεριλαμβανόμενου και του καπνού και του αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγονται κατά την διάρκεια των σεξουαλικά ενεργών χρόνων, όταν η σύλληψη μπορεί να λάβει χώρα.

Μόλις οι γυναίκες καθίστανται έγκυες και λάβουν προγεννητική φροντίδα, η σημασία της αποχής από τη χρήση ουσιών μπορεί να ενταθεί. Οι γυναίκες πρέπει να πληροφορούνται ότι τέτοιου είδους χρήση μπορεί να αποδειχθεί επιβλαβής για το έμβρυο κατά τη διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα η χρήση καπνού έχει συνδεθεί με σημαντικές εμβρυϊκές βλάβες όπως ότι το παιδί παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες, γίνεται ευερέθιστο και ευέξαπτο όπως επίσης, παρατηρείται ενδομήτρια καθυστέρηση στην ανάπτυξη, βλάβες οι οποίες καθίστανται μόνιμες.

Η πρόληψη είναι πραγματικά το κλειδί προστασίας για τα έμβρυα που πιθανόν να επηρεαστούν από 'ουσίες'. Τα προγράμματα προς επίτευξη αυτού του στόχου ποικίλουν (Meyer, 1977).

9.3. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ».

Για να γίνει κατανοητή με επιτυχία η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, καλό είναι να ακολουθήσει κάποιος το σχέδιο των τεχνικών με «Συνεντεύξεις κινήτρων» που ανεπτύχθησαν από τους Miller & Rollnic. Είναι σημαντικό να ξεκινήσει με τις, συχνά διφορούμενες, συμπεριφορές και γνώμες σχετικά με την ατομική καπνιστική συμπεριφορά: Αφενός όλες οι γυναίκες ξέρουν για τις

καταστρεπτικές συνήθειες του καπνίσματος στην υγεία, ενώ αφ'ετέρου η διακοπή της συνήθειας αυτής είναι συνδεδεμένη με ισχυρές θετικές προσδοκίες και αποτελέσματα.

Όσο όμως κυριαρχούν τα «πλεονεκτήματα» του καπνίσματος και διαρκεί η αβεβαιότητα για την επιτυχία της διακοπής του, δεν θα υπάρχει αλλαγή συμπεριφοράς. Για την βελτίωση των κινήτρων για αλλαγή συμπεριφοράς, οι Miller & Rollnic προτείνουν οκτώ στρατηγικές γενικών κινήτρων οι οποίες είναι οι εξής:

1. Δίνετε συμβουλές, εξηγήσεις και υποδείξεις

- Μην παίρνετε τις πληροφορίες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος ως δεδομένες. Βασιζόμενοι στο βαθμό γνώσης κάθε εγκύου γυναίκας, εξηγήστε για τα η διακοπή του καπνίσματος είναι απαραίτητη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.
- Προτείνετε ξεκάθαρα την διακοπή του καπνίσματος.

2. Κατανόηση και υποστήριξη στην πρακτική

- Μην πιέζετε μια απόφαση και να αποφεύγετε την ηθικολογική συμβουλευτική συμπεριφορά. Δείχνουν κατανόηση στις καταστάσεις που βιώνουν οι έγκυες γυναίκες και εκτιμώντας την συμπεριφορά τους, θα δημιουργήσετε λιγότερες αντιστάσεις για μια αλλαγή συμπεριφοράς και θα αυξήσετε την πιθανότητα για προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.
- Χρησιμοποιήστε την στρατηγική της «συνέντευξης». Εκπονήστε μια περίληψη με τις συζητήσεις και τα αποτελέσματα που έχουν συμφωνηθεί. Κάνοντας αυτό, αποδεικνύετε ότι έχετε καταλάβει τις πληροφορίες που δόθηκαν με τον σωστό τρόπο, αποφεύγετε παρανοήσεις, και επιτυγχάνετε δέσμευση για την συμβουλευτική διαδικασία.

3. Ισχυρά κίνητρα για την διακοπή του καπνίσματος

- Ρωτήστε τις έγκυες γυναίκες για τα πλεονεκτήματα και τα θετικά κίνητρα που προβάλλουν για να συνεχίζουν το κάπνισμα. Ρωτήστε εάν έχουν συνειδητοποιήσει την ύπαρξη μειονεκτημάτων με την συνέχιση του καπνίσματος.

- Προσπαθήστε να βρείτε τρόπους και βάλετε σε μια προοπτική τα υποτιθέμενα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του καπνίσματος. Όσο πιο σημαντικοί είναι οι λόγοι για αλλαγή συμπεριφοράς, για να σταματήσει το κάπνισμα, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για το αποτέλεσμα.

4. Βοηθήστε την να καταλάβει και απομακρύνετε τα εμπόδια.

- Βοηθήστε την έγκυο γυναίκα να αναγνωρίσει τα κωλύματα και τις δυσκολίες, που την εμποδίζουν να διακόψει το κάπνισμα.
- Βοηθήστε στη λύση του προβλήματος για τα εμπόδια που αναφέρει.

5. Εξασφαλίστε επιλογές

- Βοηθήστε την έγκυο να αισθανθεί την ελευθερία και την υπευθυνότητα των προσωπικών της επιλογών, για το αν και πως σκοπεύει να πετύχει τη διακοπή του καπνίσματος.
- Αποφύγετε τον εξαναγκασμό για τη διακοπή του καπνίσματος, αναγνωρίζοντας και προσφέροντας άλλες λύσεις και επιλογές.

6. Ξεκαθαρίστε στόχους

- Προσπαθήστε να καταλάβετε ποιους στόχους θεωρούν εφικτούς οι έγκυες γυναίκες για τον εαυτό τους.
- Βοηθήστε να θέσουν στόχους ρεαλιστικούς και πραγματοποιήσιμους.

7. Παρέχετε

- Μια ξεκάθαρη ενημέρωση και γνώση για την προσωπική κατάσταση της υγείας είναι αποφασιστική για μια αλλαγή συμπεριφοράς.
- Παρέχετε ανταπόκριση για την τωρινή κατάσταση της εγκύου και συζητήστε για τις συνέπειες και τους κινδύνους που απορρέουν από τη βραδύτητα μεταβολής της συμπεριφοράς της.

8. Προσφέρετε άμεση βοήθεια και υποστήριξη

- Δείξτε το ενδιαφέρον σας για μία αλλαγή συμπεριφοράς και επαναβεβαιώστε την υποστήριξη σας για την διαδικασία διακοπής.
- Είναι στο χέρι της εγκύου γυναίκας να αποφασίσει για την αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά η δική σας συμβουλευτική στρατηγική επηρεάζει την συνειδητοποίηση για την απόφαση της αλλαγής, καθώς και για την πραγματοποίησή της.

9.4 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΤΑ 4 ΒΗΜΑΤΑ»

Μια βασικά ιδέα για την συμβουλευτική, «τα 4 βήματα» έχει αναπτυχθεί από το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Αμερικής. Αυτά τα βήματα έχουν εφαρμοστεί με αποτελεσματικότητα σε πολλές συμβουλευτικές μεθόδους για αλλαγή συμπεριφοράς με πολλές προσθήκες και προσαρμογές.

Βήμα 1° : «Ρωτήστε»:

Ρωτήστε ως θέμα αρχής όλες τις έγκυες για την καπνιστική συμπεριφορά τους και καταγράψτε την στο φάκελο των ασθενών σας. Μη μείνετε μόνο στην ερώτηση, «Καπνίζετε»; Βρείτε ευκαιρία για μια πιο λεπτομερή συνομιλία και δημιουργήστε μια ατμόσφαιρα, στην οποία η άρνηση καπνιστικής συμπεριφοράς δεν είναι απαραίτητη.

Όσο ακριβέστερα γνωρίζετε το καπνιστικό πρότυπο, τις στάσεις και τις απόψεις για την διακοπή του καπνίσματος ή επιθυμία διακοπής, τόσο ακριβέστερα θα μπορέσετε να προσαρμόσετε την επιθυμία για μια προσπάθεια διακοπής αυξάνεται. Μερικές ιδέες είναι:

- Ø «Καπνίζετε;»
- Ø «Έχετε καπνίσει ποτέ;»
- Ø «Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;»
- Ø «Έχετε αλλάξει την καπνιστική συνήθεια μετά από την έναρξη της εγκυμοσύνης;»

Οι έγκυες που δεν κατάφεραν να σταματήσουν, συχνά έχουν συναισθήματα απογοήτευσης και ενοχής. Παρ'όλα αυτά, μια μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν από την αρχή της εγκυμοσύνης, δεν εκτιμάται θετικά από αυτές και δεν θεωρείται ως ένα πρώτο βήμα. Στηριχτείτε στις ήδη πραγματοποιησιμες αλλαγές και δώστε τους θάρρος για μια περαιτέρω μείωση του καπνίσματος.

Ρωτήστε για :

- Ø Προηγούμενη εμπειρία διακοπής του καπνίσματος
- Ø Τυπικές καταστάσεις και μηχανικές κινήσεις για κάπνισμα
- Ø Γνώσεις σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Ø Τα υπέρ και τα κατά, από μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος
- Ø Αισθήματα φόβου για τα συμπτώματα στέρησης

Βήμα 2° : «Συμβουλή»:

Κάντε μια σαφή σύσταση για την διακοπή του καπνίσματος. Η μείωση του καπνίσματος δεν είναι αρκετή. Εξηγήστε τη σχέση του να μην καπνίζει κανείς, και του επιπέδου βελτίωσης από την νοσηλευτική πλευρά υγείας για την μέλλουσα μητέρα αλλά και τη βελτίωση της υγείας του εμβρύου που κυοφορεί, καθώς επίσης ενθαρρύνετε την να κάνει μια προσπάθεια να το κόψει.

Βήμα 3° : «Εκτίμηση»:

Ρωτήστε την έγκυο τι πιστεύει για τις υποδείξεις σας και αν θα ήθελε να κόψει το κάπνισμα. Με βάσει τις απαντήσεις, μπορούμε να κατατάξουμε τις έγκυες γυναίκες σε τρεις ομάδες.

Δεν ενδιαφέρονται για προσπάθεια διακοπής	Δεν είναι σίγουρες εάν θέλουν να σταματήσουν	Ενδιαφέρονται για τη διακοπή του καπνίσματος
Προσπαθήστε να ανακαλύψετε τους πιθανούς λόγους για άρνηση Προσδιορίστε ποια εμπόδια και φράγματα θα πρέπει να απομακρυνθούν Ανακαλύψτε αν υπάρχει ενδιαφέρον για γραπτή πληροφόρηση Ρωτήστε αν είναι πιθανό να γίνει αναφορά στο θέμα στην επόμενη συνάντηση Προσφέρετε την υποστηριξή σας σε περίπτωση αλλαγής της απόφασης για τη διακοπή	Προσπαθήστε να καταλάβετε τους λόγους για την αμφιβολία συζητώντας τα υποτιθέμενα κατά μιας προσπάθειας διακοπής. Οι λόγοι μπορεί να είναι π.χ. ο φόβος της αποτυχίας, η αβεβαιότητα για το πώς θα ανταπεξέλθουν στα συμπτώματα στέρησης, ή η έλλειψη υποστηρίξης Προσφέρετε γραπτή πληροφόρηση και βοηθήστε στο να πάρουν μια απόφαση όσον αφορά το κάπνισμα	Βοηθήστε τις να φτιάξουν ένα σχέδιο δράσης για τη διακοπή του καπνίσματος (βλέπε τα επόμενα «4 βήματα»)

Βήμα 4° : «Βοήθεια»:

Εκπονήστε μαζί με την έγκυο γυναίκα ένα σχέδιο δράσης για την διακοπή του καπνίσματος. Φροντίστε έτσι ώστε οι προτάσεις για στρατηγικές διακοπής, να εκπορεύονται, όσο είναι δυνατόν, από τις ίδιες τις γυναίκες, έτσι ώστε να μπορούν να συμφωνούν με κάθε στοιχείο που περιλαμβάνεται σε αυτό.

Το σχέδιο δράσης θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

1.Προσδιορίστε μια ημέρα διακοπής

Βιαστικές αποφάσεις για τη διακοπή δεν οδηγούν πολύ συχνά σε επιτυχία.

Χρειάζεται μια εβδομάδα περίπου για να προετοιμαστεί προσεκτικά η «ημέρα διακοπής». Όσο καλύτερη είναι η προετοιμασία, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η επιτυχία.

2. Αναγνωρίστε τις καπνιστικές συνήθειες και αναζητήστε εναλλακτικές δραστηριότητες.

Οι καπνιστικές συνήθειες είναι συνυφασμένες συχνά με τυπικές συμπεριφορές και μηχανικές κινήσεις, που μαθαίνουμε για μια μεγάλη περίοδο.

Ο χρόνος ανάμεσα στην απόφαση για τη διακοπή και στην «ημέρα διακοπής» θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί για την ανακάλυψη των προσωπικών καπνιστικών συνηθειών.

Υπάρχουν κοινά σημεία ανάμεσα σε ορισμένες καταστάσεις, συναισθήματα, διαθέσεις και στο άναμμα ενός τσιγάρου; Σε ποιες συνθήκες θα ήταν δύσκολο να αντεπεξέλθει χωρίς ένα τσιγάρο;

Εάν τα προσωπικά πρότυπα συμπεριφοράς αναγνωρισθούν, οι εναλλακτικές στρατηγικές θα πρέπει να σχεδιασθούν για να αντικαταστήσουν τις παλαιές συνήθειες με νέα πρότυπα συμπεριφοράς. Θα πρέπει να δημιουργηθούν εναλλακτικές στρατηγικές για κάθε μια περίπτωση, έτσι ώστε να εξεταστεί ποια είναι περισσότερο αποτελεσματική.

Ερωτήσεις κλειδιά θα μπορούσαν να είναι:

- Ø Πως μπορούν να προβλεφθούν και να αποφευχθούν δελεαστικές καταστάσεις για το κάπνισμα ;
- Ø Πως θα αντιμετωπίσετε την επιθυμία για νικοτίνη;
- Ø Πώς να αντεπεξέλθετε όταν έχετε αρνητική διάθεση και συναισθήματα;
- Ø Υπάρχει διαφορετικός τρόπος αντιμετώπισης του άγχους και της πίεσης;
- Ø Πώς μπορεί το να – μη καπνίζεις – να γίνει βίωμα με θετικό τρόπο;

3. Ανταμοιβές και θετικές ενισχύσεις

Η προσωπική επιτυχία θα πρέπει να αναγνωριστεί και να ανταμειφθεί για να ενισχυθεί το κίνητρο να παράμεινε η έγκυος χωρίς να καπνίζει. Μαζί με την «υλική ανταμοιβή» συμπεριλαμβάνονται ψυχολογικές ενισχύσεις με επιβράβευση της σημαντικότητας, έτσι ώστε να ανταμειφθεί άμεσα για τη δική της απόδοση και ικανότητα, και κάνοντας αυτό να αυξήσει την προσωπική της αυτοεκτίμηση και την προσωπική της αποτελεσματικότητα.

4. Συμπαράσταση από τον σύντροφο

Η καπνιστική συμπεριφορά του συντρόφου συμβάλλει αποφασιστικά στο εάν οι προσπάθειες της εγκύου γυναίκας για τη διακοπή του καπνίσματος θα αποβούν επιτυχείς ή όχι. Η έγκυος γυναίκα θα πρέπει να δείξει ξεκάθαρα με ποίο τρόπο ο σύντροφος της μπορεί να την στηρίξει στην προσπάθεια διακοπής. Εάν είναι δυνατόν, θα πρέπει και οι δύο να κόψουν μαζί το κάπνισμα.

5. Πρόσθετη υποστήριξη

Η ανακοίνωση της διακοπής του καπνίσματος στα μέλη της οικογένειας, φίλους, συνεργάτες κ.λ.π. μπορεί να συνδεθεί με την παράκληση για πραγματική υποστήριξη και βοήθεια.

6. Πληροφορίες για το πώς θα αντεπεξέλθουν τα συμπτώματα της στέρησης

Χωρίς να δημιουργείται ανησυχία, θα πρέπει να εξηγηθούν πιθανά συμπτώματα στέρησης και στρατηγικές για να τα αντεπεξέλθουν. Με την αρνητική διάθεση και έλλειψη συγκέντρωσης, η δίψα είναι το πιο συχνό αναφερόμενο σύμπτωμα στέρησης.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει η έγκυος ότι :

- Ø Η δίψα ελαττώνεται σε λίγα λεπτά
- Ø Τα συμπτώματα μειώνονται από μέρα σε μέρα
- Ø Η λήψη υγρών είναι βοηθητική καθώς και οι ασκήσεις για καλύτερη αναπνοή
- Ø Μικρογεύματα και ευκαιρίες για απόσπαση της προσοχής
- Ø Την ημέρα της διακοπής θα πρέπει να επιτευχθεί τέλεια αποχή από την νικοτίνη. Αν είναι δυνατόν, δεν θα πρέπει να γίνετε υπόδειξη για μείωση του αριθμού των τσιγάρων ή αλλαγή σε ελαφρά τσιγάρα
 - ⇒ Όταν μειώνεται ο αριθμός των τσιγάρων, ή όταν γίνετε αλλαγή προς ελαφρά τσιγάρα, θα πρέπει να γίνεται αντιληπτό ότι ο καπνός του τσιγάρου θα εισπνέετε βαθύτερα για να φτάσει στο συνηθισμένο επίπεδο νικοτίνης και με τον τρόπο αυτό δεν μειώνετε η πρόσληψη τοξικών ουσιών.
 - ⇒ Η μείωση του αριθμού των τσιγάρων συνήθως δεν διατηρείται και σύντομα η γυναίκα επανέρχεται στον παλιό αριθμό.
- Ø Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (NRT)

- ⇒ Η φαρμακευτική υποστήριξη για διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύησης είναι αμφισβητούμενοι. Θα πρέπει να αποφεύγεται κατά το δυνατό κατά τη διάρκεια της κύησης καθώς και κατά τη περίοδο του θηλασμού.
- ⇒ Κανένα από τα παρασκευάσματα δεν έχει ελεγχθεί για χρήση κατά την εγκυμοσύνη. Δεν υπάρχουν έγκυρες πληροφορίες έτσι ώστε να αποκλείονται επιπτώσεις για αυτό τα περισσότερα σκευάσματα αντιδείκνυνται κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό.
- ⇒ Η νικοτίνη από μόνη της παρουσιάζει κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου. Η έκθεση στην νικοτίνη θα πρέπει να είναι όσο πιο χαμηλή γίνετε. Σε περίπτωση συνταγής υποκατάστατου φαρμάκου θα πρέπει να προτιμάται μια περιορισμένη μορφή λήψης, όπως είναι η τσίγλα νικοτίνης, έναντι μιας συνεχούς, όπως τα αυτοκόλλητα νικοτίνης.

Σε πρώτη φάση, συνιστάται μια προσέγγιση οριοθέτησης αλλαγής συμπεριφοράς κατά την διάρκεια της κύησης. Τα υπέρ και τα κατά της υποκαταστατικής θεραπείας νικοτίνης θα πρέπει να υπολογίζονται προσεκτικά. Εάν το επίπεδο της νικοτίνης είναι υψηλό και η συμβουλευτική για διακοπή δεν είναι επιτυχημένη, ή δεν έχει εφαρμοστεί για αρκετό χρονικό διάστημα, ή έχουν αναφερθεί έντονα συμπτώματα στέρησης.

- Ø Χρησιμοποιείται γραπτή πληροφόρηση για να ενδυναμώσετε και να εντείνετε την συμβουλευτική σας. Φυλλάδια που περιέχουν πληροφορίες, σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία κατά τη διάρκεια της κύησης λόγω του καπνίσματος και οδηγίες για την διακοπή του, θα αυξήσουν τα αποτελέσματα της συμβουλευτικής σας.

« Επιγραμματικά » :

Στην πορεία της εγκυμοσύνης η μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να είναι σε τακτική επαφή με τους Λειτουργούς Υγείας. Χρησιμοποιείστε το χρονικό διάστημα πριν το τοκετό για να ρωτήσετε για τα αποτελέσματα των προσπαθειών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος

Ø Η αναγνώριση των προσπαθειών είναι επιβεβλημένη, αν η διακοπή του καπνίσματος ήταν επιτυχημένη .

Ø Αν δεν επιτευχθεί η διακοπή του καπνίσματος, ενθαρρύνετε να γίνει μια ακόμη προσπάθεια. Βοηθήστε στην ελάττωση των συναισθημάτων απογοήτευσης και αποτυχίας εστιάζοντας σε θετικές εμπειρίες

§ Σε ποιες καταστάσεις αποφεύγεται ήδη η κατανάλωση νικοτίνης

§ Τι είδους βοήθεια και υποστήριξη θεωρούν αναγκαία για να επιτύχει η επόμενη προσπάθεια;

Ø Επισημάνετε ότι συχνά πολλές προσπάθειες είναι απαραίτητες μέχρι η διακοπή του καπνίσματος να έχει επιτυχία;

Η διακοπή του καπνίσματος στην αρχή της κύησης θα δημιουργήσει τις καλύτερες προϋπόθεσης (καλύτερα αποτελέσματα) για την υγεία του μωρού. Σε αυτό το σημείο το κίνητρο για διακοπή είναι ισχυρότατο. Η συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος πρέπει να δίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Παρόλα αυτά, η διακοπή του καπνίσματος ακόμα και σε αργότερο στάδιο κατά την διάρκεια της κύησης, έχει θετικά αποτελέσματα για την υγεία, τόσο της μητέρας, όσο και του παιδιού.

Η ερευνητική ομάδα των Prochaska et al. (1994) εστίασθηκε στο γεγονός ότι η κινητοποίηση για την αλλαγή της προσωπικής συμπεριφοράς, όπως π.χ. από καπνίστρια σε μη καπνίστρια είναι μια διαδικασία κατά βήματα. Σε πολλές περιπτώσεις δεν έχει γραμμική εξέλιξη, αλλά κυκλική και οι αλλαγές πραγματοποιούνται μέσα από διαφορετικά στάδια.

Η συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος θα αποβεί περισσότερο αποτελεσματική, εάν προσαρμόζεται σε διαφορετικά στάδια:

Στάδιο 1. Αδιαφορία

Στάδιο χωρίς ενδιαφέρον για την διακοπή. Πιθανοί κίνδυνοι υγείας δεν είναι γνωστοί ή δεν θεωρούνται σημαντικοί για την υγεία και διαβίωση της εγκύου. Η παρέμβαση πρέπει να εστιαστεί στην πληροφόρηση προσφέροντας γραπτό ενημερωτικό υλικό και την βεβαιότητα υποστήριξης σε περίπτωση αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την διακοπή.

Στάδιο 2. Συλλογισμός

Αναποφασιστικότητα, δισταγμός, μερικές φορές κυριαρχεί μια συγκρουόμενη συμπεριφορά. Η συμπεριφορά της εγκύου φαίνεται προβληματική αλλά μια αλλαγή της δεν γίνεται (ακόμη) αντιληπτή. Η συμβουλευτική θα πρέπει να εστιαστεί στην ενδυνάμωση των θετικών στοιχείων της διακοπής του καπνίσματος.

Στάδιο 3. Απόφαση διακοπής

Οι λόγοι διακοπής κυριαρχούν αλλά υπάρχει αβεβαιότητα για το πώς θα θέσει σε ενέργεια την απόφαση. Στο στάδιο αυτό η βοήθεια και η υποστήριξη από μέρους σας για τη δημιουργία σχεδίου δράσεις είναι καθοριστική.

Στάδιο 4. Διακοπή του καπνίσματος

Ασταθείς περίοδο στην οποία η πρόθεση τίθεται σε υλοποίηση. Κυριαρχεί το ότι μαθαίνει να μπορεί να αντεπεξέρχεται με επιτυχία σε δελεαστικές καταστάσεις και στην επιθυμία για κάπνισμα.

Η συμβουλευτική θα πρέπει να γνωρίζει την προσπάθεια διακοπής και να βοηθάει την ανεύρεση λύσεων προκειμένου η έγκυος να αντεπεξέρχεται σε δύσκολες καταστάσεις.

Στάδιο 5 α. Αποχή

Σε αυτή τη περίοδο η προσπάθειες εστιάζονται στη διατήρηση του να μην καπνίζει. Η «νέα» συμπεριφορά γίνεται συνήθεια λίγο-λίγο. Υποτροπή δεν αποκλείεται αλλά η πιθανότητα γίνεται όλο και μικρότερη.

Στάδιο 5 β. Υποτροπή

Υποτροπή δεν σημαίνει αποτυχία. Να αναφέρεται συχνά ότι χρειάζονται 3-4 προσπάθειες διακοπής πριν την τελική επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος. Βοηθήστε στην αναγνώριση των λόγων της υποτροπής και της απόκλισης από το στόχο. Κατά αυτόν τον τρόπο, η επανέναρξη του καπνίσματος μπορεί να χρησιμεύσει ως μια εκπαιδευτική κατάσταση για την επόμενη καλύτερα προετοιμασμένη προσπάθεια διακοπής.

Επίσης, γυναίκες που σταμάτησαν το κάπνισμα κατά την κύηση, διατρέχουν έναν υψηλό κίνδυνο να ξαναρχίσουν το κάπνισμα στη περίοδο της λοχείας. Γι'αυτό το λόγο, η

κατάσταση αυτή θα πρέπει να αναφερθεί και να συζητηθεί ειδικότερα κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής μαθημάτων.

9.5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: “ Minimal Intervention Strategy for Midwives, V-MIS ”

Οι ολλανδές νοσηλεύτριες ξεκίνησαν το 2000 την εφαρμογή της παρέμβασης “Minimal Intervention Strategy for Midwives, V-MIS”

Ο κύριος σκοπός της παρέμβασης είναι να κινητοποιήσει την έγκυο γυναίκα και τον σύντροφο της να σταματήσουν το κάπνισμα. Το V-MIS έχει αναπτυχθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διεκπεραιώνει το πρόγραμμά του κοψίματος του τσιγάρου όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το σημαντικότερο στοιχείο στο πρόγραμμα αυτό, είναι ο οργανωμένος τρόπος να δίνετε προσοχή στις γυναίκες που καπνίζουν κατά την κύηση και να προσφέρει τα μέσα να κόψουν το κάπνισμα.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα, η νοσηλεύτρια :

- ◆ Διαπιστώνει την επιθυμία να κόψει το κάπνισμα (καπνιστικό προφίλ)
- ◆ Εάν χρειάζεται ισχυροποιεί το κίνητρο για την διακοπή (κίνητρο)
- ◆ Προκαλεί συζητήσεις γύρω από το θέμα, απομακρύνει αντικείμενα που θυμίζουν το τσιγάρο και κινητοποιεί την κοινωνική υποστήριξη (εμπόδια και κοινωνική υποστήριξης).
- ◆ Επιλέγει την «Ημέρα Διακοπής» με την γυναίκα και τον σύντροφο της συγχρόνως (συμφωνία διακοπής).
- ◆ Οργανώνει την παρακολούθηση (φροντίδα)
- ◆ Προλαμβάνει την υποτροπή, δίνοντας ένα ειδικό εγχειρίδιο περί της 6 εβδομάδες πριν τον αναμενόμενο τοκετό (πρόληψη υποτροπής)

Για το πρόγραμμα V-MIS υπάρχει το παρακάτω υλικό:

- § Ένα απλό πρωτόκολλο.
- § Ένα εγχειρίδιο για τις νοσηλεύτριες «Κόψτε το τσιγάρο με την βοήθεια της νοσηλεύτριας».

- § Μια βιντεοταινία για την έγκυο και τον σύντροφο της.
- § Ένα τευχίδιο για τον σύντροφό: «εγκυμοσύνη και συντροφικότητα»
- § Ένας οδηγός αυτό-υποστήριξης προς τους μέλλοντες γονείς : «διακόψτε το κάπνισμα για καλύτερο τοκετό»
- § Ένα τευχίδιο για την πρόληψη της υποτροπής : «Μόλις γεννήσατε : μια νέα ζωή χωρίς καπνό!»

Κατά την πρώτη συμβουλευτική συνάντηση, η νοσηλεύτρια ερευνά τις καπνιστικές συνήθειες. Όταν η γυναίκα επιβεβαιώσει ότι καπνίζει, η νοσηλεύτρια παρουσιάζει την βιντεοταινία και τον οδηγό αυτό-υποστήριξης. Ο σύντροφος-άνδρας που επίσης καπνίζει, είναι δύσκολό να την βοηθήσει να κόψει το κάπνισμα. Γι αυτό το λόγο ένα ειδικό τευχίδιο έχει συνταχθεί για τον σύντροφο. Το τευχίδιο για την πρόληψη της υποτροπής θα παρουσιαστεί στο όγδοο μήνα, για να εμποδίσει την έγκυο να υποτροπιάσει μετά το τοκετό.

Τα πλεονεκτήματα που έχει το πρόγραμμα αυτό είναι τα εξής :

- § Η συνολική παρέμβαση είναι σύντομη.
- § Η συμβουλευτική για την διακοπή του τσιγάρου γίνεται κατά τις τακτικές συναντήσεις με την νοσηλεύτρια, στις οποίες δίνει την πληροφόρηση και την υποστήριξη προς την έγκυο και τον σύντροφο της για την διακοπή του καπνίσματος.
- § Η νοσηλεύτρια αποφεύγει παρατεταμένες ή άσκοπες συζητήσεις με τους μέλλοντες γονείς, καθώς υπάρχει η αναφορά στο σχετικό υλικό.
- § Οι νοσηλεύτριες ενός οργανισμού συντονίζουν την συμβουλευτική τους από κοινού.

Κατά την λήξη της πιλοτικής φάσης αυτού του προγράμματος, στην ομάδα παρέμβασης με την V-MIS στρατηγική κάπνιζαν λιγότερες γυναίκες σε σύγκριση με την ομάδα αναφοράς. Μερικά αποτελέσματα παρατίθενται περιληπτικά στον παρακάτω πίνακα :

Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης της V-MIS		
	Ομάδα παρέμβασης (αρ. = 136)	Ομάδα αναφοράς (αρ. = 164)
Προσπάθεια διακοπής με την πρώτη επίσκεψη	37,5%	25,5%
Διακοπή 4 έως 6 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη	19,1%	7,9%
Προσπάθεια διακοπής κατά τη εγκυμοσύνη	43,0%	25,5%
Διατήρηση διακοπής 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό	24,8%	14,9%

9.6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Για πολλές έγκυες γυναίκες, η επιθυμία να δώσουν ζωή σε ένα υγιές μωρό, είναι ο βασικός λόγος για τη διακοπή του καπνίσματος. Όταν το μωρό γεννηθεί, αυτό το κίνητρο δεν υφίσταται πλέον και το κάπνισμα ξαναρχίζει.

Μελέτες δείχνουν ότι το 60% των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα κατά την περίοδο της κύησης, θα αρχίσουν να καπνίζουν ξανά στη λοχεία.

Για να μειωθεί το ποσοστό της υποτροπής μετά τον τοκετό, ήδη στο τέλος της κύησης ή στο αρχικό στάδιο της περιόδου μετά τον τοκετό, η συμβουλευτική πρέπει να εστιαστεί στα ακόλουθα σημεία:

✓ Προώθηση του θηλασμού

Οι γυναίκες που αποφάσισαν να θηλάσουν, παρουσιάζουν ένα χαμηλότερο ποσοστό καπνίσματος σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν θηλάζουν. Μάλιστα, έρευνες στην Σουηδία αποδεικνύουν με σαφήνεια ότι με έντονη συμβουλευτική για τον θηλασμό,

μπορούν να επιτευχθούν δύο είδη στόχων: αφενός η Σουηδία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό θηλασμού σε σύγκριση με άλλες δυτικές χώρες, ενώ αφετέρου το ποσοστό υποτροπής στην περίοδο της λοχείας είναι χαμηλό και κυμαίνεται περίπου το 20%.

✓ Παθητικό κάπνισμα

Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος για την υγεία των νεογνών και των μικρών παιδιών είναι αρκετές. Υπενθυμίστε στους γονείς ότι τα περισσότερα στοιχεία του καπνού του τσιγάρου διασκορπίζονται στον αέρα. Έτσι, ο εισπνεόμενος αέρας στο δωμάτιο που καπνίζουν μπορεί να περιέχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα από τοξικές ουσίες και από τον αέρα που εισπνέουν από τα αναμμένα τσιγάρα.

✓ Μείωση βάρους

Αρκετά συχνά, το κάπνισμα αντιμετωπίζεται ως τρόπους ελέγχου και μείωση του βάρους μετά τον τοκετό. Δώστε πληροφορίες ότι η μείωση του βάρους μπορεί να πραγματοποιηθεί, αλλάζοντας τις διαιτητικές συνήθειες ώστε να βρεθούν υγιεινότεροι τρόποι, από την κατανάλωση νικοτίνης.

✓ Άγχος και πίεση

Η αλλαγή στις συνήθειες διαβίωσης μετά από την γέννηση ενός (ακόμη) παιδιού, δεν γίνεται πάντοτε χωρίς άγχος και πίεση. Το κάπνισμα χρησιμεύει πολλές φορές για χαλάρωση και αντιμετώπιση καταστάσεων που προκαλούν άγχος. Υποδείξτε άλλους τρόπους χαλάρωσης και συναισθηματικής ισορροπίας.

9.7. ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρεί το κάπνισμα ως το πιο σημαντικό αναστρέψιμο παράγοντα κινδύνου για την εγκυμοσύνη στον δυτικό κόσμο. Αυτός ο παράγοντας μπορεί και πρέπει να τροποποιηθεί. Οι περισσότερες έγκυες γυναίκες που καπνίζουν θέλουν να το κόψουν αλλά δεν ξέρουν πώς να το πραγματοποιήσουν.

Με την υποστήριξη και συμβουλευτική κατά την διάρκεια της κύησης και της ιατρικής φροντίδας μετά τον τοκετό, πολλές γυναίκες μπορούν να βοηθηθούν να

διακόψουν το κάπνισμα. Επομένως, αρκετή προσπάθεια είναι αναγκαία για την περαιτέρω βελτίωση της συμβουλευτικής ικανότητας των Λειτουργών Υγείας.

Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, οι οδηγίες και οι συστάσεις μπορεί να είναι μόνο το πρώτο βήμα, αλλά θα πρέπει να προστεθούν:

- α Ερωτήσεις για το κάπνισμα και συμβουλευτική για τη διακοπή του, θα πρέπει να είναι ένα ουσιώδες μέρος κατά την διάρκεια της φροντίδας της γυναίκας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και κατά τη λοχεία. Μέχρι τώρα αυτό δεν γίνεται ακόμη με συστηματικό τρόπο.
- α Υπάρχει έλλειψη συμβουλευτικών προγραμμάτων τα οποία να καλύπτουν την περίοδο της κύησης και της λοχείας και να αυξάνουν την συνεργασία των εμπλεκόμενων Λειτουργών Υγείας.
- α Δεν έχει δοθεί αρκετή προσοχή, μέχρι τώρα στην καπνιστική συμπεριφορά των συντρόφων. Το εάν ή όχι, οι γυναίκες θα επιτύχουν τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης και δεν θα υποτροπιάσουν μετά τον τοκετό, συνδέεται πολύ με τις καπνιστικές συνήθειες των συντρόφων τους.
- α Για να αποφευχθεί υποτροπή μετά τον τοκετό παιδίατροι και παιδονοσηλευτές έχουν ερωτηθεί ειδικά, και αναφέρουν ότι οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος δεν αποτελεί ουσιαστικό θέμα για συζήτηση, κατά τη διάρκεια της φροντίδας μετά τον τοκετό.
- α Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση για γυναικολόγους, μαιές και νοσηλευτές είναι σημαντική για την περαιτέρω βελτίωση συμβουλευτικών στρατηγικών για την διακοπή του καπνίσματος (<http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip>).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος μπορούν να περιοριστούν δραστικά, αν προηγηθεί η επαρκής πληροφόρηση της εγκύου για τις σοβαρές επιπλοκές που προκαλούνται από την παγιωμένη καπνιστική συνήθεια, η οποία με τη σειρά της θα αποτελέσει την αφετηρία για την λήψη της σχετικής απόφασης για την ολοσχερή διακοπή του καπνίσματος ή έστω την σε σημαντικό βαθμό ελάττωση του.

Πάντως, η εκκίνηση πρέπει να γίνει από το μικροεπίπεδο της συγκεκριμένης περίπτωσης μιας εγκύου καπνίστριας, αλλά αυτό θα αποτελέσει μονάχα το αφετηριακό σημείο. Δηλαδή, κρίνεται αναγκαία η ανάληψη μιας γενικότερης αντικαπνιστικής δράσης σε συλλογικό επίπεδο, έπειτα από την εκπόνηση ειδικών στρατηγικών με μακροπρόθεσμη προοπτική.

Στην προοδευτική αλλαγή των κοινωνικών στάσεων απέναντι στο κάπνισμα θα μπορούσε να συμβάλλει αποφασιστικά η επιστήμη της ψυχολογίας με την σταδιακή απενεχοποίηση της εγκύου και την συνειδητοποίηση ότι το κάπνισμα αποτελεί τον έσχατο μηχανισμό άμυνας απέναντι στα καθημερινά προβλήματα. Επιπρόσθετα, απαιτείται και η σχετική ευαισθητοποίηση των λειτουργών υγείας, των οποίων ο ρόλος είναι καίριος μέσα από την διεξαγωγή σχετικών επιμορφωτικών σεμιναρίων και επιστημονικών συνεδρίων.

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλεφθεί και η συμβολή της αγωγής υγείας στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, ώστε σε επίπεδο πρόληψης, να αποφευχθεί η παγίωση της καπνιστικής συνήθειας. Δηλαδή, αν ληφθούν συντονισμένα μέτρα κατά του καπνίσματος από όλους τους φορείς, που ασχολούνται με την υγεία, κρατικούς και ιδιωτικούς, τότε θα μπορέσουμε να διατηρήσουμε βάσιμες ελπίδες για την εξάλειψη των δυσμενών επιπτώσεων του καπνίσματος στην έγκυο και στο έμβρυο και έτσι να ατενίσουμε το μέλλον με μεγαλύτερη αισιοδοξία.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνιάδης, Σ.Χ. (2000). *Στοιχεία Νεογνολογίας*, Αθήνα: Ιατρικές εκδοσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Βαρβαρήγου, Α., & Παναγούλιας, Δ. (1998). Αυξημένη αρτηριακή πίεση σε νεογνά και βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση στο: *Παιδιατρική*, Αθήνα: σελ. 50-8.
- Δοντάς, Ν. (2002). Μ' ενδιαφέρει. *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία*, Αθήνα: σελ. 72-74.
- Ζαβός, Π. (1996). Επιδράσεις του καπνίσματος στη γυναικεία γονιμότητα στο: Αντύπας, Σ., Ζαβός, Π. & Ζαρμακούπης, Π., *Εφηβ. Γυν. Αναπ. Εμμην.*, Αθήνα: σελ. 125-31.
- Καρπάθιος, Σ.Ε. (1999). *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Λαμπρόπουλος, Α.Γ. (1992). Κάπνισμα και κύηση, *Ιατρική*, Αθήνα: σελ. 237-241
- Παπαγρηγορίου-Θεωδορίδου, Μ. (1988). Υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα, *Ιατρική*, Αθήνα: σελ. 49-53.
- Παπανικολάου, Ν. (1994). Κύημα, στο: Παπανικολάου, Α., Παπανικολάου, Ν., *Μαιευτική*, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», σελ. 51-58.
- Χαριζάνη, Φ.Θ. (1998). Πληθυσμιακή Υγιεινή VI , *Κοινωνική υγιεινή Β*, Αθήνα: σελ. 132-138.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bennett, R.V., Linda and Brown (1996). "Myles Textbook for midwives" Churchill Livingstone: New York.
- Bouckaert, A. (2000). "Smoking during pregnancy: Foetal growth retardation and other risks for newborn" . Stat. Med.: page 239-254.
- Burrow & Duffy (1999). "Medical complication during pregnancy".W.B. Saunders Company :Philadelphia.
- Cnattingius, S. (1997). "Maternal age modifies the effect of maternal smoking on intrauterine growth retardation but not on late fetal death and placental abruption" Am.J.Epidemiol.: page 319-322.

- Cnattingiuw, S., forman, M.R., Berendes, H.W. (1993). Et al.: effect of age, parity and smoking on pregnancy outcome : a population-based study. *Am. J. Obstet Gynecol.*: page 16-21.
- Cunningham, L., Dockery, D.W., Gold, D.R. (1995). Et al :“Racial differences in the association between maternal smoking during pregnancy and lung function in children” *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*: page 565-569.
- Deborah, E., Cambell, M.D. & Alan R. Fleischman M.D. (1992). “Ethical chailengew in medical care for the pregnant substance abuse” .*Clin. Obst. Gynecol.* Dec.: page 803-805.
- Gilliland, F.D., Berhane, K., Mc Connell, R. (2000). Et al. “Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function” . *Thorax.*: page 271-276.
- Helmininki, K., Mutanen, P., Saloniemi, I. (1983). “Smoking and the occurrence of congenital malformations and spontaneous abortion : Multivariate analysis”. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, London: page 145, 661.
- Horta, B.L., Victora , C.G., Menezew, A.M. (1997). Et al “Low birth-weight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking” *Paediatr. Perinatal Epidemiol.*: Page 11, 40.
- John, E.M., Savitz, D.A., Sandler, D.P. (1991). “Prenatal exposure to parents smoking and childhood cancer”. *Am. J. Epidemiol*: page 123-132.
- Kallen , K. (1997). “Maternal smoking during pregnancy and limb reduction malformation in Sweden” *Am. J. Public Health*, London: page 29-32.
- Kenner Carole, Jydy Wright Lott, Ann Appelwhite Flandermeyer (1998). “Comprehensive neonatal nursing : A physiologic perspective” . W.B. Saunderrs Company : Philadelphia.
- Lackmann, G.M., Salzderger, U., Tollner, U. (1999). “Metabolites of a tobacco-specific carcinogen in urine from newborns” *J. Natl. Cancer lust.*: page 459-465.
- Leung, J.R. (1999). Et al: *Endocrinology and Physiology of Reproduction* New York: page 108-113.
- Li, K., Dailing, J.R. (1991). ”Maternal smoking, low birth weight, and ethnicity in relation to sudden infaunt death syndrome “*Am. J. Epidemiol*: page 958-964.
- Lindsay, K.R., Hugh, S.T. (2001). “Risks of smoking to reproductive health: Assessment of women’s Knowledge”. *Am. J. Obstet. Gynecol.*: page 934-939.

- Lippert Herdert (1993). «Ανατομική»: Μετάφραση, Νηφόρος Ν.Δ., Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριου Παρισιάνου': σελ. 350-354.
- Mackay, E.V. (1992). Et al: Illustrated Textbook of Gynecology, Philadelphia: W.B. Saunders co.
- Meyer, M.B., Touascia J.A. (1977). "Maternal smoking pregnancy complications and perinatol mortality" Am. J. Obstet. Gynecol: page 494-497.
- Morgan, W.J. (1998). "Maternal smoking and infant lung function. Further evidence for an inuetero effect "Am. J. Respir. Crit. Care Med.: page 689-690.
- Pattinson, H.A., Taylor, P.J. (1991). "The effect of cigarette smoking on ovarian function and early pregnancy out come of in vitro fertilization treatment fertility and sterility, London: page 780-783.
- Pollack, H., Lautz, P.M., Frohna, J.G. (2000). "Maternal smoking and adverse birth outcomew among singletons and twins" Am. J. Public Health: page 395-400.
- Samet, J.M. (1991). Editorial Commentary: New effects of active and passive smoking on reproduction" Am. J. Epidemiol: page 348-350.
- Schulte-Hobein, B., Scwartz-Bickenbach D. (1992). "Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing of continine levels in breast milk and infant's urine" Acta Paediatr.: page 550-557.
- Scott, J.R., Philip, J. di saia, Charles B. Hammound (1999). Et al "Danfortb's obstetrics and genecology" Lippincott Williams and Wilkins : Philadelphia
- Symonds, M.E., Symonds Ian M. (1998). "Essential Obstetrics and Gynecology" Chuchill Livingstone : New York.
- Weitzman, M., Gotmakes, S., Sobol, A. (1992). "Maternal cigarette smoking and behaviour problems of children" Pediatrics: page 342-349.
- Yusuf, H.R., Rochat, R.W., Baughman, W.S. (1999). Et al "Maternal cigarette smoking and invasive meningococcal disease: a cohort study among young children in metropolitan Atlanta, Am. J. Public Health: page 712-717.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

<http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip>.

<http://www.addgr.com/org/hc>.