

# Dohányzó várandósok leszokásának orvosi támogatása

Watti Jezdancher dr.<sup>1</sup> ■ Pócs Dávid dr.<sup>1</sup>  
Tari Gergely dr.<sup>1,2</sup> ■ Kelemen Oguz dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék, Szeged

A dohányzó nők életük során a legnagyobb valószínűséggel a várandósság során szoknak le a dohánytermékek használatáról. Ez az időszak az egészségügy számára kiváló esély, amely során kettős – anyai és magzati – egészségnyereség érhető el a leszokási kísérlet szakszerű támogatásával. A dohányzás felfüggesztése kiemelt jelentőségű a várandósság alatt a magzat és az anya érdekében egyaránt. Összefoglaló kéziratunk irodalmi áttekintés, melynek célja, hogy aktuális és praktikus kiegészítő információkkal szolgáljon a várandós dohányzók leszokását támogató szakemberek számára. A jelen áttekintés a PubMed adatbázisban elérhető publikációkon, valamint hazai és nemzetközi irányelveken és összefoglalókon alapul, melyek gyakorlati jelentőségük alapján kerültek beválogatásra. A várandósság alatti dohányzás szülészeti, neonatológiai és pediátriai szövődéseit tanácsos pozitívan átkeretezni, inkább a leszokás előnyeiről beszélni. A minimálintervenciót ajánlott kiegészíteni a gesztációs hétnek megfelelő tanácsadással, szakellátásra irányítással, illetve a várandós nő dohányzó partnerét célzó leszokástámogatással. Várandósok számára elsődlegesen a gyógyszermentes leszokás javasolható, ha azonban ez nem lehetséges vagy eredménytelen, indokolt lehet a nikotinpótló készítmények használata. Az általános nikotinpótló kezeléstől alapvetően három pontban tér el a várandósok nikotinpótló terápiája. Érdemes inkább az orális készítményeket használni a transzdermalis nikotinbevitel helyett; óvatosabb titrálási időszak ajánlott; és a kezelés időtartamát tanácsos lerövidíteni. A várandós dohányzók leszokástámogatása során a magatartás-orvoslási módszerek intenzív alkalmazása javasolt. Nagy hangsúly helyeződik a stresszkezelésre, az érzelmszabályozásra, a viselkedései és biológiai visszajelzésekre, az önjutalmazásra és a külső ösztönzők használatára. Ezek a módszerek a kognitív viselkedésterápiás modellen és a motivációs interjú technikákon alapulnak, amelyekre több gyakorlati példát is bemutatunk az összefoglaló közleményben. *Orv Hetil.* 2023; 164(30): 1194–1203.

**Kulcsszavak:** dohányzás, dohányzásleszokás, várandósság, várandós nők, nikotinpótló terápia

## Medical support of cessation for pregnant smokers

Female smokers are most likely to quit using tobacco products during pregnancy. This period is an excellent chance for the health sector to achieve dual – maternal and fetal – health benefits with the professional support of the cessation attempt. In our review, we collected the practicalities of this specific cessation support. This review is based on publications available in the PubMed database as well as domestic and international guidelines and summaries, which were selected based on their practical importance. Quitting smoking during pregnancy is really important for both the foetus and the mother. Reframing the obstetric, neonatal and pediatric complications of smoking during pregnancy positively, and focusing on the benefits of quitting are recommended. Minimal intervention is advised to be complemented with counselling relating to the gestational age, referral to specialised care service and cessation support for the pregnant mother's partner. Non-pharmacological support is the primary recommended therapy for pregnant smokers. If it is not possible, or is unsatisfactory, the use of nicotine replacement therapy may be reasonable. Nicotine replacement therapy for pregnant smokers differs from the general nicotine replacement treatments in the following: use of oral formulations over transdermal nicotine intake; more cautious titration period; shorter treatment duration. Using behaviour interventions is also advised to support smoking cessation during pregnancy. The emphasis is on stress management, emotion regulation, behavioural and biological feedback, self-reward and use of external incentives. These methods are based on the cognitive behavioural therapy model and motivational interviewing techniques. Practical examples are presented in this summary.

**Keywords:** smoking, smoking cessation, pregnancy, pregnant women, nicotine replacement therapy

Watti J, Pócs D, Tari G, Kelemen O. [Medical support of cessation for pregnant smokers]. *Orv Hetil.* 2023; 164(30): 1194–1203.

(Beérkezett: 2023. február 20.; elfogadva: 2023. május 6.)

A dohányzás jelentős veszélyt jelent a várandós nők és születendő gyermekük egészségére [1]. Ennek ellenére magyarországi felmérések szerint a várandósság alatt és a szülést követően a várandós anyák 14,4%-a végig dohányzik [2]. Felvetődik azonban, hogy ez az érték nagyobb lehet, hiszen a felmérés a várandósgondozás során alkalmazott, önbevalláson alapuló adatfelvételtől származik [3]. A jelentős területi különbségeket magyarázhatja egyrészt a szocioökonomiai státusz (például alacsony iskolai végzettség, kisebb jövedelem) [4, 5], de a roma nemzeti kisebbség aránya is, hiszen ők veszélyeztetett csoportnak számítanak a várandósság alatti dohányzás szempontjából [6, 7]. Ezenkívül nagyobb valószínűséggel dohányoznak azok a várandós nők, akik egyedülállók [8], vagy a partnerük dohányzik [5]; akiknek nem kívánt a terhességük [8], vagy korábban már szültek [8]; illetve további rizikótényezőt jelentenek a pszichiátriai betegségek [9].

Másfelől fel kell ismernünk, hogy a dohányzó nők a várandósság alatt nagyobb valószínűséggel hagynak fel végleg a dohányzással, mint bármely más életszakaszban, hiszen ekkor magas szintű társadalmi és társas támogatást kaphatnak a leszokáshoz, és kapcsolatuk az egészségügyi rendszerrel is szorosabb [10, 11]. Ez az élethelyzet tehát kiváló lehetőséget kínál a végleges leszokásra, ami egyben a születendő gyermek számára is lehetőség a vegyi anyagoktól mentes, egészséges fejlődésre [10, 11]. Ezért az európai és a hazai dohányzásleszokás-támogató irányelv a legmagasabb, „A” szintű evidenciával ajánlja, hogy „a várandós nőknek a minimálintervenciót meghaladó mértékben kell támogatást nyújtani a dohányzás abbahagyásához” [1, 12]. Ezenkívül a több mint 20 000 résztvevő adatait összegző Cochrane-metaanalízis is arra a következtetésre jutott, hogy „a várandósgondozásban a dohányzás abbahagyásának támogatása ugyanúgy a rutin része kellene, hogy legyen, mint például a vérnyomás mérése” [13]. Ugyanakkor az európai és a hazai irányelvek csak érintőlegesen fejtik ki a várandós dohányzók leszokástámogatásának sajátosságait [1, 12]. Ezzel az összefoglalóval ez a hiánypótlás a célunk. Megállapításainkat ajánljuk a várandós nőket ellátó szakemberek (például családorvosok, szülész-nőgyógyászok, védőnők) figyelmébe. Összefoglaló kéziratunk irodalmi áttekintés, amelynek célja, hogy aktuális és fontos kiegészítő információkkal szolgáljon a dohányzásról való leszokást támogató hazai szakemberek számára. A jelen áttekintés a PubMed adatbázisban elérhető publikációkon, valamint hazai és nemzetközi irányelveken, összefoglalókon alapul, amelyek gyakorlati jelentőségük alapján kerültek be-  
válogatásra.

## Kommunikációs léggör

A medicinában gyakorta tapasztalható „veszteségkeretezés”, amikor a dohányzás kockázataira fókuszálunk (például: „A dohányzás fokozza a terhességi szövődmények rizikóját.”), a fenyegetettség érzését kelti, ami blokkol-

hatja a viselkedésváltozást. Mivel a laikus máshogy észleli a dohányzás kockázatait, mint egy egészségügyi szakember, ez a módszer nem mindig váltja be a hozzá fűzött reményeket [14, 15]. Ezzel szemben a „nyereségkeretezés”, amikor a leszokás előnyeit nyomatékosítjuk (például: „A leszokás csökkenti a várandósság alatti komplikációk esélyét.”), bátorítóan hat, és serkenti a viselkedésváltozást [14]. A negatív és a pozitív keretezés közötti különbséget az 1. táblázatban foglaltuk össze. A nyereségkeretezés kifejezetten hasznos, ha a várandós kevés cigarettát szív (nikotinfüggősége alacsony), illetve ha a leszokás megvalósítása terén önbizalomhiánya van (öneredményessége alacsony) [14, 15]. A dohányzó nők körében a nyereségkeretezés jobban hozzájárult a leszokáshoz, mint a dohányzó férfiaknál. Ez a nemi különbség is rávilágít arra, hogy a nyereségkeretezés segítheti a várandós nőket a dohányzás abbahagyásában [16].

Az egészségügyi szakemberek talán legősiibbnak mondható intuíciója megfelelni a „ne árts” és a jótékonyág erkölcsi normáinak. A modern orvosi etikában is esszenciális érvényű segítő szándék sokszor erőteljesen és reflexszerűen arra késztet, hogy megváltoztassuk az autonómiával, terápiás önrendelkezési joggal rendelkező páciensek egészségkárosító viselkedését is [17]. A várandósság alatti dohányzás esetében a magzatra való tekintettel ez a reflexes segítő szándék még erősebb lehet. A paternalisztikus pozícióból kezdeményezett vitatkozás és a meggyőzésen alapuló tanácsadás azonban az addiktológiai kórképekben ellenállást szülhet, és hátráltathatja a viselkedésváltozást [18]. Ezért tanácsos tudatosan leküzdeni ezt a zsigeri „javító reflexet”, azaz ne akarjuk mindenáron megváltoztatni a várandóst [19]. Tartsuk tiszteletben a döntését akkor is, ha a tájékozott beleegyezés elvének megfelelő információk birtokában (különös tekintettel a dohányzás folytatásával együtt járó anyai és

1. táblázat | A várandósság alatti aktív dohányzás szülészeti, neonatológiai és pediátriai szövődményeinek negatív és pozitív keretezése

	Veszteségkeretezés („A dohányzás kockázatai”)	Nyereségkeretezés („A leszokás előnye”)
Anyai hatás (Szülészeti szövődmények)	A császármetszés kockázata Méhlepény-rendellenességek Korai burokrepedés Korai lepényleválás	A hüvelyi szülés esélye A méhlepény biztonságos helyen Burokrepedés, amikor itt az ideje Természetes lepényleválás
Magzati hatás (Neonatólogiai szövődmények)	Fejlődési rendellenességek Koraszülés Kis születési súly	Átlagosan fejlődő magzat Születés, amikor itt az ideje Normális súlyú újszülött
Csecsemő- és gyermekkori hatás (Pediátriai szövődmények)	Csecsemőkori hasfájás Csecsemőkori tüdőbetegség Gyermekkori figyelemzavar Gyermekkori dohányzás	Kiegyensúlyozottabb csecsemő Jobban lélegző csecsemő Odafigyelő, nyugodt gyermek Nem dohányzó gyermek

magzati kockázatokra és a leszokással előrevetíthető előnyökre) végül mégis él terápiás szabadságojaival, és elutasítja a leszokást. A nonadherens várandós döntésének elfogadása az egyik legnehezebb pont ebben a szituációban. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a megosztott döntési helyzetben a felelősség is megosztott. Ha el tudjuk engedni megváltoztatási törekvésünket, akkor teret adunk a gondozottnak, hogy a változást maga tudja kidolgozni [17]. Így ítélezéstől mentes légkört teremthetünk a dohányzó várandós számára. A meggyőzésen alapuló tanácsadás helyett az együttműködésre törekvő „motivációs interjú” módszere lehet célravezető, amely aktív szerephez helyezi a várandóst azáltal, hogy frontális ismeretterjesztés helyett kérdéseket használ, és feltárja a várandós motivációit [17].

## Alapszintű intervenciók

A dohányzásleszokás-támogatás hazai irányelve szerint az egészségügyi szakembereknek tanácsos alkalmazniuk bizonyos alapszintű intervenciókat („minimálintervenciókat”), illetve szükség esetén emelt szintű ellátóhoz ajánlott irányítani a dohányzó várandóst (szakellátási szintre, programszerű leszokástámogatás céljából) [12]. A hazai irányelv azt is kimondja, hogy a várandós nőknek a minimálintervenciót meghaladó mértékben kell támo-

2. táblázat | A „3A” és „5R” módszerek lépései a várandós dohányzóknak szóló kiegészítéssel

	Általános minimál-intervenció	Várandós dohányzóknak szóló kiegészítések
<b>„3A” módszer</b>		
Tudakozódás („Ask”)	A dohányzási szokásokra történő rákérdezés	A várandós <i>és partnere</i> nikotinfogyasztásának feltárása
Tanácsadás („Advise”)	Dohányzás esetén a leszokás tanácsolása	Az <i>élethelyzet</i> nyújtotta motiváció és erőforrások megvilágítása
Tájékozódás („Assess”)	A leszokás szándékára való rákérdezés	<i>Ítéletmentes légkörre</i> törekvés Amint lehet, <i>szakellátó bevonása</i>
<b>„5R” módszer</b>		
Kockázat („Risk”)	Kockázati tényezők ismertetése, egyénre szabva	A leszokás <i>anyai (szülészeti) előnyeinek</i> ismertetése
Akadályok („Road blocks”)	A leszokást megnehezítő körülmények feltárása	A várandósság alatti leszokással kapcsolatos <i>tévhitek, félelmek</i>
Jelentőség („Relevance”)	A leszokás jelentőségének kiemelése, egyénre szabva	A <i>csecsemő- és gyermekkor</i> (pediátriai) <i>előnyök</i> ismertetése
Jutalom („Rewards”)	A leszokással járó előnyök ismertetése, egyénre szabva	A leszokás <i>magzati (neonatalis) előnyeinek</i> ismertetése
Ismétlés („Repetition”)	A leszokás tanácsolása többszöri alkalommal	Ismétlés a <i>gesztációs hétnek megfelelő</i> hangsúlyokkal

gatást nyújtani [12]. Ennek elősegítése érdekében foglaltuk össze a 2. táblázatban, hogy a minimálintervenció egyes lépéseihez milyen specifikus beavatkozások tartozhatnak. Természetesen már a várandóssal történő első találkozás alkalmával el kell végezni ezt a minimálintervenciót, hogy a dohányzásleszokás minél hamarabb, lehetőleg az első trimeszterben megvalósulhasson [12]. A minimálintervenció lépéseit a „3T” (angolul „3A”) módszer foglalja össze [1, 12].

Az első lépés a „tudakozódás” („ask”), amelynek során feltárjuk a várandós dohányzási státuszát. Várandós nők esetében nemcsak a cigaretta, hanem más dohánytermék (például hevített dohánytermék, vízipipa, snüssz), illetve más nikotintartalmú eszköz (például e-cigaretta) használatára is érdemes rákérdezni, hiszen a magzatra és az anyára nézve ezek mind ártalmasak [20]. Fontos továbbá megemlíteni, hogy a várandós nők nikotinfogyasztása mellett arra is érdemes rákérdezni, hogy partnerük használ-e dohány- és nikotintartalmú terméket. Ez részben a passzív dohányzás elkerülése végett hasznos, részben a várandós leszokását segíthetjük vele, hiszen egy dohányzó partner jelentősen rontja a várandós nők leszokási esélyeit [21, 22]. Ha a partner dohányzik, a minimálintervenciót rá is érdemes kiterjeszteni.

A második lépés a „tanácsadás” („advise”), amikor a dohányzás esetén javasoljuk a leszokást [1, 12]. Várandós dohányzóknál az átkeretezés módszerének alkalmazásával érdemes megvilágítani az élethelyzetet és a benne rejlő motivációt és erőforrásokat, mielőtt a tanácsadásra térnénk (például: „A várandósság optimális élethelyzet a leszokáshoz. Egyrészt adott egy erős motiváció: az Ön és a születendő gyermek egészsége. Másrészt ilyenkor jelentős támogatást kaphat a leszokáshoz a családjától, barátaitól és az egészségügyi rendszertől, kezelőorvosától, védőnőjétől.”) [20].

Végezetül pedig a harmadik lépés a „tájékozódás” („assess”), amikor rákérdezzünk a leszokás szándékára [1, 12]. A várandósok számára ennél a lépésnél biztosítsunk ítéletmentes légkört, amiről korábban már szó volt [20]. Ha a várandós dohányzó, vagy partnere nyitott a leszokásra, akkor szakellátóhoz kell irányítani, hogy specifikus magatartás-orvoslási támogatásban részesüljön, hiszen várandósok esetében mindig a viselkedésterápia az első választás a gyógyszeres kezeléssel szemben [1, 12]. Magyarországon a szakellátási szint a tüdőgondozókban és más, leszokást támogató központokban (például egészségfejlesztési irodákban) valósul meg közfinanszírozott egyéni és csoportos programok formájában [12]. Továbbá az ingyenes, anonim telefonos szaktanácsadást is meg kell említenünk (06-80-44-20-44) [12]. Emellett még javasolhatók internetes leszokástámogató felületek (például leteszemacigit.hu), mobiltelefonos alkalmazások (például a „Gond? Egy szál se!” app) és nyomtatott öngyógyító anyagok is (például az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet szórólappjai) [12]. Kiemelendő, hogy magyar nyelven nincs kifejezetten várandós dohányzók

leszokását segítő mobilapplikáció, angol nyelven azonban léteznek ilyenek, amelyeket szintén ajánlhatunk.

A minimálintervencióhoz tartozik továbbá az „5R” módszer, amelynek célja a leszokási motiváció felkeltése (ha a várandós elzárkózik a leszokástól), illetve a motiváció megerősítése (ha a várandós nyitott a leszokásra). A „kockázat” („risks”) témakör jelöli az egyénre szabott kockázati tényezők ismertetését [1, 12]. Várandósok esetén a szülészeti előnyök tartozhatnak ide: csökken a császármetszések kockázata [23], illetve a méhlepényrendellenességek, a korai burokrepedés és a korai lepényleválás esélye [24–26]. Az 1. táblázatban már bemutatuk, hogyan keretezhetők át ezek az információk pozitívan, a leszokás előnyeire fókuszálva. Az „akadályok” („road blocks”) témakör a leszokást megnehezítő körülmények feltárására utal [1, 12]. Várandós nők esetén a leszokással kapcsolatos tévhitek lehetnek ilyen akadályok, például hogy „a dohányzás megnyugtat engem, és ez jó a babának”, vagy „a nikotinmegvonási tünetek károsabbak a magzatra, mint a rendszeres nikotinfogyasztás” [12]. Ezeket érdemes tapintatosan tisztázni. A „jelentőség” („relevance”) témakör azt jelenti, hogy a leszokás jelentőségét érdemes egyénre szabni [1, 12]. Idekapcsolódnak a gyermekgyógyászati előnyök, amelyek a várandósság alatti leszokás hosszú távú hatásaira irányítják a figyelmet: például csökken a csecsemőkori hasfájásnak (colica), a csecsemőkori tüdőbetegségeknek (például alsó légúti fertőzések, bronchopulmonalis dysplasia), a gyermekkori figyelemzavarnak és a gyermekkori nikotinfüggőségnek az esélye [27–30]. A „jutalom” („rewards”) témakör a leszokással járó, egyénre szabott előnyök ismertetését takarja [1, 12]. Itt említhetjük meg a várandósság alatti leszokás rövid távú, magzati hatásait: például csökken a fejlődési rendellenességeknek, a koraszülésnek és a kis súllyal születésnek a kockázata [31–33]. Végül az „ismétlés” („repetition”) lépés arra utal, hogy a leszokást visszatérően, újra és újra érdemes ajánlani, a várandóssal történő találkozások minden alkalmával [1, 12]. Várandós nők esetén az ismételt tanácsadást a gesztációs hétnek megfelelő hangsúlyokkal érdemes kiegészíteni (például: „Éppen most, az első trimeszterben alakulnak ki a magzathoz a fontosabb szervrendszerek. A dohányzás összefügg ezzel a fejlődéssel, ezért a leszokás előnye, hogy a magzat természetes ütemben, egészségesen fejlődhet.”) [12].

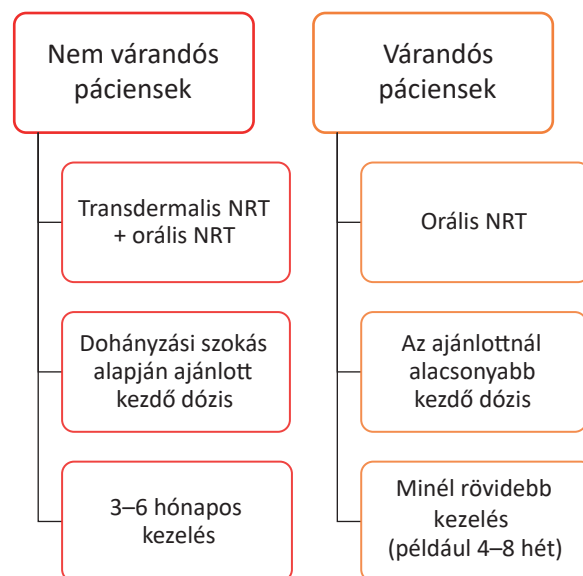
Ahogy arra korábban is utaltunk, az „5R” motivációs beszélgetés során ismeretterjesztő monológ helyett érdemes kérdéseket alkalmazni [17], ami fokozza a várandós együttműködését, illetve a várandós számára releváns információkat kiemelve egyben le is rövidítheti az intervenciót. Ilyen módszer lehet, ha nyitott kérdésekkel tárjuk fel a különböző témaköröket. Például „kockázat” („risk”): „Ön szerint milyen kapcsolat lehet a dohányzás és a várandósság lefolyása között?”; „akadályok” („road blocks”): „Mik a féltelmei a leszokással kapcsolatban?”; „jelentőség” („relevance”): „Mit gondol, miért lehetne fontos a leszokás a születendő gyermek számára?”; „juta-

lom” („rewards”): „Milyen előnyökkel járhat a leszokás a magzat számára?” A nyitott kérdésre válaszul a várandós megosztja gondolatait az adott témakörben, ezután azt kiegészíthetjük (például: „Igazán sok mindent felsorolt. Szeretném kiemelni továbbá, hogy...” [17]. Ezenkívül fokozza az együttműködést, ha az információátadás előtt beleegyezést kérünk („Megengedi, hogy beszéljek ezekről néhány mondatban?”), vagy az információátadás után rákérdezzük a várandós véleményére („Mit gondol arról, amit mondtam?”) [17].

## Gyógyszeres kezelés

Várandósok számára alapvetően gyógyszermentes leszokás ajánlott, intenzív viselkedésterápiás módszerekkel támogatva [1, 12]. Ha azonban ez nem lehetséges vagy eredménytelen, akkor indokolt lehet a nikotinpótló készítmények használata, mert a lehetséges mellékhatások nem haladják meg a dohányzás folytatásának tulajdonítható egészségügyi kockázatot [1, 12, 34]. Más gyógyszer használatáról még nincs elegendő evidencia ebben a populációban [1, 34]. Fontos továbbá, hogy a gondozó szülészorvost tájékoztatni kell a gyógyszeres kezeléssel [35]. A nikotinpótló készítmények csökkentik a megvonási tüneteket, amiből az anyának és a magzathoz is előnye származik. Szemben a többi, leszokást segítő gyógyszerrel, a nikotinpótló kezelés azért is jó választás, mert a dohányzás azonnali felfüggesztését követeli meg [34]. Az 1. ábrán összefoglaltuk a három legfontosabb különbséget az általános nikotinpótló kezelés és a várandósok nikotinpótló kezelése között: (1) a nikotinpótlás módja; (2) a nikotin titrálása; (3) a kezelés időtartama.

Az első különbség a nikotinpótlás módjában van: az elnyújtott hatású készítmények (transzdermalis tapaszok)



1. ábra A nikotinpótló terápia (nicotine replacement therapy – NRT) különbségei nem várandós és várandós dohányzók kezelése során



használatát várandósság alatt érdemes kerülni [1, 36]. Általánosságban a dohányzók kezelésében nagyobb hangsúly kerül a transzdermalis készítményekre, mert a folyamatos nikotinbevitel miatt mérsékelhető a sóvárgások napi száma [1, 35], ennek azonban éppen az ellenkezője javasolt várandósság alatt. A magzatra való tekintettel inkább a gyors hatású, orális készítmények (nikotinos ráógumi, szopogatótabletta és szájnyalvakahártyán alkalmazott spray) használata ajánlott [1, 36]. Így lehet, hogy a várandós többször sóvárog a cigaretta után, de a magzat nincs kitéve állandó nikotinbevitelnek [37]. További előny, hogy csak indokolt esetben történik nikotinbevitel, így összességében a napi nikotinbevitel is kisebb lehet [37]. Például egy 14 mg-os transzdermalis tapasz 7 darab 2 mg-os nikotinos ráógumival azonos nikotintartalmú, de lehetséges, hogy aznap csak 5 alkalommal sóvárog a dohányzó, így a napi nikotinfogyasztás is kevesebb lesz. Mivel a gyors hatású, orális készítményekből Magyarországon 4 mg-os, 2 mg-os, 1,5 mg-os és 1 mg-os kiserelés is elérhető [35], lényegében bármelyik transzdermalis tapasz nikotinadagja kiváltható velük. Kiemelendő továbbá a pszichológiai sóvárgáskezelő módszerek edukációjának jelentősége, amelyekkel tovább csökkenthető az orális készítmény használata (például relaxációs gyakorlatok vagy éppen intenzív testmozgás, a szituációból történő kilépés, nemdohányzó helyiség felkeresése, kis kalóriatartalmú ételek, italok fogyasztása stb.) [1]. A nikotinpótlás célja a megvonási tünetek enyhítése, ezalatt a gyógyszeres sóvárgáskezelést fokozatosan érdemes felváltani pszichológiai sóvárgáskezeléssel, hiszen a nikotinos termék iránti sóvárgás a visszaesés major kiváltó tényezője [1].

A második különbség a várandósság során a nikotin óvatos titrálására vonatkozik [37]. Nem várandós dohányzóknál a nikotinpótlás kezdő adagját a dohányzási szokásokhoz ajánlott igazítani, hogy körülbelül ugyanakkora legyen a nikotinbevitel, mint a dohányzás során [1, 35]. A várandósság alatti anyagcsere-változások miatt azonban nem lehet általánosítani az adagolást [37], így vitatott, hogy milyen kezdő dózisban érdemes elindítani

a nikotinpótló kezelést [38]. Egyrészt vannak genetikai különbségek a nikotint gyorsan és lassan lebontók között [39], másrészt a trimeszterek alatt változik a nikotin metabolizmusa (például a harmadik trimeszterben nő a nikotin eliminációja) [40]. Tehát a megfelelő nikotindózis minden várandósnak magának kell megtalálnia. A kisebb magzati nikotinoxpozíció érdekében érdekesebb kisebb kezdő dózissal indítani a kezelést és csak indokolt esetben emelni, kezdetben például a még tolerálható legkisebb mennyiségben az 1–1,5–2 mg-os orális készítményeket előnyben részesíteni a 4 mg-os készítményekkel szemben. Így elkerülhetők a túladagolások tünetei, és könnyebben megtalálható az a legkisebb nikotinnemesség, amely szükséges [37]. Fontos azonban, hogy mielőbb felismerje a várandós a nikotinmegvonási tüneteket, és korán csillapítsa azokat gyors hatású, orális készítménnyel [1, 35]. Minél később csillapítja a várandós a sóvárgását és megvonási tüneteit, annál nagyobb a relapsus esélye [1, 37]. Ezért a nikotinmegvonási tünetekről való tájékoztatás elengedhetetlen (ingerlékenység, idegesség, szomorúság, figyelemzavar, fokozott étvágy, alvászavar, nyughatatlanság és türelmetlenség) [1]. Megvonási tünet vagy sóvárgás esetén bátran használja a várandós a gyors hatású készítményeket [35], mert az is természetes lehet, ha az ajánlott adagnál nagyobb mennyiségben lesz rá szüksége (például a harmadik trimeszterben a megnövekedett nikotinelimináció miatt) [40]. A 3. táblázatban bemutatjuk a dohányzási szokások alapján javasolt kezdő nikotinadagot az európai leszokástámogató irányelv ajánlása alapján [1]. Kiemelendő, hogy az európai irányelv táblázata nem várandós populáció adatait elemezve készült, és azt átalakítottuk a várandósok orális nikotinpótló kezelésének megfelelően. Ez a táblázat a várandós nők számára csak tájékoztató jellegű, esetükben tehát kisebb napi nikotinbevitellel érdemes kezdeni és a megvonási tünetek alapján emelni (titrálni), amíg szükséges. Várandós nők esetében ennél kisebb vagy nagyobb kezdő dózissra is szükség lehet, ezért óvatos titrálás javasolt.

3. táblázat | A napi nikotinbevitel ajánlott kezdő dózisa a dohányzási szokások alapján

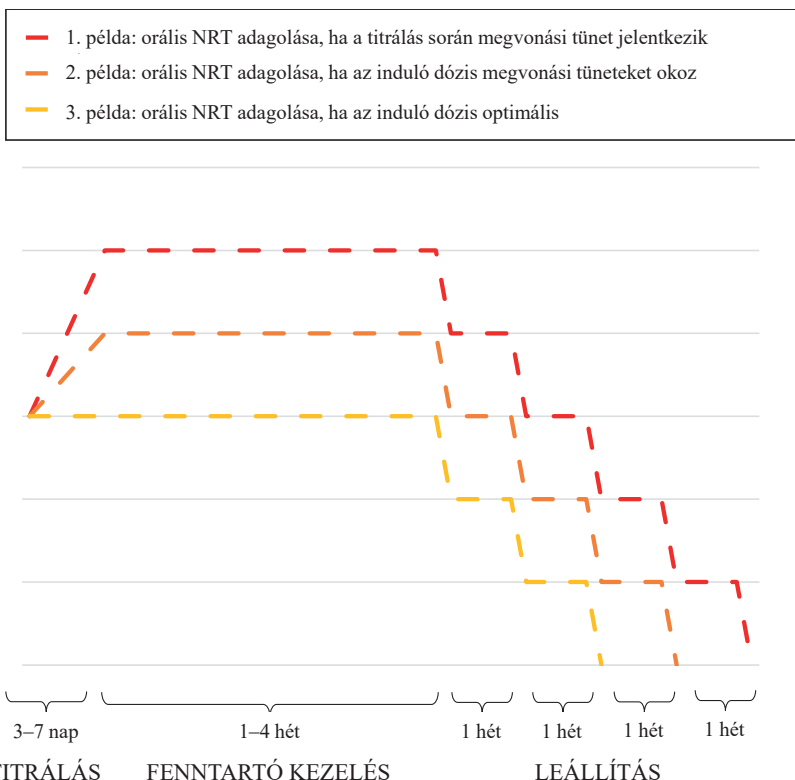
A nikotinpótló kezelés általánosan ajánlott kezdő dózisa				
	A naponta elszívott cigaretták száma			
	<10 cigaretta/nap	10–19 cigaretta/nap	20–30 cigaretta/nap	>30 cigaretta/nap
A reggel elszívott első cigaretta ideje				
Felkelés után 5 perccel belül		15–30 mg/16 óra	15–30 mg/16 óra	Több mint 30 mg/16 óra
Felkelés után 30 perccel belül		15 mg/16 óra	15–30 mg/16 óra	15–30 mg/16 óra
Felkelés után 60 perccel belül	Nikotinpótlás nem javasolt	Kevesebb mint 15 mg/16 óra	15 mg/16 óra	15–30 mg/16 óra
Felkelés után 60 perccel túl	Nikotinpótlás nem javasolt	Nikotinpótlás nem javasolt	Kevesebb mint 15 mg/16 óra	
Nem napi szintű dohányzás	Nikotinpótlás nem javasolt	Nikotinpótlás nem javasolt		

*Megjegyzés:* Ezeket az értékeket nem várandós populáció adatait elemezve határozták meg [1]. Várandós nők esetében ennél kisebb vagy nagyobb kezdő dózissra is szükség lehet, ezért óvatos titrálás javasolt

A harmadik különbség a kezelés időtartamával kapcsolatos. Nem várandós dohányzók számára általában 3–6 hónapos nikotinpótló kezelés javasolt, hogy jusson elég idő a megvonási tünetektől mentes viselkedésváltozásra [1, 35]. A várandósság alatt azonban nincs pontosan meghatározva a nikotinpótló kezelés időtartama. Vitattott, hogy érdemes-e azt lerövidíteni (a magzat érdekében) vagy a várandósság időtartama alatt fenntartani (relapsusprevenció céljából) [37, 40]. Ezt a döntést a visszaesés kockázatának megítélése támogathatja. Lehetnek, akiknél a relapsus rizikója jelentős, náluk a nikotinpótlás fenntartása a várandósság alatt elfogadható lehet (például alacsony iskolai végzettséggel rendelkező, pszichológiai szaksegítség elutasító várandósnál, akinek a partnere dohányzik). Itt is fontos megemlíteni, hogy ha a várandós a releváns információk birtokában beleegyezik, a relapsusprevencióban is a magatartás-orvoslási módszereket kell előnyben részesíteni a gyógyszeres kezelés helyett [1]. Ennek ellenére lehetnek olyanok, akik a pszichológiai tanácsadást elutasítják, de a gyógyszert elfogadják. A visszaesésre hajlamosító tényezőkkel korábban már foglalkoztunk [4–9]. A relapsus kis kockázata (csupán néhány hajlamosító tényező) esetén több érv szól a nikotinpótló terápia lerövidítése mellett. Ilyenkor több hónapos kezelés helyett néhány hetes terápia lehet

a nikotinpótlás észszerű kerete. A 2. ábrán foglaltuk össze a nikotinpótló kezelés példának szánt adagolási sémáit várandósok számára. A kezelés a dohány- vagy más nikotinos termék használatának felfüggesztésével kezdődik [1, 12]. Ezt egyhetes titrálási időszak követi, amely kulcsfontosságú [35]. Ebben az időszakban magának a várandósnak kell felismernie a túladagolást vagy a megvonási tüneteket, és ezek alapján módosítania a nikotinbevittelt [35]. A kezelés alatt az aktív és tudatos együttműködés elengedhetetlen, ezért különösen fontos az érintettek személyre szabott tájékoztatása. Látható, hogy a várandósság miatt kis induló dózist választottunk mindhárom esetben, két esetben azonban a megvonási tünetek jelentkezése, illetve a gyakori sóvárgások miatt növelni kellett a napi nikotinfogyasztást. A titrálást követően a várandós által optimálisnak tartott nikotinmennyiséget a példákban 1–4 hétig alkalmaztuk fenntartó kezelésként. Ebben a megvonási tünetektől mentes időszakban a szokványosnál intenzívebb viselkedésterápiás (egyéni, csoportos vagy telefonos) támogatás ajánlott, hiszen a fenntartó kezelés általános (6–15 hetes) időtartama lerövidül [35]. Ezt követően a nikotinpótló készítmények adagjának fokozatos csökkentése javasolt [1, 34]. Nem várandós dohányzók esetében óvatosabb csökkentés javasolt, kéthetente ajánlott egyre kisebb

ORÁLIS NRT  
NAPI  
NIKOTINADAGJA



2. ábra

Példák a nikotinpótló terápia (nicotine replacement therapy – NRT) adagolására a várandósság alatt

A várandós páciensek nikotinpótló terápiáját korábbi gyógyszermentes leszokási kísérlet sikertelensége indokolta. A kezelés a dohány- és nikotinos termék használatának felfüggesztésével kezdődött. A dohányzási szokásokhoz igazított nikotinbevittelnél kisebb kezdő dózist választottunk. Az 1. és 2. példa során a kezdő dózis megvonási tüneteket okozott a titrálási időszakban, ezért addig kellett növelni a napi nikotinbevittelt, amíg a várandós páciens megvonási tünetei és sóvárgásai tolerálhatóvá váltak. A 3. példa során nem jelentkeztek nikotinmegvonási tünetek a titrálási időszakban, ezért a kezdő dózis optimálisnak bizonyult. Mindhárom esetben lerövidítettük a fenntartó kezelést és a lépcsőzetes leállítás ütemét

nikotinbevitelre váltani. Ebben a helyzetben azonban a magzatra való tekintettel a csökkentés idejét is lerövidíthetjük [37]. Példánkban hetente váltottunk egyre kisebb nikotinfogyasztásra.

Mivel ezek a készítmények vény nélkül megvásárolhatóak, nagy hangsúly helyeződik a nikotinos készítményekkel kapcsolatos edukációra. Érdemes elmondani a várandósnak néhány gyógyszerhasználati praktikát [1, 35]. A túladagolás elkerülése érdekében például a nikotinos ráógumit lassan kell rágni, és nem szabad lenyelni sem a nikotinos ráógumit, sem a szopogatótablettát. Ezenkívül túladagolás esetén azonnal el kell távolítani az orális készítményt, és aktív szénrel csökkenthető az emésztőrendszeri felszívódás. Továbbá az orális készítmények eredményességét csökkenti a savas ételek és italok fogyasztása a használat előtti 30 percben (a szájüreg pH-értéke miatt), ezért ezt lehetőleg kerülni kell [35]. Ez a gyógyszereszedéssel kapcsolatos általános tájékoztatás alapvetően a rutinellátáshoz tartozik, ezenfelül az ellátó további erőfeszítéseket is tehet az adherencia fokozására: egyrészt rákérdezhet a nikotinpótlással kapcsolatos elvárásokra és aggodalmakra, feltárhatja a készítményekkel kapcsolatos ismereteket, eloszlathatja a tévhiteteket, másrészt az elfogyasztott nikotinpótló gyógyszer nyomon követésére javasolhatunk a várandósnak elektronikus mérőeszközt (például gyógyszereszedési applikációt), vagy a várandós maga is nyomon követheti azt egy adott kezelési időszak alatt elfogyasztott gyógyszer mennyiségének ellenőrzésével [35].

## Magatartás-orvoslás

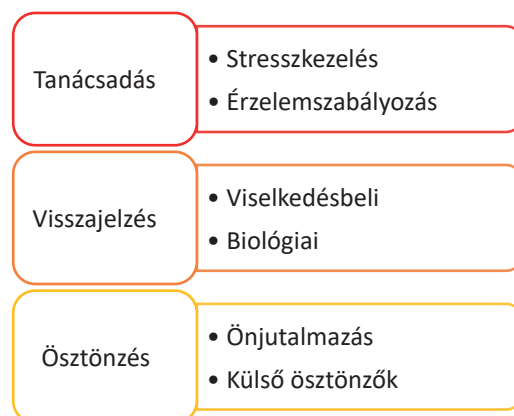
Magatartás-tudományi szempontból a „leszokás” nem egyenlő a dohányzás abbahagyásának napjával (nem egy időpont), hanem inkább komplex viselkedésváltozásként értelmezhető: a folyamat magában foglalja az önuralom visszaszerzését, az énkép átalakulását, a sóvárgás kezelését stb. Körülbelül egyévnnyi absztinenciát követően ugrrá szerűen csökken a relapsus esélye, ezért ezt tekinthetjük a „nemdohányzó magatartás” megszilárdulásának. Mindez ráirányítja a figyelmet arra, hogy a várandósok leszokásának támogatását a szülés után is folytatni kell, hiszen a szülésig nem telik el az 1 év. Sajnálatos tapasztalat ugyanakkor, hogy a postpartum időszakban azon anyák jelentős része is visszatér a dohányzáshoz, akik a terhesség alatt felfüggesztették azt [10].

Ahogy korábban is említettük, várandósok esetében mindig a viselkedésterápia az első választás a gyógyszeres kezeléssel szemben, illetve ha gyógyszeres terápiára kerül sor, akkor azt lehetőleg ki kell egészíteni intenzív viselkedésterápiával [1, 12]. A viselkedésváltozás serkenthető bizonyos magatartás-orvoslási módszerekkel, amelyek használata várandós dohányzók számára elsődlegesen ajánlott a gyógyszeres kezeléssel szemben (vagy ha szükséges a gyógyszer, akkor a mellett) [1, 12]. Ezek a magatartás-változást elősegítő módszerek egyrészt a korábban említett motivációs interjú technikára [17], másrészt a

kognitív viselkedésterápiás modellre építenek [1]. Nagy előnyük, hogy nem feltétlenül szükséges hozzájuk pszichoterapeutai végzettség, a várandósgondozás szakemberei közül sokan elsajátíthatják az alapokat, és bekapcsolódhatnak a magasabb szintű leszokás segítésébe [17]. További előnyük, hogy számos formában megvalósíthatók: egyéni, csoportos, telefonos intervenciók keretei között, illetve egyre szélesebb körben terjednek online vagy mobilapplikációk formájában [1, 41]. A nagyszámú módszer közül a várandós dohányzók leszokástámogatása szempontjából a legtöbb összefoglaló tanulmány kiemeli a „pszichológiai tanácsadásra”, a „visszajelzésre” és az „ösztönzésre” épülő módszereket [20]. Ezek részletes bemutatása meghaladja e közlemény kereteit, szeretnénk azonban egy rövid áttekintést nyújtani, amelyet a 3. ábrán foglaltunk össze.

A várandós dohányzók gyakran érezhetik, hogy a várandósság és a dohányzásleszokás kettős kihívása meghaladja erőforrásaikat, ezért a probléma- és érzelemlétfókuszú megküzdés (stresszkezelés) fejlesztése hasznos lehet számukra [1, 42]. A „nikotinstressz” (megvonási tünetek) csökkentésében például a korábban említett pszichológiai sóvárgáskezelő módszerek ajánlhatók [1]. Továbbá stresszhelyzettől függetlenül az „érzelemszabályozás” módszerei segíthetik hozzá a várandósokat a sikeres leszokáshoz (például tervezés, figyelemelterelés, összehasonlítás, pozitív átértékelés, elfogadás) [43]. Kiemelendő, hogy a megfelelő érzelemszabályozás nem csupán a dohányzásleszokás során hasznosulhat, hanem segítheti az édesanyát a későbbi szülői feladatok ellátásában is, hiszen ezek alkalmazásával nagyobb eséllyel tudja megfelelőbben kezelni a gyermek érzelmi reakcióit (például a csecsemő sírását) [44]. Segítségével elkerülheti a szélsőséges érzelmeket kiváltó helyzeteket, javíthatja a szülő-gyermek kapcsolatot, és akár megkönnyítheti a szoptatást is (ami a csecsemő táplálására is jó hatással lehet). Ezen előnyök átbeszélése fokozhatja az érzelemszabályozás fejlesztésének motivációját [44].

A másik kiemelt módszer a „visszajelzés” (feedback), amely a dohányzásleszokást kísérő viselkedésbeli vagy



3. ábra | A magatartás-orvoslás módszerei a várandós dohányzók leszokásának támogatására

biológiai változásokat célozza meg [20]. Szóban a motívációs interjú technika a „megerősítés” módszerét ajánlja, amely hangsúlyozza a várandós pozitív erőfeszítéseit, tulajdonságait vagy viselkedését [17, 45]. Ennek akkor van nagy jelentősége, ha a várandós dohányzó önbizalma kicsi a leszokás megvalósításával kapcsolatban. A megerősítésnek egy jól meghatározott, valós és konkrét pozitívumra kell irányulnia, tehát nem javasolt az általános dicséret, helyesítés vagy egyetértés [17, 45]. Például: „Örülök, hogy a leszokáson gondolkodik.”; vagy: „Elismerésre méltó, hogy elkezdte csökkenteni a naponta elszívott cigaretták számát.” A viselkedésbeli visszajelzések lényege, hogy a komplex viselkedésváltozást megvalósítható és konkrét tevékenységekre bontsa, illetve ezek megvalósítását jelezze vissza a várandósoknak [1]. Így lépésről lépésre haladhat a várandós a leszokásban, fokozva ezzel a megvalósítással kapcsolatos önbizalmat (öneredményességet) [1]. A viselkedésbeli visszajelzésekre főleg a dohányzás abbahagyását követő hetekben lehet szükség, hiszen ekkor a legnagyobb a visszaesés esélye [1]. Ha a várandós nem sikerült végrehajtani egy kitűzött tevékenységet, akkor is érdemes elismerni az erőfeszítést, majd kisebb részfeladatokra bontani az adott tevékenységet [17]. Ezenkívül biológiai visszajelzés lehetséges a kilélegzett szén-monoxid-szinttel vagy a vizeletben mért kotininszinttel is (az utóbbi korrelál a magzatot is károsító karcinogének szintjével), ami monitorozásként a leszokás folyamatába is beépíthető [46].

A harmadik ajánlás az úgynevezett „ösztönzés”, azaz a jutalom összekapcsolása a leszokás folyamatával [20]. Megtörténhet önjutalmazás vagy külső ösztönzők formájában. Egyrészt érdemes arra bátorítani a várandóst, hogy ünnepelje meg az elért eredményeket, jutalmazza meg magát [1], másrészt külső ösztönzőkkel is el lehet ismerni a leszokást segítő programba való bekapcsolódást. A Cochrane-metaanalízis adatai alapján a várandós nők leszokástámogatása esetében a külső ösztönzők használata eredményesnek bizonyult [20]. Ez még inkább igaz lehet az igen nagy kihívást jelentő alacsonyabb szocioökonómiai státuszban lévők esetében [4, 5]. Persze meg kell említeni a külső ösztönzők alkalmazásának morális hátterét, hiszen ilyenkor a közösség egy olyan állapot gyógyításáért „fizet”, amelyet az egyén magának okozott, és csak ő maga tud megváltoztatni; ez a kérdés számos tanulmányban előkerült [47]. A „vétlen” magzat egészsége azonban kellően erős érv lehet az egyébként eredményesnek bizonyuló külső ösztönzők használata mellett. Egy másik, jogosan felmerülő etikai kérdés pedig a külső ösztönzőkkel történő esetleges visszaélés kockázata. Úgy tűnik, ennek kicsi az aránya: egy angliai kutatás szerint 4% körül észleltek hamis bejelentést vagy csalást, amikor a várandós dohányzók leszokástámogatása során külső ösztönzőket alkalmaztak [48]. Továbbá az ilyen programokban a visszaélés esélye csökkenthető biológiailag validált nyomon követéssel (például a kotininszint kötelező meghatározása nyálból vagy vizeletből) [47]. Magyarországon az eltérő finanszírozási mo-

dell miatt az ösztönzők aktuális használata limitált. Ezért javasoljuk, hogy alapítványi vagy egyéb forrásokból tegyék ingyenessé a nikotinpótló készítményeket azon várandósok számára, akik részt vesznek egyéni vagy csoportos, leszokást segítő programban, és akiknél a gyógyszeres terápia indokolt. Ez sokkal kisebb költség, mint ha általánosan ingyenessé teszik, és jobban fokozhatja a leszokástámogató programban történő részvételt, a terápiás adherenciát. Ez a példa is rávilágít, hogy hazai szempontból is releváns kérdés lehet az ösztönzők használata.

## Zárógondolatok

Összefoglaló tanulmányunkban a várandós nők leszokástámogatásának szakmailag megalapozott áttekintését adtuk, amelyben kiemelt figyelmet szenteltünk a magatartás-orvoslás eszközeinek. Az adherencia fokozása érdekében az empatikus, ítélkezéstől mentes attitűd kiviselete elengedhetetlenül fontos pszichoszociális intervencióknak számít. A „3A” és az „5R” alapszintű intervenciók eszközeit már a legelső kapcsolatfelvételnél javasoljuk elvégezni, és ha a várandós (és partnere) nyitott a leszokásra, a megfelelő szakellátási szintre szükséges irányítanunk őt. Amennyiben gyógyszeres intervencióra van szükség, kellő körültekintéssel alkalmazzuk az orális nikotinpótló készítményeket, amelyek titrálási időszakában kulcsfontosságú a várandós tudatos önellenőrzése az elegendő nikotinbevitel beállításához. Összességében elmondható, hogy a várandósok leszokástámogatásában lehetőség szerint célszerű előnyben részesíteni a motívációs interjú technikájára, valamint a kognitív viselkedésterápiás modellekre építő eszköztárat.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* W. J., P. D.: A téma felvetése. W. J., P. D., T. G., K. O.: Irodalomkutatás, a kézirat megszüvegezése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekeltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Irodalom

- [1] European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Tobacco dependence treatment guidelines. Brussels, 2020. Available from: <https://ensp.network/ensp-tdt-guidelines/> [accessed: February 1, 2023].
- [2] Boros J, Veroszta Zs. Exploring perinatal maternal smoking in Hungary: results of the Cohort'18 Hungarian birth cohort study [Perinatális anyai dohányzás vizsgálata Magyarországon: a Kohorsz'18 magyar születési kohorszvizsgálat eredményei]. *Demográfia* 2022; 65: 29–53. [Hungarian]
- [3] Fogarasi-Grenczer A. Impact of tobacco smoking during the pregnancy on the perinatal outcomes. PhD thesis. [Várandósság alatti dohányzás okai és perinatális kimeneteli eredményei.] Dok-



- tori értekezés. Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest, 2015. [Hungarian]
- [4] Kakuszi B, Bácskai E, Gerevich J, et al. Teenage and adult pregnancy: a differential relationship between socio-economic status and smoking. [A dohányzás és az anyagi helyzet összefüggése serdülőkorú és felnőttkori terhesség esetén.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 376–381. [Hungarian]
- [5] Page R, Padilla Y, Hamilton E. Psychosocial factors associated with patterns of smoking surrounding pregnancy in fragile families. *Matern Child Health J.* 2012; 16: 249–257.
- [6] Balázs P, Rákóczi I, Greczner A, et al. Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *Eur J Public Health* 2013; 23: 480–485.
- [7] Foley KL, Balázs P, Greczner A, et al. Factors associated with quit attempts and quitting among Eastern Hungarian women who smoked at the time of pregnancy. *Cent Eur J Public Health* 2011; 19: 63–66.
- [8] Smedberg J, Lupattelli A, Mardby AC, et al. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregn Child.* 2014; 14: 213.
- [9] Flick L, Cook C, Homan S, et al. Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. *Am J Public Health* 2006; 96: 1799–1807.
- [10] Miguez MC, Pereira B. Factors associated with smoking relapse in the early postpartum period: a prospective longitudinal study in Spain. *Matern Child Health J.* 2021; 25: 998–1006.
- [11] Orleans CT, Barker DC, Kaufman NJ, et al. Helping pregnant smokers quit: meeting the challenge in the next decade. *Tobac Contr.* 2000; 9: 6–11.
- [12] Hungarian Ministry of Human Resources. National guideline of smoking cessation support. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról.] Budapest, 2019. Available from: <https://tudogyogyasz.hu/Media/Download/12698> [accessed: February 1, 2023]. [Hungarian]
- [13] Lumley J, Oliver S, Chamberlain C, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; 4: CD001055.
- [14] Klein EG, Macisco J, Lazard A, et al. Framing pregnancy-related smoking cessation messages for women of reproductive age. *Addict Behav Rep.* 2020; 12: 100290.
- [15] Moorman M, van den Putte B. The influence of message framing, intention to quit smoking, and nicotine dependence on the persuasiveness of smoking cessation messages. *Addict Behav.* 2008; 33: 1267–1275.
- [16] Toll BA, Salovey P, O'Malley SS, et al. Message framing for smoking cessation: the interaction of risk perceptions and gender. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10: 195–200.
- [17] Pócs D, Hamvai C, Kelemen O. Health behavior change: motivational interviewing. [Magatartás-változtatás az egészségügyben: a motivációs interjú.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 1331–1337. [Hungarian]
- [18] Dillard JP, Shen L. On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Commun Monogr.* 2005; 72: 144–168.
- [19] Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. *Am J Pharm Educ.* 2009; 73: 127.
- [20] Bednarczuk N, Williams EE, Dassios T, et al. Nicotine replacement therapy and e-cigarettes in pregnancy and infant respiratory outcomes. *Early Hum Dev.* 2022; 164: 105509.
- [21] Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 10: CD001055.
- [22] Ashford KB, Hahn E, Hall L, et al. Postpartum smoking relapse and secondhand smoke. *Public Health Rep.* 2009; 124: 515–526.
- [23] Li R, Lodge J, Flatley C, et al. The burden of adverse obstetric and perinatal outcomes from maternal smoking in an Australian cohort. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2019; 59: 356–361.
- [24] Shobeiri F, Masoumi SZ, Jenabi E. The association between maternal smoking and placenta abruption: a meta-analysis. *J Matern Fetal-Neonatal Med.* 2017; 30: 1963–1967.
- [25] Shobeiri F, Jenabi E. Smoking and placenta previa: a meta-analysis. *J Matern-Fetal Neonatal Med.* 2017; 30: 2985–2990.
- [26] Centers for Disease Control and Prevention. Surgeon General's reports on smoking and tobacco use. Available from: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/index.htm) [accessed: February 1, 2023].
- [27] Shenassa ED, Brown MJ. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics* 2004; 114: e497–e505.
- [28] Duan C, Wang M, Ma X, et al. Association between maternal smoking during pregnancy and recurrent wheezing in infancy: evidence from a meta-analysis. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8: 6755–6761.
- [29] He Y, Chen J, Zhu LH, et al. Maternal smoking during pregnancy and ADHD: results from a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Atten Disord.* 2020; 24: 1637–1647.
- [30] Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1978–1984.
- [31] Nicoletti D, Appel LD, Siedersberger Neto P, et al. Maternal smoking during pregnancy and birth defects in children: a systematic review with meta-analysis. *Cad Saude Publica* 2014; 30: 2491–2529.
- [32] Ion R, Bernal AL. Smoking and preterm birth. *Reproduct Sci.* 2015; 22: 918–926.
- [33] Quelhas D, Kompala C, Wittenbrink B, et al. The association between active tobacco use during pregnancy and growth outcomes of children under five years of age: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2018; 18: 1372.
- [34] Rodriguez D. Tobacco and nicotine use in pregnancy: cessation strategies and treatment options. UpToDate, 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/tobacco-and-nicotine-use-in-pregnancy-cessation-strategies-and-treatment-options> [accessed: February 1, 2023].
- [35] Watti J, Mohos A, Kelemen O, et al. Actualities in first-line pharmacotherapy for smoking cessation support. [A dohányzásleállítás-támogatás első vonalbeli gyógyszeres terápiájának aktualitásai.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 1610–1618. [Hungarian]
- [36] Leung LW, Davies GA. Smoking cessation strategies in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37: 791–797.
- [37] Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 3: CD010078.
- [38] Coleman T. Recommendations for the use of pharmacological smoking cessation strategies in pregnant women. *CNS Drugs* 2007; 21: 983–993.
- [39] Stroud LR, Papandonatos GD, Jao NC, et al. Maternal nicotine metabolism moderates the impact of maternal cigarette smoking on infant birth weight: a Collaborative Perinatal Project investigation. *Drug Alcohol Depend.* 2022; 233: 109358.
- [40] Koren G, Blanchette P, Lubetzky A, et al. Hair nicotine:cotinine metabolic ratio in pregnant women: a new method to study metabolism in late pregnancy. *Ther Drug Monit.* 2008; 30: 246–248.
- [41] Murphy CM, Micalizzi L, Sokolovsky AW, et al. Motivational interviewing telephone counseling to increase postpartum main-

- tenance of abstinence from tobacco. *J Subst Abuse Treat.* 2022; 132: 108419.
- [42] Massey SH, Estabrook R, Lapping-Carr L, et al. Are empathic processes mechanism of pregnancy's protective effect on smoking? Identification of a novel target for preventive intervention. *Soc Sci Med.* 2022; 305: 115071.
- [43] Bradizza CM, Stasiewicz PR, Zhuo Y, et al. Smoking cessation for pregnant smokers: development and pilot test of an emotion regulation treatment supplement to standard smoking cessation for negative affect smokers. *Nicotine Tob Res.* 2017; 19: 578–584.
- [44] Penner F, Rutherford HJ. Emotion regulation during pregnancy: a call to action for increased research, screening, and intervention. *Arch Womens Ment Health* 2022; 25: 527–531.
- [45] Nabhan AF, Aflaifel N. High feedback versus low feedback of prenatal ultrasound for reducing maternal anxiety and improving maternal health behaviour in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 8: CD007208.
- [46] Flanagan CA, Koller KR, Wolfe AW, et al. Fetal exposure to carcinogens with tobacco use in pregnancy: phase I MAW study findings. *Nicotine Tob Res.* 2016; 18: 2162–2168.
- [47] Breunis LJ, Been JV, de Jong-Potjer L, et al. Incentives for smoking cessation during pregnancy: an ethical framework. *Nicotine Tob Res.* 2020; 22: 1553–1559.
- [48] Ierfino D, Mantzari E, Hirst J, et al. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: a single-arm intervention study assessing cessation and gaming. *Addiction* 2015; 110: 680–688.

(Pócs Dávid dr.,  
Szeged, Mars tér 20., 6722  
e-mail: drpocsdavid@gmail.com)

## ÁLLÁS AJÁNLAT

A Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat azonnali kezdéssel FOGÁSZATI ASSZISZTENST keres.

### Főbb feladatok:

- gyermekek (elsősorban) és felnőttek fogorvos melletti asszisztencia ellátása
- a fog- és szájbetegség alapellátás körébe tartozó vizsgálata, kezelése, gondozása
- a fogászati szűrővizsgálatok elvégzése
- betegek szakellátásra történő irányítása

### Elvárások:

- minimum 2 éves gyakorlat

### Előny:

- Cloudent Fogászati Szoftver ismerete

### Foglalkoztatás jellege:

- rész- vagy teljes munkaidő
- alkalmazotti jogviszony

### Amit nyújtunk:

- hosszútávú, biztos munkalehetőség
- munkába járás támogatása
- családbarát munkahely
- továbbképzési lehetőség
- színvonalas, igényes munkakörnyezet

### Munkavégzés helye:

- Gyermekmentő Szolgálat irodája, Budapest, Teréz krt. 24.
- egyeztetés szerint magyarországi és határon túli kitelepülések a fogászati busszal

**Jelentkezés:** a fényképes önéletrajzokat az [ngysz@gyermekmento.hu](mailto:ngysz@gyermekmento.hu) e-mail címre várjuk.

Információ a szervezetről: [www.gyermekmento.hu](http://www.gyermekmento.hu)