

Παράγοντες που Επιδρούν στη Συνέχιση του Καπνίσματος σε Ασθενείς με Οξεία Στεφανιαία Σύνδρομο

ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ, ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΤΣΙΚΡΙΚΑ, ΒΑΣΙΛΗΣ ΣΑΧΠΕΚΙΔΗΣ, ΣΑΡΑΝΤΗΣ ΠΙΤΤΑΣ,
ΑΘΗΝΑ ΚΟΤΣΑΝΗ

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Βέροιας

Λέξεις Ευρετηρίου:
Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, διακοπή καπνίσματος, ανεξάρτηση, ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
7 Απριλίου 2009·
Ημερ. αποδοχής:
7 Οκτωβρίου 2009

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Ιωάννης Βογιατζής

Στουγανιάκη 3α,
552 36 Πανόραμα
Θεσσαλονίκη
e-mail:
ivogia@otenet.gr

Εισαγωγή: Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) διακόπτουν το κάπνισμα, όμως πολλοί από αυτούς υποτροπιάζουν και ξαναρχίζουν το κάπνισμα μέσα σε ένα τρίμηνο από τη νοσηλεία τους.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των παραγόντων που πιθανόν επιδρούν στην υποτροπή του καπνίσματος σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με ΟΣΣ.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 426 ασθενείς - καπνιστές εν ενεργεία τη χρονική στιγμή της εισαγωγής, που νοσηλεύθηκαν με ΟΣΣ. Τα δεδομένα των ασθενών (ιστορικό, παράγοντες κινδύνου, συνήθειες καπνίσματος) ελήφθησαν από τους ιατρικούς τους φακέλους. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ζητήθηκε να διακόψουν το κάπνισμα και να επισκεφτούν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος για να βοηθηθούν. Οι ασθενείς παρακολούθησαν για ένα χρόνο και με τη χρήση της στατιστικής μεθόδου της λογιστικής παλινδρόμησης εκτιμήθηκαν οι ανεξάρτητοι παράγοντες υποτροπής και συνέχισης του καπνίσματος.

Αποτελέσματα: Οι 280 (66,67%) επισκέφτηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και ακολούθησαν ειδικό πρόγραμμα. Οι περισσότερες υποτροπές καταγράφηκαν στους 3 μήνες της παρακολούθησης, όπου συνέχιζαν να καπνίζουν οι 223 (53,1%) και στους 12 μήνες οι 258 (61,43%). Ανεξάρτητοι παράγοντες για τη συνέχιση του καπνίσματος ήταν: η μη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος από το αντίστοιχο ιατρείο (OR=4,32 - p=0,0007), η χρήση αντικαταθλιπτικών (OR=2,28 - p=0,01), το ιστορικό αγγειακής νόσου (OR=2,32 - p=0,03), το ιστορικό ΧΑΠ (OR=1,35 - p=0,001) και ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη >8 κατά Fangerstrom, όπως καταγράφηκε στα ερωτηματολόγια (OR=1,42 - p=0,04).

Συμπέρασμα: Καπνιστές με ΟΣΣ θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του καπνίσματος στην ιδιαίτερη ομάδα αυτών των ασθενών.

Οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του καπνίσματος στη Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) και γενικά στην αθηρωμάτωση είναι ευρέως γνωστές. Το κάπνισμα σχετίζεται ισχυρά με την ανάπτυξη και πρόοδο των καρδιαγγειακών νοσημάτων και εμμέσως με τον επιπολασμό ανεπιθύμητων συμβαμάτων (οξεία στεφανιαία επεισόδια - ΟΣΣ), την νοσηρότητα και τη

θνητότητα του πληθυσμού.^{1,2} Στις Δυτικές κοινωνίες το ποσοστό θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα ανέρχεται σε 25% στις ηλικίες 35-69 χρόνων.³

Επίσης, είναι γνωστά τα ευνοϊκά αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς που υπέστησαν ΟΣΣ.⁴ Αντίθετα, μελέτες κατέγραψαν ότι η θνητότητα είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ κα-

πνιστών που εμφάνισαν ΟΣΣ και συνεχίζουν να καπνίζουν, συγκριτικά με αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα.⁵ Επίσης, ο κίνδυνος νέου επεισοδίου ελαττώνεται ταχέως μετά τη διακοπή του καπνίσματος και σε χρονική διάρκεια 2 - 3 ετών μετά τη διακοπή, η πιθανότητα για νέο επεισόδιο γίνεται ίδια με αυτή των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.^{6,7} Ακόμη, ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν μετά από επέμβαση επαναιμάτωσης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής του ισχαιμικού επεισοδίου, συγκριτικά με αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα.⁸

Οι περισσότεροι σταματούν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας για το επεισόδιο, όμως πολλοί από αυτούς υποτροπιάζουν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Με τον ίδιο τρόπο άλλοι συνεχίζουν το κάπνισμα, ακόμη και μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο και παρά τις αυστηρές συστάσεις των ιατρών.⁹

Φαίνεται ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσπάθεια των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα, προσωπικοί, επιδημιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί αλλά και κλινικοί. Σκοπός της μελέτης είναι να οριστούν οι παράγοντες που επιδρούν στην προσπάθεια και τη θέληση των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα, μετά από ΟΣΣ.

Υλικό και μέθοδοι

Μελετήθηκαν 426 ασθενείς (322 Άνδρες - 104 Γυναίκες, μέσης ηλικίας $59,53 \pm 7,6$ χρόνων) που νοσηλεύθηκαν στη Στεφανιαία Μονάδα της Κλινικής με ΟΣΣ, μεταξύ Δεκεμβρίου 2003 και Νοεμβρίου 2006. Οι ασθενείς αυτοί ήταν όλοι ενεργείς καπνιστές, δηλαδή κάπνιζαν τουλάχιστον ένα τσιγάρο, πούρο ή πίπα ημερησίως, τη χρονική στιγμή της εισαγωγής, ή ένα μήνα πριν την εισαγωγή. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με ηλικία μεγαλύτερη των 75 χρόνων.

Η εργασία αυτή αποτελεί τμήμα μίας γενικότερης προοπτικής μελέτης - ανάλυσης των παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με ΟΣΣ που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας. Ο σκοπός της είναι η καταγραφή των κλινικών και βιοχημικών δεικτών μακροχρονικής πρόγνωσης στην ομάδα των ασθενών αυτών. Έτσι, επιλέχθηκαν από το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύθηκαν στη Στεφανιαία Μονάδα οι 426, οι οποίοι ήταν ενεργοί καπνιστές και εντάχθηκαν στο ερευνητικό αυτό πρωτόκολλο.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από το ιστορικό και το φύλλο νοσηλείας των ασθενών κατά τη διάρκεια του χρόνου νοσηλείας τους. Συγκεκριμένα αναλύθηκαν τα κλινικά, δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα τους (προηγούμενο ιατρικό ιστορικό,

παράγοντες κινδύνου, κάπνισμα). Ιδιαίτερα εκτιμήθηκαν με ειδικά έντυπα ερωτηματολόγια ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη (ερωτηματολόγιο Fagerstrom), η ύπαρξη κινήτρων - επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος και η χρήση ηρεμιστικών ή/και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.^{10,11}

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας απαγορεύτηκε αυστηρά το κάπνισμα σε όλους και δόθηκαν συμβουλές για επίσκεψη στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος, αμέσως μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, για περισσότερη βοήθεια στην προσπάθεια απεξάρτησης από τη νικοτίνη.

Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 12 μήνες, μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, τηλεφωνικά και με προκαθορισμένες επισκέψεις στα Εξωτερικά Ιατρεία της Κλινικής, στους 1, 3, 6 και 12 μήνες αντίστοιχα. Ασθενείς που διέκοψαν την παρακολούθηση για οποιοδήποτε λόγο ή δεν προσήλθαν σε προκαθορισμένη επίσκεψη θεωρήθηκε ότι συνέχισαν το κάπνισμα. Με κριτήριο την διακοπή ή μη του καπνίσματος ένα έτος μετά την έξοδο από το νοσοκομείο οι ασθενείς ταξινομήθηκαν αντίστοιχα σε δύο ομάδες: στην Ομάδα Α (διακοπή του καπνίσματος) και στην Ομάδα Β (συνέχιση του καπνίσματος).

Στατιστική ανάλυση

Η σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων έγινε με τις δοκιμασίες χ^2 ή Fisher και των ποσοτικών με τις δοκιμασίες t-test ή Mann-Whitney (ανάλογα με την κανονικότητα των μεταβλητών αντίστοιχα). Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με τις μέσες τιμές τους και τις τυπικές τους αποκλίσεις.

Οι μεταβλητές που βρέθηκαν στην μονοπαραγοντική ανάλυση να διαφοροποιούν τις δύο ομάδες εισήχθησαν στην πολυπαραγοντική ανάλυση (μοντέλο λογαριθμικής παλινδρόμησης), με σκοπό να καθοριστούν οι παράγοντες που ανεξάρτητα συμβάλλουν στην συνέχιση ή υποτροπή του καπνίσματος.¹² Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται ως σχετικοί λόγοι και 95% ΔΕ (Διάστημα Εμπιστοσύνης).

Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις αναλύσεις ορίστηκε η πιθανότητα $p < 0,05$. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 9.0 for Windows.

Αποτελέσματα

Από τους 426 αρχικά συμμετέχοντες ασθενείς στη

μελέτη μας, οι 5 απεβίωσαν κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης, ενώ 1 ασθενής αρνήθηκε την περαιτέρω συμμετοχή του, οπότε αποκλείστηκαν από την ανάλυση. Τελικά στη μελέτη συμμετείχαν 420 ασθενείς. Στην Ομάδα Α συμπεριλήφθησαν 162 ασθενείς, (124 Άνδρες - 38 Γυναίκες, μέσης ηλικίας 59 χρόνων), ενώ στην Ομάδα Β συμπεριλήφθησαν 258 ασθενείς, (196 Άνδρες - 62 Γυναίκες, μέσης ηλικίας 58 χρόνων).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης. Η μέση ηλικία τους ήταν 58 έτη (εύρος από 33 μέχρι 74 έτη) και κάπνιζαν ημερησίως κατά μέσο όρο 16,5 τσιγάρα. Η διάγνωση εισόδου ήταν Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου (OEM) με ανάρσωση του ST (STEMI) στο 41% των ασθενών, Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (OEM) χωρίς ανάρσωση του ST (NSTEMI) στο 50,7% και τέλος Ασταθής Στηθάγχη (UA) στο 8,3% των ασθενών.

Από το ιστορικό τους, 34% ήταν υπερτασικοί, 17,4% διαβητικοί και 30,2% είχαν δυσλιπιδαιμία. Επίσης, 12,6% είχαν υποστεί OEM στο παρελθόν, 46,4% υπέφεραν από επεισόδια στηθάγχης, 11,4% είχαν υποβληθεί σε αγωγή επαναϊμάτωσης (αγγειοπλαστική ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη), ενώ 8,3% ανέφεραν διαλείπουσα χωλότητα, 9,3% είχαν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) και 19,8%

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

Ηλικία (έτη)	58,2 ± 8,6
Άρσεν Φύλο n (%)	320 (76,2)
Fagerstrom test > 8 n (%)	263 (62,6)
Αίτιο Εισαγωγής	
STEMI n (%)	172 (41,0)
NSTEMI n (%)	213 (50,7)
Ασταθής Στηθάγχη n (%)	35 (8,3)
Ιατρικό Ιστορικό	
Αρτηριακή Υπέρταση n (%)	143 (34,0)
Δυσλιπιδαιμία n (%)	127 (30,2)
Σακχαρώδης Διαβήτης n (%)	73 (17,4)
Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m ²)	26,3 ± 4,1
Ιστορικό Αγγειακής Πάθησης n (%)	208 (49,5)
Έμφραγμα Μυοκαρδίου n (%)	53 (12,6)
Στηθάγχη n (%)	195 (46,4)
PCI or CABG n (%)	48 (11,4)
Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσος n (%)	39 (9,3)
Διαλείπουσα Χωλότητα n (%)	35 (8,3)
ΧΑΠ n (%)	83 (19,8)
Αντικαταθλιπτικά n (%)	38 (9,0)
Αντικαπνιστικό Πρόγραμμα n (%)	280 (66,7)

STEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάρσωση του ST, NSTEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάρσωση του ST, PCI: διαδερμική επέμβαση στα στεφανιαία, CABG: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος.

ανέφεραν Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), σχετιζόμενη με το κάπνισμα. Τέλος, 9% ελάμβαναν αντικαταθλιπτική και ηρεμιστική αγωγή.

Από τους ασθενείς της μελέτης, μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, οι 280 (66,67%) επισκέφτηκαν το ιατρείο διακοπής του καπνίσματος και έλαβαν οδηγίες συμμετοχής σε ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης από τη νικοτίνη (φαρμακευτική αγωγή - συμβουλευτική αγωγή και σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχοθεραπεία).

Οι ασθενείς της Ομάδας Β (n=258) συνέχισαν να κάπνιζουν ένα χρόνο μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Οι περισσότεροι από αυτούς (223 ασθενείς - 53,1%), ενώ αρχικά διέκοψαν το κάπνισμα υποτροπίασαν μέσα στο πρώτο τρίμηνο μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Οι ασθενείς της Ομάδας Α (n=162) κατάφεραν να διακόψουν οριστικά το κάπνισμα.

Οι ασθενείς της ομάδας Β είχαν σαν αίτιο εισαγωγής το NSTEMI σε μεγαλύτερη συχνότητα (56,8% έναντι 47%). Επίσης, σε μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίασαν ιστορικό καρδιακής νόσου, ΑΕΕ και ΧΑΠ. Οι ασθενείς αυτοί ήταν περισσότερο εξαρτημένοι από τη νικοτίνη, όπως κατέγραψε η βαθμολόγηση κατά Fagerstrom > 8 (72,9% έναντι 46,3%), αλλά μόνο οι μισοί από αυτούς συμμετείχαν τελικά στο ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης από τη νικοτίνη, που προτεινόταν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Αναλυτικά και συγκριτικά τα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων ασθενών καταγράφονται στον Πίνακα 2.

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση, πέντε παράγοντες σχετίστηκαν ανεξάρτητα με τη συνέχιση του καπνίσματος, το ιστορικό ΧΑΠ και το ΑΕΕ, η αγωγή με αντικαταθλιπτικά και ηρεμιστικά φάρμακα τη στιγμή της εισαγωγής και ο υψηλότερος βαθμός εξάρτησης (Fagerstrom score >8). Αντίθετα η συμμετοχή στο ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης από το ιατρείο διακοπής καπνίσματος βοήθησε στην αποφυγή της υποτροπής. Αναλυτικά, η πολυπαραγοντική ανάλυση καταγράφεται στον πίνακα 3. Η ύπαρξη των παραπάνω παραγόντων σχετίζεται σημαντικά με μεγαλύτερη πιθανότητα συνέχισης του καπνίσματος, παρά τη νοσηλεία για ΟΣΣ

Συζήτηση

Η μελέτη αυτή ανέλυσε τους παράγοντες που εμποδίζουν τη διακοπή του καπνίσματος σε αρκετά μεγάλο αριθμό ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική για ΟΣΣ. Οι ασθενείς αυτοί αποτέλεσαν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα καπνιστών με στεφανιαία νόσο. Η παρακολούθηση έγινε με

Πίνακας 2. Σύγκριση των χαρακτηριστικών της ομάδας A και B

Βασικά Χαρακτηριστικά	Ομάδα A (n = 162)	Ομάδα B (n = 258)	P value
Ηλικία (έτη)	58,8 ± 8,2	57,6 ± 8,1	NS
Άρρεν Φύλο n (%)	124 (76,5)	196 (76,0)	NS
Fagerstrom test > 8 n (%)	75 (46,3)	188 (72,9)	0,0001
Αίτιο Εισαγωγής			
STEMI n (%)	67 (41,4)	105 (40,7)	NS
NSTEMI n (%)	92 (56,8)	121 (47,0)	0,04
Ασταθής Στηθάγχη n (%)	14 (8,6)	21 (8,1)	NS
Ιατρικό Ιστορικό			
Αρτηριακή Υπέρταση n (%)	56 (34,7)	87 (33,7)	NS
Δυσλιπιδαιμία n (%)	53 (32,7)	74 (28,7)	NS
Σακχαρώδης Διαβήτης n (%)	30 (18,5)	44 (17,1)	NS
Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m ²)	25,9 ± 4,2	26,4 ± 4,0	NS
Ιστορικό Αγγειακής Πάθησης n (%)	57 (35,2)	151 (58,2)	0,002
Έμφραγμα Μυοκαρδίου n (%)	15 (9,3)	38 (14,7)	0,04
Στηθάγχη n (%)	35 (21,6)	85 (32,9)	0,02
PCI or CABG n (%)	13 (8,0)	35 (13,6)	0,04
Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσος n (%)	10 (6,2)	29 (11,2)	0,04
Διαλείπουσα Χωλότητα n (%)	13 (8,0)	22 (8,5)	NS
ΧΑΠ n (%)	15 (9,3)	68 (26,4)	0,006
Αντικαταθλιπτικά n (%)	6 (3,7)	32 (12,4)	0,005
Αντικαπνιστικό Πρόγραμμα n (%)	134 (82,7)	146 (56,6)	0,0001

STEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST, NSTEMI: έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST, PCI: διαδερμική επέμβαση στα στεφανιαία, CABG: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος, NS: μη στατιστικά σημαντική διαφορά (p >0,05).

προσωπική επαφή και ήταν επίμονη, γεγονός που δικαιολογεί την υψηλή συμμετοχή.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης μας δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ φύλου, ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης και μόρφωσης και της διακοπής του καπνίσματος στους ασθενείς της μελέτης. Ίδια αποτελέσματα αναφέρουν και άλλοι ερευνητές, ενώ αντίθετα οι Hasdai και συν κατέγραψαν σχέση μεταξύ νεαρής ηλικίας και συνέχισης του καπνίσματος σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass).^{12,13} Τα ίδια αντικρουόμενα αποτελέσματα βρήκαν και άλλοι ερευνητές ακόμη και σε τυχαία δείγματα πληθυσμού.¹⁴⁻¹⁷

Ασθενείς με προηγηθέν ΟΣΣ συνέχιζαν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης. Το εύρημα αυτό, όσο παράξενο κι αν φαίνεται, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, έχει επισημανθεί και από άλλους ερευνητές.^{12,15} Θα ήταν αναμενόμενο το πρώτο επεισόδιο να αποτελέσει το κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος, όμως οι ασθενείς αυτοί φαίνεται ότι αποτελούν μία ειδική ομάδα καπνιστών, έντονα εξαρτημένων στη νικοτίνη. Το ίδιο συμβαίνει με αυτούς που πάσχουν από ΧΑΠ ή έχουν υποστεί ΑΕΕ.

Ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας που ελάμβαναν ηρεμιστικά – αντικαταθλιπτικά φάρμακα τη στιγμή της εισαγωγής δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, είναι γνωστό ότι η στεφανιαία νόσος συχνά οδηγεί σε ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται σημαντικά με την έντονη εξάρτηση από τη νικοτίνη και τη συνέχιση του καπνίσματος.^{18,19} Ασθενείς με ψυχολογικές διαταραχές (νευρώσεις – κατάθλιψη) δυσκολεύονται συχνότερα να διακόψουν το κάπνισμα. Οι Mayou και συν ανέφεραν ότι 41% καπνιστών με ψυχολογικές διαταραχές που υπέστησαν έμφραγμα και διέκοψαν το κάπνισμα υποτροπίασαν στους τρεις μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, συγκριτικά με 10% αντίστοιχα αυτών που δεν είχαν διαταραχή της διάθεσής τους.²⁰ Αυτά τα ευρήματα συνηγορούν ότι αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη για την απεξάρτηση από αυτή που προσφέρει μία συνηθισμένη νοσηλεία ή παρακολούθηση από το εξωτερικό ιατρείο.

Οι ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν επισκέφτηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος ή δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα απεξάρτησης συνέχισαν να καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό. Φαίνεται

ότι το πρόγραμμα αυτό βοήθησε σημαντικά τους συμμετέχοντες. Είναι δύσκολο όμως να εκτιμηθεί ο παράγοντας αυτός διότι η μελέτη μας ήταν απλή ανάλυση καταγραφής. Σε όλους όμως τους ασθενείς δόθηκε η πληροφόρηση και η ευκαιρία να συμμετέχουν και αυτοί που το έκαναν αποτέλεσαν μία επιλεγμένη ομάδα.

Η υψηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη, όπως αποτυπώθηκε με τη βαθμολογία κατά Fagerstrom, ήταν σημαντικός παράγοντας συνέχισης του καπνίσματος, εύρημα που συμφωνεί και με άλλες μελέτες. Συγκεκριμένα οι Hasdai και συν ανέφεραν ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής του καπνίσματος, μετά την επέμβαση, αν κάπνιζαν περισσότερο τσιγάρα πριν την εισαγωγή στο Νοσοκομείο.¹³ Σε άλλη μελέτη η χαμηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη ήταν σημαντικός παράγοντας διακοπής του καπνίσματος σε στεφανιαίους ασθενείς.²¹

Στους ασθενείς αυτούς σημαντική είναι η βοήθεια του προγράμματος απεξάρτησης, όπως κατέγραψαν προηγούμενες μελέτες.^{21,22} Οι Carlson και συν αναφέρουν 53% διακοπή του καπνίσματος σε καρδιακούς ασθενείς που συμμετείχαν σε αντίστοιχα προγράμματα, έναντι 29% σε αυτούς που τους παρείχετο η κλασική θεραπεία.²³

Επίσης, οι Hayek και συν ανέφεραν ότι μία απλή, βραχεία συνέντευξη, συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν ήταν αποτελεσματική, συμπεραίνοντας ότι οι συγκεκριμένες συμβουλευτικές πρακτικές δεν είναι δυνατόν να είναι αποτελεσματικές σε έντονα εξαρτημένους καπνιστές, όταν γίνονται στα πλαίσια της καθιερωμένης θεραπευτικής αγωγής.²¹ Κατά τον ίδιο τρόπο οι Bolman και συν έδειξαν μόνο βραχυχρόνια επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος, μετά από παρακολούθηση στεφανιαίων ασθενών από καρδιολόγους ή εξειδικευμένες νοσηλεύτριες.²² Οι πρόσφατες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου αναφέρουν ότι δεν αρκεί η παρότρυνση των ιατρών, όσο έντονη και διαχρονική είναι αυτή, προς το στεφανιαίο ασθενή για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά απαιτούνται εντατικότερες παρεμβάσεις.²⁴ Τα ευρήματα της μελέτης μας φαίνεται ότι επιβεβαιώνουν την οδηγία, διότι σε όλους τους ασθενείς δόθηκε, προφορικά τουλάχιστον, η συμβουλή να διακόψουν το κάπνισμα, όμως μόνο οι μισοί από αυτούς υπάκουσαν τελικά.

Αντίθετα, υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές ότι η συμμετοχή σε ειδικά προγράμματα μπορεί να είναι επιτυχή. Οι Johnson και συν ανέφεραν ότι

καπνιστές ασθενείς, με καρδιαγγειακά προβλήματα, που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα απεξάρτησης είχαν τρεις φορές περισσότερο κίνδυνο υποτροπής συγκριτικά με αυτούς που είχαν ενταχθεί σε ειδικά προγράμματα απεξάρτησης – παρακολούθησης.²⁵ Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν αύξηση της αποχής από το κάπνισμα, 12 μήνες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, σε εμφραγματίες ασθενείς που είχαν επισκεφτεί το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και συμμετείχαν σε ειδικά προγράμματα απεξάρτησης και διατηλεφωνικής συμβουλευτικής παρακολούθησης.²⁶

Σε μία μελέτη το 1997 οι Carlsson και συν καθόρισαν ένα εκτεταμένο πρόγραμμα αποκατάστασης και δευτερογενούς πρόληψης σε εμφραγματίες ασθενείς όπου κεντρικό ρόλο είχαν νοσηλεύτριες.²³ Μετά από 12 μήνες παρακολούθησης 53% των συμμετεχόντων διέκοψε το κάπνισμα, έναντι 29% αυτών που αντιμετωπίστηκαν με τη συνήθη αγωγή. Επομένως, όπως έδειξαν και άλλες μελέτες, οι στεφανιαίοι ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα χρειάστηκε να μεταβάλλουν σημαντικές δραστηριότητες του τρόπου ζωής τους (ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές κ.λπ.).^{27,28} Η συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα, όπως το Ιατρείο διακοπής καπνίσματος με τις δραστηριότητές του (φαρμακοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη, κίνητρα, ομαδική ψυχοθεραπεία) αποτελεί μία επιτυχή λύση, όπως έδειξαν τα ευρήματα της εργασίας μας.^{29,30}

Στη μελέτη μας οι ασθενείς που δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα απεξάρτησης δεν είχαν καλά αποτελέσματα. Πρέπει όμως οι επαγγελματίες υγείας να επενδύουν σε περισσότερες προσπάθειες για τη βοήθεια των εμφραγματιών, τόσο στη διακοπή του καπνίσματος, όσο και στην αποφυγή της υποτροπής. Έτσι, πρέπει να είναι συνεχής η προσπάθεια να πειστούν οι ασθενείς αυτοί να αλλάξουν συμπεριφορά και τρόπο σκέψης και να συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα.³¹

Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογηση των ερωτηματολογίων των κινήτρων μεταξύ αυτών που διέκοψαν το κάπνισμα και αυτών που το συνέχισαν. Φαίνεται ότι οι εμφραγματίες, λόγω της καλής κλινικής και αιμοδυναμικής κατάστασης που βρίσκονται στο τέλος της νοσηλείας τους, υποεκτιμούν τον κίνδυνο του καπνίσματος, σαν παράγοντα δευτερογενούς πλέον πρόληψης. Τα ίδια αναφέρονται και από άλλους ερευνητές, ενώ οι Rigotti και συν παρατήρησαν ότι ασθενείς υποψήφιοι για αορτοστεφανιαία παράκαμψη διέκοψαν το κάπνισμα, αλλά χωρίς να υπάρχει οριστικά αλλαγή συμπεριφοράς και σκοπού.^{32,33}

Η παρακίνηση και τα κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν εκτιμηθεί σε καρδιοπαθείς και μετρώνται σε ειδικά ερωτηματολόγια κινήτρων και σχετίζονται με την πρόθεση για διακοπή και τον αριθμό των προηγηθέντων προσπαθειών. Ασθενείς που εκφράζουν μικρή αισιοδοξία για τη δυνατότητα διακοπής του καπνίσματος είναι απίθανο να τα καταφέρουν, αντίθετα με αυτούς που είναι πιο αισιόδοξοι. Οι Rosal και συν ανέφεραν ότι εκείνοι που ήταν αποφασισμένοι για τη διακοπή και έτοιμοι να ενεργήσουν προς αυτή την κατεύθυνση είχαν καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με αυτούς που δεν έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.³⁴ Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι πολλαπλές προσπάθειες δεν είχαν ιδιαίτερα αποτελέσματα, πιθανόν διότι αντανακλούν υψηλότερο βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη.³⁵ Ίδια αποτελέσματα αναφέρονται και για το γενικό πληθυσμό.¹⁷

Σημαντικότερος από τους περιορισμούς της μελέτης μας είναι ότι δεν μετρήθηκαν τα επίπεδα του CO που σχετίζονται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Σε παλαιότερη, όμως, μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς είναι αρκετά ειλικρινείς σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, οπότε ο περιορισμός αυτός είναι ελάχιστος.³⁶ Επίσης, δεν περιελήφθησαν ασθενείς άνω των 75 χρόνων. Η εμπειρία μας από το ιατρείο διακοπής καπνίσματος δείχνει ότι οι ασθενείς αυτοί δυσκολότερα θα ενταχθούν σε πρόγραμμα διακοπής, ενώ λόγω ηλικίας πάσχουν από νόσους (ηπατική, νεφρική ανεπάρκεια, νόσοι του ΚΝΣ) που δεν τους επιτρέπει να τους χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, που θα τους βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος. Κάποιοι από αυτούς καταφέρνουν τη διακοπή με δική τους προσπάθεια, συνήθως προσωρινά. Θεωρήθηκε όμως ότι η συμμετοχή τους στη μελέτη θα επηρέαζε το αποτέλεσμα. Άλλωστε αυτό συνέβη και σε άλλες αντίστοιχες μελέτες.³⁷ Τέ-

λος, δεν εξετάστηκαν ψυχοκοινωνικοί ή κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που σε άλλες μελέτες έδειξαν επίδραση στο αποτέλεσμα.³⁸

Κλινικές εφαρμογές

Η μελέτη έδειξε ότι ανεξάρτητοι παράγοντες συνέχισης του καπνίσματος σε ασθενείς μετά από ΟΣΣ είναι πέντε (Πίνακας 3) και θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη όταν εκτιμάται η καπνιστική κατάσταση των ασθενών αυτών. Καρδιοπαθείς με αυτά τα χαρακτηριστικά θα πρέπει να υπολογίζονται σαν υψηλού κινδύνου για να ξαναρχίσουν το κάπνισμα και έτσι πρέπει να εντατικοποιείται η προσφερόμενη βοήθεια.

Μετά τη διακοπή του καπνίσματος οι ασθενείς είχαν την τάση να υποεκτιμούν τις δυσκολίες της απεξάρτησης από τη νικοτίνη και ανάλογα να υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις δυσκολίες αυτές και να ενεργοποιηθούν περισσότερο σε βοήθεια των ασθενών αυτών. Η πρόκληση είναι να αναγνωριστούν σαν υψηλού κινδύνου και να εξατομικευτούν τα μέσα υποστήριξης στην κατεύθυνση της απεξάρτησης. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για τη δημιουργία μέσων για τη διαστρομάτωση στεφανιαίων ασθενών σχετικά με τον κίνδυνο υποτροπών του καπνίσματος και την καλύτερη προσπέλαση των ασθενών αυτών στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

Αντικείμενο μελλοντικής ανάλυσης θα πρέπει να είναι η αιτία που αυτή η ομάδα ασθενών παρουσιάζει σημαντική συχνότητα υποτροπών, σε τι διαφέρει από αυτούς που επιτυγχάνουν να διακόψουν οριστικά το κάπνισμα, ιδιαίτερα όσον αφορά τα κίνητρα διακοπής και το είδος υποστήριξης που έλαβαν από τα ιατρεία διακοπής και γενικά από τους επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 3. Ανεξάρτητοι παράγοντες συνέχισης του καπνίσματος στην πολυπαραγοντική ανάλυση

Παράγοντες συνέχισης του καπνίσματος	Σχετικός Λόγος (95% ΔΕ)	p
Μη συμμετοχή στο αντικαπνιστικό πρόγραμμα	4,32 (4,06-4,59)	0,0007
Αντικαταθλιπτικά	2,28 (1,56-3,24)	0,01
Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσος	2,32 (1,37-3,86)	0,03
ΧΑΠ	1,32 (1,04-1,89)	0,001
Fagerstrom test >8	1,42 (1,05-2,01)	0,04

ΧΑΠ: χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος.

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Συμπέρασμα

Καπνιστές με οξεία στεφανιαία σύνδρομο θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του καπνίσματος στην ιδιαίτερη ομάδα αυτών των ασθενών.

Βιβλιογραφία

- Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994; 309: 901-911.
- Jacobs DR Jr, Adachi H, Mulder I, et al. Cigarette smoking and mortality risk: twenty-five year follow up of the Seven Country Study. *Arch Intern Med* 1999; 159: 733-740.
- The World Health Organization. The World Health Report 1999.
- Wilhelmsen L. Effects of cessation of smoking after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular risk*. 1999; 3: 173-176.
- Daly LE, Mulcachy R, Graham IM, et al. Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1983; 287: 324-326.
- Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, et al. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med*. 1985; 313: 1511-1514.
- Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, et al. How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? *J Clin Epidemiol*. 1991; 44: 1247-1253.
- Voors AA, van Brussel BL, Piokker HW, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study. *Circulation*. 1996; 93: 42-47.
- Van Berkel TFM, Boersma H, de Baquer D, et al. On behalf of the EUROASPIRE study group. Registration and management of smoking behavior in patients with coronary heart disease. *European Heart J*. 1999; 20: 1630-1637.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86: 1119-1127.
- Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Eur Nose Throat J*. 1990; 69: 763-768.
- Brummett BH, Babyak MA, Mark DC, et al. Predictors of smoking cessation in patients with a diagnosis of coronary artery disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2002; 22: 143-147.
- Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, et al. Predictors of smoking cessation after percutaneous coronary revascularization. *Mayo Clinic Proceedings*. 1998; 73: 205-209.
- Wilcox NS, Prochaska JO, Velicef WF, et al. Subject characteristics as predictors of self-change in smoking. *Addict Behav*. 1985; 10: 407-412.
- Borland R, Owen N, Hill D, et al. Predicting attempts and sustained cessation of smoking after the introduction of workplace smoking bans. *Health Psychol*. 1991; 10: 336-342.
- Derby CA, Laster TM, Vass K, et al. Characteristics of smokers who attempt to quit and of those who recently succeeded. *Am J Prev Med*. 1994; 10: 327-334.
- Chung-won L, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 200. *Am J Public Health*. 2007; 97: 1503-1509.
- Jaarsma T, Kastermans M, Dassen T et al. Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 21-27.
- Lesperance F, Frasura-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction, its nature and consequences. *Psychosomatic Med*. 1996; 58: 99-110.
- Mayou RA, Gill D, Thompson DR et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Med*. 2000; 62: 212-219.
- Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patient to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *BMJ*. 2002; 324: 87-89.
- Bolman C, de Vries H, van Breukeln G. A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: long-term effects on smoking cessation. *Prev Med*. 2002; 35: 181-192.
- Carlsson R, Lindberg B, Westin L et al. Influence of coronary nursing management follow-up on lifestyle after myocardial infarction. *Heart*. 1997; 77: 256-259.
- De Backer G, Ambrosiani E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2003; 24: 1601-1610.
- Johnson JL, Budz B, Mackay N. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart and Lung: The Journal of Critical Care*. 1999; 28: 55-64.
- Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, et al. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling. *Prev Med*. 2000; 30: 261-268.
- de Vries H, Mudde AN, Dijkstra A, et al. Differential beliefs, perceived social influences and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Prev Med*. 1998; 27: 681-689.
- Bolman C, de Vries H. Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behavior of cardiac inpatients. *Prev Med*. 1998; 27: 738-747.
- McAlister P, Lawson FM, Teo KK, et al. Randomized trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*. 2001; 323: 957-962.
- Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, et al. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four years follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *BMJ*. 2003; 326: 84.
- Molyneux A, Lewis S, Leivers U, et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 2003; 56(6): 484-488.
- Strecher VJ, Kreuter MW, Koblin SC. Do cigarette smokers have unrealistic perceptions of their heart attack, cancer and stroke risks? *J of Beh Med*. 1995; 18: 45-54.
- Rogotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cohrane Review). In the Cochrane library, Iss 3, Update Software, Oxford 2003.
- Rosal MC, Ockene JK, Ma Y, et al. Coronary artery smoking

- intervention study (CASIS): 5-year follow-up. *Health Psych.* 1998; 17: 476-478.
35. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *Am Psychol.* 1989; 44: 1355-1365.
36. Anebring MF, Herlitz J, Berndt AK, et al. Are patients truthful about their smoking habits? A validation of self-reports about smoking cessation with biochemical markers of smoking activity amongst patients with ischemic heart disease. *Journal of Intern Med.* 2001; 249: 145-151.
37. Attebring M, Hartford M, Hjalmarson A, et al. Smoking habits and predictors of continued smoking in patients with acute coronary syndromes. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 46; 614-623.
38. Franks MM, Pienta AM, Wray LA. It takes two: marriage and smoking cessation in middle years. *Journal of Aging and Health.* 2002; 14: 336-354.