

Η εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο

Δημήτρης Τζιάλλας

*Νοσηλεύτης ΤΕ, Προϊστάμενος Καρδιολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα*

Αικατερίνη Κ. Καστανιώτη

PhD Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Αναστασία Αλεβιζάτου

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Αφροδίτη Κατσαράκη

Στατιστικός, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Πέτρος Σκαπινάκης

*Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Ιωάννινα*

Καρδιολογική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη σε σχέση με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και της καπνισματικής συμπεριφοράς των ασθενών 3 μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Μελετήθηκαν 61 άρρενες καπνιστές ασθενείς, που προσήλθαν στην Καρδιολογική Κλινική για στεφανιογραφικό έλεγχο. Όλοι οι ασθενείς δέχθηκαν να συμπληρώσουν το Fagerstrom test (εκτίμηση βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (ομάδα Α: βαθμός 1-4, ομάδα Β: βαθμός 5-7 και ομάδα Γ: βαθμός >7). Τρεις μήνες μετά την έξοδό

The value of nicotine dependence rate measurement in coronary artery disease patients

Dimitris Tziallas

*RN, Head of Nursing Cardiology Department, University
Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece*

Catherine K. Kastanioti

PhD, RN, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

Anastasia Alevizatou

RN, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

Afroditi Katsaraki

Statistician, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

Petros Skapinakis

Lecturer, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Cardiology Department,
University Hospital of Ioannina

AIM The present study aimed to investigate if the Fagerstrom test correlates with the presence of coronary artery disease in patients who were smoking and its impact on smoking cessation after 3 months follow-up.

MATERIAL-METHOD 61 male patients who were smoking and referred for coronary angiography were studied in Cardiology Department of University Hospital of Ioannina. All of the eligible patients completed the Fagerstrom test. Patients were separated in 3 groups according to the nicotine dependence rate (team A: with score from 1 to 4, team B: with score from 5 to 7 and team C: with score >7). Patients were followed-up three months after the hospital discharge.

τους από το νοσοκομείο, κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν διακόψει το κάπνισμα ή όχι. Όσοι έδωσαν θετική απάντηση, συμπλήρωσαν εκ νέου το Fagerstrom test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών που διέκοψαν ή όχι το κάπνισμα δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ τους. Στο 57% των ασθενών διαγνώστηκε στεφανιαία νόσος και αυτό ήταν ανεξάρτητο του βαθμού εξάρτησής τους από τη νικοτίνη. Σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, οι καπνιστές που είχαν μεγάλη εξάρτηση (ομάδα Γ) παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό διακοπής (65%). Επιπλέον, βρέθηκε ότι ο αριθμός των τσιγάρων διέφερε στις τρεις ομάδες εξάρτησης ($P < 0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο βαθμός της εξάρτησης από τη νικοτίνη δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, επηρεάζει όμως το βαθμό αποτελεσματικότητας διακοπής του καπνίσματος.

Λέξεις-κλειδιά:

- Διακοπή καπνίσματος • Νικοτίνη
- Εξάρτηση • Στεφανιαία νόσος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δημήτρης Τζιάλλας
Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
Λ. Πανεπιστημίου 1, 451 10 Ιωάννινα
Τηλ. 2651-099 310, 6972-714 265
E-mail: me01411@cc.uoi.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και ευθύνεται για το 25% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα.¹ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το κάπνισμα προκαλεί 4.000.000 θανάτους το χρόνο σε όλο τον κόσμο ή 10.000 θανάτους την ημέρα. Ο αριθμός αυτός φθάνει τις 550.000 στην Ευρωπαϊκή Ένωση και είναι ίσος με το θάνατο συνολικά από τροχαία ατυχήματα, αλκοόλ, ναρκωτικά, ανθρωποκτονίες και αυτοκτονίες.² Έχει υπολογιστεί επίσης ότι 40% των καρδιακών παθήσεων αποδίδονται στο κάπνισμα, έναντι περίπου 24% για τη χοληστερόλη και 31% για τη διαστολική υπέρταση.³ Οι καπνιστές έχουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρδιακού επεισοδίου, αφού η νικοτίνη επιδρά στα στεφανιαία αγγεία.^{4,5} Το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη είναι τα πιο επιβλαβή συστατικά του τσιγάρου. Η νικοτίνη αυξάνει την καρδιακή συχνότητα, την αρτηριακή πίεση και την

Patients who stopped smoking filled out again the Fagerstrom test.

RESULTS There were no significant difference between clinical characteristics between patients who stopped or not smoking. Fifty seven percentages of patients had positive coronary angiography results independently of the nicotine dependence rate. Moreover, we found that patients who had high nicotine dependence rate (team C) showed higher smoking cessation rate (65%). The mean number of cigarettes was different among the three nicotine dependence groups ($P < 0,001$).

CONCLUSIONS The nicotine dependence rate is not an independent risk factor for coronary artery disease and has an important impact on the effectiveness of a smoking cessation program.

Key words:

- Smoking cessation
- Nicotine • Dependence rate • Coronary disease

Corresponding author

Dimitris Tziallas
Cardiology Department, University Hospital of Ioannina,
1 Panepistimiou Ave., GR-451 10 Ioannina, Greece
Tel. +30 2651-099 310, 6972-714 265
E-mail: me01411@cc.uoi.gr

παραγωγή αδρεναλίνης, υποχρεώνοντας την καρδιά να λειτουργεί εντονότερα.

Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη συνήθεια με ποικίλες ψυχολογικές, βιολογικές και κοινωνικές συνιστώσες. Σχετίζεται θετικά με τις ψυχικές διαταραχές, με επικράτηση 1,6 φορές υψηλότερη στους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η συνήθεια του καπνίσματος έχει χαρακτηριστεί ως ψυχική διαταραχή και έχει συμπεριληφθεί στα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών νόσων (ICD και DSM).⁶ Η «εξάρτηση από τη νικοτίνη» κατατάσσεται κάτω από την ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία των «Διαταραχών χρήσης ουσιών». Η διαφορά της εξάρτησης από τη νικοτίνη σε σχέση με άλλες μορφές εξάρτησης (αλκοόλ, ναρκωτικά) έγκειται στο ότι τα προβλήματα υγείας που προκαλεί εντοπίζονται κυρίως σε σωματικό επίπεδο.⁶

Η νικοτίνη είναι μια άχρωμη και ελαιώδης χημική ένωση, που προκαλεί εθισμό στον καπνιστή ταχύτερα από άλλες χημικές ενώσεις. Η νικοτίνη δρα πολύ γρήγορα

και η περιεκτικότητά της στο αίμα μειώνεται κατά 50% μισή ώρα μετά το σβήσιμο του τσιγάρου και κατά 25% μία ώρα αργότερα. Αυτό εξηγεί γιατί οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν κατά μέσο όρο ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Από τη στιγμή που θα τελειώσει το τσιγάρο, τα επίπεδα της νικοτίνης στον οργανισμό τείνουν να μειώνονται ταχύτατα και ο καπνιστής αρχίζει να αισθάνεται την έλλειψή της. Η νικοτίνη δρα άμεσα στο καρδιαγγειακό σύστημα με τη διέγερση των υποδοχέων ακετυλοχολίνης που βρίσκονται στα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, στα επινεφρίδια και στις νευρομυϊκές συνάψεις, απελευθερώνοντας κατεχολαμίνες και άλλες αγγειοδραστικές ουσίες.⁷ Ο κύριος μεταβολίτης της είναι η κοτινίνη, που έχει χρόνο ημιζωής 15–20 ώρες και είναι ένας καλός δείκτης για την αξιολόγηση της μεμονωμένης έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου.^{8,9}

Μελέτες^{10,11} έδειξαν ότι η συνέχιση του καπνίσματος μετά την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αιφνίδιου θανάτου, ενώ οι ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα έχουν σημαντική μείωση αυτού του κινδύνου. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ενός ισχαι-

μικού επεισοδίου κατά 50% και καρδιακών επεισοδίων στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.¹⁰

Ωστόσο, παρά την υψηλή επίπτωση του καπνίσματος στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και καρκίνου του πνεύμονα, τα ποσοστά της αποτελεσματικής διακοπής του παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα.^{12,13} Η χρήση εργαλείων, όπως το Fagerstrom test, για την εξάρτηση από τη νικοτίνη φαίνεται ότι αποτελεί καλό προγνωστικό δείκτη διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων.^{14,15} Το Fagerstrom test¹⁵ είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 6 ερωτήσεις (πίνακας 1). Το συνολικό άθροισμα βαθμολογίας είναι 10 βαθμοί και δηλώνει τη μέγιστη εξάρτηση από τη νικοτίνη. Ο βαθμός εξάρτησης διαιρείται σε 3 κλίμακες:

- Βαθμολογία κάτω από 4 δείχνει χαμηλή εξάρτηση και την ανάγκη κατάλληλων ενεργειών του ασθενούς πριν αυξηθεί το επίπεδο της εξάρτησής του.
- Βαθμολογία 5–7 δείχνει μέτρια εξάρτηση και ότι θα απαιτηθεί προσπάθεια για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Βαθμολογία πάνω από 7 δείχνει υψηλό επίπεδο εξάρτησης: ο ασθενής δεν έχει έλεγχο της συνήθειάς του και θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια από ειδικούς.

Πίνακας 1. Fagerstrom test για έλεγχο της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

1. Πόσο σύντομα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- Μετά από 60 min (0)
 Μετά από 31–60 min (1)
 Μετά από 6–30 min (2)
 Μέσα στα 5 min (3)

2. Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;

- Όχι (0)
 Ναι (1)

3. Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;

- Το πρώτο πρωινό (1)
 Οποιοδήποτε (0)

4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

- 10 ή λιγότερα (0)
 11–20 (1)
 21–30 (2)
 31 ή περισσότερα (3)

5. Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;

- Όχι (0)
 Ναι (1)

6. Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;

- Όχι (0)
 Ναι (1)

Το Fagerstrom test συμπληρώνεται πολύ εύκολα από τον ασθενή και παρέχει μια έγκυρη εικόνα του βαθμού εξάρτησής του από τη νικοτίνη, με αποτέλεσμα να έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές για την εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης των καπνιστών.^{16,17}

Παρά το γεγονός ότι η επίδραση του καπνίσματος στη στεφανιαία νόσο έχει μελετηθεί επαρκώς, δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη σε σχέση με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν: (α) η διερεύνηση του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη σε σχέση με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και (β) η διερεύνηση του βαθμού αποτελεσματικότητας διακοπής του καπνίσματος 3 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αφού οι ασθενείς έλαβαν συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος στο διάστημα της νοσηλείας τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 61 ασθενείς που προσήλθαν από τον Οκτώβριο 2004 έως και τον Ιανουάριο 2005 στην Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για στεφανιογραφικό έλεγχο. Όλοι οι ασθενείς ήταν άρρενες-καπνιστές με δηλωμένη την πρόθεσή τους να διακόψουν το κάπνισμα.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών ήταν:

- Να έχουν ένδειξη για στεφανιογραφικό έλεγχο
- Να είναι καπνιστές
- Να επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα
- Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Όλοι οι ασθενείς δέχθηκαν να συνεργαστούν και να συμπληρώσουν το Fagerstrom test. Ο ερευνητής που χορήγησε το ερωτηματολόγιο ήταν εξωτερικός συνεργάτης της Κλινικής (νοσηλεύτρια). Ο χρόνος που αφιέρωσε για κάθε ασθενή ήταν κατά μέσο όρο 15 min και, εκτός από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, έδωσε συμβουλές διακοπής του καπνίσματος σε κάθε ασθενή.

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη. Στην ομάδα Α (N=12 ασθενείς) περιελήφθησαν οι ασθενείς με βαθμολογία από 1-4 (μικρή εξάρτηση), στην ομάδα Β (N=29 ασθενείς) αυτοί με βαθμολογία 5-7 (μέτρια εξάρτηση) και στην ομάδα Γ (N=20 ασθενείς) οι ασθενείς με βαθμολογία >7 (μεγάλη εξάρτηση).

Η κλίμακα Fagerstrom δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Η μετάφραση της δοκιμασίας έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες ISQOL. Η εσωτερική αξιοπιστία της κρίνεται ικανοποιητική, αφού βρέθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζαν οι ασθενείς με το βαθμό εξάρτησης.

Τρεις μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο έγινε τηλεφωνική επαφή με όλους τους ασθενείς και κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν διακόψει το κάπνισμα ή όχι. Όσοι έδωσαν αρνητική απάντηση, προσήλθαν με ραντεβού και συμπλήρωσαν εκ νέου το Fagerstrom test.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο Statistica 6.0. Έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των ποσοτικών μεταβλητών με την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας ανάλυσης της διασποράς μίας κατεύθυνσης (ANOVA). Όλες οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως μέση τιμή και σταθερή απόκλιση (SD). Για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Chi square (X^2).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που διέκοψαν ή όχι το κάπνισμα δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ τους (πίνακας 2).

Από την ανάλυση της διακύμανσης (πίνακας 3) προέκυψε ότι η μέση ηλικία διέφερε και στις τρεις ομάδες καπνιστών (μικρής-μέτριας και μεγάλης εξάρτησης).

Επίσης, διαπιστώθηκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού εξάρτησης των ασθενών από τη νικοτίνη, με τους νεότερους ασθενείς να εμφανίζουν μεγαλύτερη εξάρτηση ($r=-0,316$, $P=0,13$). Η μέση ηλικία των ασθενών δεν σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά με τον αριθμό των τσιγάρων.

Η ανάλυση έδειξε ότι ο αριθμός των τσιγάρων διαφέρει στις τρεις ομάδες εξάρτησης ($P<0,001$), παρουσιάζοντας μια στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση με το βαθμό εξάρτησης.

Όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, μετά από 3 μήνες διαπιστώθηκε ότι οι καπνιστές που είχαν μεγάλη εξάρτηση (ομάδα Γ) παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσο-

Πίνακας 2. Κλινικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

Κλινικά χαρακτηριστικά	Ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα (n=29)	Ασθενείς που δεν διέκοψαν το κάπνισμα (n=32)	Τιμή P
Ηλικία, μέση τιμή	56±7	58±9	0,21
Σακχαρώδης διαβήτης, μέση τιμή	115±50	109±44	0,49
Χοληστερόλη, μέση τιμή	210±40	217±45	0,87
Αρτηριακή πίεση, μέση τιμή	160±0,4	162±0,5	0,91
Προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου, n (%)	20 (67%)	25 (78%)	0,08
Στηθάγχη, n (%)	26 (89%)	23 (73%)	0,09
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, n (%)	10 (35%)	12 (38%)	0,99
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, n (%)	13 (44%)	11 (35%)	0,07

Πίνακας 3. Συσχέτιση βαθμού εξάρτησης με αριθμό τσιγάρων, ηλικία ασθενών, στεφανιογραφικά ευρήματα και διακοπή καπνίσματος.

Ανάλυση ANOVA	Ομάδα Α N=12 (FG 1-4)	Ομάδα Β N=29 (FG 5-7)	Ομάδα Γ N=20 (FG >7)	F	Sig
Αριθμός τσιγάρων	13±9	23±8	34±2	56,44	P<0,001
Ηλικία	68±7	57±10	58±9	40,34	P=0,003
Διακοπή καπνίσματος	4 (33%)	15 (48%)	13(65%)	22,12	P=0,05
Χωρίς στεφανιογραφικά ευρήματα	4 (33%)	15 (48%)	8 (40%)	1,34	P=0,06

FG: Fagerstrom test

στό διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με τις ομάδες μικρότερης εξάρτησης (πίνακας 3).

Από τα στεφανιογραφικά ευρήματα φάνηκε ότι το 57% των ασθενών είχε διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο, ανεξάρτητα από το βαθμό εξάρτησης (πίνακας 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ο βαθμός εξάρτησης δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγο-

να κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Επίσης, η ομάδα μικρότερης εξάρτησης παρουσίασε το μεγαλύτερο ποσοστό επανέναρξης του καπνίσματος (ο ένας στους τρεις ξανακάπνισε). Η ομάδα αυτή είναι και η πιο «ευάλωτη», αφού αφορά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπου ο κίνδυνος για κάποιο στεφανιαίο επεισόδιο (έμφραγμα, αιφνίδιος θάνατος) είναι και υψηλότερος. Από την άλλη πλευρά, η ομάδα υψηλής εξάρτησης αφορούσε ασθενείς μικρότερης ηλικίας, που κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα. Ωστόσο, η ομάδα αυτή είναι και

Πίνακας 4. Βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη και στεφανιογραφικά ευρήματα.

	Χωρίς νόσο (N=26)	Νόσος 1 αγγείου (N=18)	Νόσος 2 αγγείων (N=7)	Νόσος 3 αγγείων (N=10)
Ομάδα Α (FG 1-4) N=12	4 (33%)	6 (50%)	2 (16%)	
Ομάδα Β (FG 5-7) N=29	14 (48%)	7 (24%)	2 (6%)	6 (20%)
Ομάδα Γ (FG 7-10) N=20	8 (40%)	5 (25%)	3 (15%)	4 (20%)

FG: Fagerstrom test

εκείνη που φαίνεται ότι πιο εύκολα θα συμμορφωθεί σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος. Ίσως, το νεαρότερο της ηλικίας και οι κοινωνικές ευθύνες που έχουν επωμιστεί (οικογένεια κ.λπ.), σε συνδυασμό με το φόβο ενός στεφανιαίου επεισοδίου που θα τους καταστήσει ανάπηρους, να παίζει πρωταρχικό ρόλο σε αυτή τη συμπεριφορά.

Επομένως, ένα πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο θα πρέπει να περιλαμβάνει ως μεταβλητές όχι μόνο τον αριθμό των τσιγάρων, αλλά κυρίως το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη και την ηλικία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σιδεράς Δ. *Πρωτοβάθμια Καρδιολογία*. Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 2000:269
2. Office on Smoking and Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Diseases Control and Prevention. WHO, CDC report 2000
3. Isles CG, Hole DJ, Hawthorne VM, Lever AF. Relation between coronary risk and coronary mortality in women of the Renfrew and Paisley survey: comparison with men. *Lancet* 1992, 339:702–706
4. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking; 20 years' observation of British male doctors. *BMJ* 1976, 4:1525–1536
5. Qiao Q, Tervahauta M, Nissinen A, Tuomilehto J. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35-year follow-up of middle-aged Finnish men. *Eur Heart J* 2000, 21:1621–1626
6. Χριστοδούλου ΧΝ και συν. *Ψυχιατρική*. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2004:247–250
7. Giacomini CB. Cortisol e sulfato de deidroepiandrosterona no sangue de cordão umbilical de recém-nascidos normais de mães fumantes e não-fumantes. Curso de Pós-Graduação Medicina: Clínica Médica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991
8. Coulson CC, Thorp JM Jr, Purrington J, Slotchiver JM, Ananth CV, Hartmann K. Effects of maternal smoking on amniotic fluid volume and fetal urine output. *Am J Perinatol* 1996, 13:195–197
9. Eliopoulos C, Klein J, Phan MK, Knie B, Greenwald M, Chitayat D et al. Hair concentrations of nicotine and cotinine in women and their newborn infants. *JAMA* 1994, 271:621–623
10. Wilhelmsson C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet* 1975, i:415–420
11. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991, 86:1119–1127
12. West R, McNeill A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000, 55:987–999
13. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, 3
14. Danis PG, Seaton TL. Helping your patients to quit smoking. *Am Fam Physician* 1997, 55:1207–1214, 1217–1218
15. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum L, Boyko V, Matetzky S, Shotan L et al. Bezafibrate Infarction Prevention Study Group. Current smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003, 163:2301–2305
16. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1670–1676
17. Erickson SR, Thomas LA, Blitz SG, Pontius LR. Smoking cessation: a pilot study of the effects on health-related quality of life and perceived work performance one week into the attempt. *Ann Pharmacother* 2004, 38:1805–1810

Υποβλήθηκε: 24/6/2005

Επανυποβλήθηκε: 13/2/2006

Εγκρίθηκε: 3/5/2006