

Vem slutar röka efter akut hjärtinfarkt?

Suzanne Ander

Gösta Tibblin

Lars Wilhelmsen

Faktorer som haft betydelse för infarktpatienters möjlighet att sluta röka sammanfattas. Gynnsamma faktorer för att sluta röka var stor infarkt samt förstagångsinfarkt. Patienter som tidigare haft lugnande mediciner hade svårare att sluta liksom de som hade svårt att sova på nätterna. Vissa attityder till rökningen syntes också påverka resultatet.

Rökningen är en riskfaktor vid hjärtinfarkt. Det finns därför stor anledning att arbeta med rökningen i den sekundära preventionen för patienter med hjärtinfarkt. En viktig fråga är om man med utgångspunkt från sjukhistoria, medicinska data från vårdtiden, social bakgrund samt data rörande personlighet, rökvanor, attityder till rökning etc. kan urskilja om vissa individer har svårare att sluta röka än andra. Är det möjligt att urskilja en eller flera grupper med dålig prognos rörande möjligheterna att sluta röka, finns det orsak att överväga en aktiv hjälp till dessa, ev. med speciella metoder för rökavvänjning i det initiala skedet. Här skall presenteras ett första försök till kartläggning av ett infarktmaterial i dessa avseenden.

Metod

Vid Infarktmottagningen på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg följes sedan 1968 alla patienter födda 1913 och senare, som genomgått infarkt. Det finns alltså här möjlighet att följa en representativ grupp hjärtinfarktpatienter.

Samtliga data från sjukhistoria och olika undersökningar registreras på ett standardiserat sätt. Mer än 90 % av patienterna är rökare. I den följande redovisningen är endast manliga patienter medtagna, då gruppen kvinnor är mycket liten (ca 10 %). Under den första tiden av sjukhusvistelsen brukar patienten rekommenderas att inte

röka, men någon organiserad rökavvänjningsverksamhet förekommer inte i detta akuta skede av sjukdomen. När patienten förbättrats så att han är uppegående, får han besvara ett antal skriftliga frågor angående rökvanor, inställning till rökningen m.m. samt några frågeformulär avseende personlighetsvariabler. Därefter kontaktas patienten av en läkare från Infarktmottagningen, som tar upp vissa ytterligare data ur sjukhistorien samt informerar om den fortsatta vården. Patienterna får i detta sammanhang en informations-skrift om hjärtinfarktsjukdomen, en om rökningens effekt på organismen samt några skriftliga råd om hur man bör göra för att sluta röka. Eftersom sammanlagt fyra läkare tar hand om dessa patienter, har vi varit angelägna att vara återhållsamma med den muntliga informationen, för att om möjligt inte tillföra en ny variabel: de olika läkarnas personliga inflytande.

Det mer ingående studiet av personlighet, vanor etc. påbörjades våren 1969, och bearbetning pågår. Uppföljningsverksamheten med infarktpatienter började den 1.1.1968. Vi har alltså haft möjlighet att studera journaldata och vissa andra variabler på ett större material, nämligen 146 män, av vilka vid en uppföljning tre månader efter infarktillfället 65 slutat och 81 inte slutat röka.

Den psykologiska kartläggningen omfattar ett för ändamålet konstruerat formulär med frågor i huvudsak angående rökning i olika situationer,

rökningens innebörd för individen, inställning till rökning och till att sluta röka, individens "rök-historia" samt viss allmän bakgrund. Svar föreligger från 44 patienter (varav 27 slutade röka). Dessutom ingår nu i undersökningen tre personlighetsformulär, men endast beträffande ett av dessa har ännu tillräckligt många individer testats för att någon form av bearbetning skall vara möjlig. Detta Eysencks formulär EPI avseende dimensionerna neuroticism och extraversion/introversion. Data finns här från 27 personer (varav 17 slutade röka).

Beträffande rökformuläret och personlighetsformuläret signifikansprövades gruppskillnaden för alla frågor.* Från journalerna förelåg c:a 400 variabler. Av dessa utvaldes ett hundratal med acceptabel fördelning och svarsfrekvens. För c:a hälften av dessa fanns någon tendens som gjorde en signifikansprövning befogad.** Bortfallet bedömdes som relativt betydelselöst.

Resultat

Bland de omkring 250 variabler som slutligen bearbetats uppvisade flertalet insignifikanta gruppskillnader. Dock erhöles ett tillräckligt antal signifikanta och nästan signifikanta skillnader för att en preliminär gruppering av variablerna skulle vara möjlig. Huvuddragen i denna, närmast motsvarande ett antal framkomna hypoteser, redovisas i nedanstående tabeller. Signifikansnivåer har betecknats enligt följande:

5 % = *, 1 % = ** och 0,1 % = ***.

I tabell 1 ingår ett antal frågor, som gäller sjuk-

Tabell 1. Gynnsamma faktorer för att sluta röka

Journaldata (N=146)

Stor infarkt: leucocyter 12500*

Inte tidigare vårdad på sjukhus**

Förstagångsinfarkt

Frågeformulär (N=44)

Min hälsa har alltid varit ovanligt god**

*Med χ^2 -test resp. Fisher's exact probability test. Tvåsidiga hypoteser.

**Med χ^2 -test. Tvåsidiga hypoteser.

domen och tidigare hälsa. Att en stor infarkt oftare skulle förekomma hos dem, som slutar röka, stöds av gruppskillnaden med avseende på transaminasstegring, som dock inte är statistiskt säkerställd.

De övriga variablerna i tabellen antyder, att de, som slutar röka, före infarkten varit friskare och upplevt sig som friska i större utsträckning än de, som inte slutar röka. Man kan tänka sig, att infarkten för dem inneburit en större chock, som gett dem stark motivation att sluta. En i detta sammanhang intressant iakttagelse är, att många patienter i intervju uppgett, att de inte haft någon lust att röka efter infarkten. Detta fenomen kunde ev. bero på rädsla eller också vara direkt fysiologiskt betingat.

Tabell 2. Ogynnsamma faktorer för att sluta röka

Journaldata (N=146)

Lugnande medicin före infarkten*

Mer än ett psykofarmakon efter infarkten**

Frågeformulär (N=44)

Jag brukar ha svårt att sova om nätterna

Personlighetsformulär (N=27)

Anser Ni Er vara glad och bekymmerslös

Nej***

Känner Ni er yr ibland*.

Är Ni ofta sömnlös på grund av bekymmer

Åtskilliga variabler förknippade med psykiska besvär eller en nervös läggning ger påtagliga skillnader mellan grupperna. Några av dessa visas i tabell 2. Det bör observeras att "Mer än ett psykofarmakon ..." avser perioden fram till uppföljningen och alltså inte kan användas för att bedöma prognosen i det akuta skedet. Frågan "Känner Ni Er yr ibland" ingår i Eysencks neuroticismskala. Neuroticism-skalan innehåller en rad andra frågor, som ger skillnader i den angivna riktningen, men sambanden är inte signifikanta.

I tabell 3 visas några variabler, som direkt angår rökningen. Vid närmare analys av den första variabeln ("Röker annat...") visar det sig, att det är de rena piprökarna samt de, som röker cigaretter plus något annat, som svarar för skillnaden.

Tabell 3. *Ogynnsamma faktorer för att sluta röka*

Journaldata (N=146)

Röker annat än enbart cigaretter

Frågeformulär (N=44)

Rökt på sjukhuset under vårdtiden***

Inte tidigare försökt sluta röka

Här kan man fråga sig, om konsumtionens storlek har någon avgörande betydelse. Tvärtemot förväntat, tycktes så inte vara fallet. Innan man fastslår detta, måste dock konsumtionsstorleken samvariation med andra variabler studeras.

Inte heller frågan om halsbloss skiljer grupperna åt, men det är en svårbedömd variabel, då fördelningen är mycket sned (nästan alla drar halsbloss). De patienter som har rökt under sjukhusvistelsen, även om det bara rör sig om någon enstaka gång, slutar så gott som aldrig under den efterföljande tremånadersperioden, trots att de får informationen under vårdtidens sista dagar.

Slutligen har vi "tidigare försök att sluta röka". De som lyckas sluta, har oftare än de övriga tidigare försök bakom sig, och det visar sig att de oftare säger att de *vet sig kunna* vara utan rökningen om de bara *vill*. (Man kunde tänka sig det omvända sambandet, att tidigare misslyckade försök skulle ge dålig prognos).

Tabell 4. *Ogynnsamma faktorer för att sluta röka*

Frågeformulär (N=44)

Jag röker vanligtvis på morgonen innan jag äter någonting***

Jag röker mera på fritiden än på mitt arbete*

Jag stiger ofta upp på natten och röker

Jag röker mest när jag är ensam

Jag röker framförallt för att det smakar gott

I tabell 4 tas upp en grupp frågor rörande rökvanor. Den första, med starkt signifikant samband, kan ev. tas som tecken på ett större beroende av rökningen. "Jag stiger ofta upp på natten..." kan sättas i samband med frågor som "...sömnlös p.g.a. bekymmer". Övriga frågor här pekar

kanske starkast mot att den, som inte slutar, är mer av njutningsrökare. För denna tolkning talar också röktypen: det är speciellt pip- och blandrökarna som fortsätter röka*. De som slutar är däremot rena cigarettrökare, de röker mest medan de arbetar, de vill röka när de skall uppträda inför andra, och de betraktar oftare rökningen som en sysselsättning. För dem tycks rökningen vara mer av en vana, medan den för gruppen, som inte slutar, har ett positivt värde (dessa anger också att "så många inte skulle röka om rökningen inte hade något positivt att ge"). De som slutar, har ofta uppgett vid intervju, att de ser infarkten som ett bra tillfälle att bryta en icke önskvärd vana. Vi kommer alltså in på motivationen att sluta, som tycks vara en avgörande faktor.

Tabell 5. *Ogynnsamma faktorer för att sluta röka*

Frågeformulär (N=44)

Det är inte farligt att röka bara man röker måttligt*

Läkarna vet för litet för att egentligen kunna uttala sig om rökningens risker*

Rökningen saknar betydelse för min sjukdom

Det är nog svårare för mig än för de flesta andra att sluta röka*

En rökfri omgivning är ganska nödvändig om man skall kunna sluta röka*

Att sluta röka innebär att lägga ytterligare ett problem till dem man redan har**

Här kännetecknas de som inte slutar röka av två tendenser.

- 1) De anser det svårt att sluta röka och tror att det gäller dem själva i särskilt hög grad.
- 2) De har en benägenhet att förringa rökningens risker och att inte sätta rökningen i samband med sjukdomen.

Man kan tänka sig olika förklaringar, men ganska troligt, med hänsyn till frågornas karaktär är att det i stor utsträckning rör sig om försvarsreaktioner. Även en del andra frågor talar för denna

*) Man får dock inte glömma att detta resultat kan bero på att det framför allt är cigarettrökningens risker som betonas i information och propaganda.

förklaring: de som fortsätter röka uppger oftare att de "undviker bry sig för mycket om vad som sägs och skrivs om rökningen" och att de "undviker att tänka för mycket på rökningens ev. risker." En sådan mekanism skulle ha viktiga konsekvenser för rökavvänjningen och för informationens utformning. Slutligen förekom en del intressanta samband, som dock inte var statistiskt säkerställda. T.ex. förefaller de, som inte slutar röka, att något oftare ha eller ha haft alkoholproblem, samt att vara ogifta eller frånskilda.

De olika variablernas samvariation kan inte klarläggas i en analys av denna enkla typ. När den pågående datainsamlingen avslutats, skall en bearbetning med faktoranalytisk metodik göras.

Vidare är det viktigt att studera stabiliteten i de ändrade rökvanorna. Tremånadersperioden närmast efter infarkten är speciell i flera avseenden bl.a. genom att de flesta då ännu inte återgått i arbete. Andra faktorer kan vara avgörande på längre sikt än för de första månaderna. En ny uppföljning kommer att göras efter ett år.

Restriktionsåtgärder

Påvirkning av røykevaner ved restriktive tiltak

Kjell Bjartveit

Det er tre tradisjonelle hovedveier som står til rådighet når man vil påvirke uønsket atferd: Opplysning, behandling og restriksjoner. Av disse åtgjerder er utvilsomt opplysning og behandling de mest populære — dette er positive tiltak, som alle kan være enige i og samle seg om.

Författaren sammanfattar att ett väsentligt moment vid restriktionsåtgärder och i arbetet mot tobaksskadorna är att man lägger upp en strategi som baseras på en koordinerad insats, där man använder olika typer av påverkan: upplysning, behandling och restriktioner. Om det inte är en balans mellan dessa tre komponenter i planläggningen, minskas effekten.

Doktor Kjell Bjartveit är överläkare vid Statens skjermbildefotografering, Oslo.

Restriktive tiltak

Når vi så kommer til de restriktive tiltak, er det imidlertid gjerne slutt på enigheten. Restriksjoner skaper misnøye og motvilje, irritasjon og forargelse. Det er her tale om tvang — om begrensninger og betingelser, påbud og direktiver, formynderi og forbud. Tiltakene forutsetter overvåking og kontroll, og dessuten må straffesanksjoner ved overtredelse bygges inn i systemet. I det hele tatt: Prinsipper og begreper som vi alle instinktivt reagerer ulystbetont overfor.

De restriktive tiltak er også beheftet med det handicap at det ofte tar lang tid for å få satt dem

i verk. De forutsetter lover og vedtekter, som krever en omstendelig prosedyre før de kan bli vedtatt av de besluttede myndigheter. I Sverige vil det f.eks. ikke være mulig å innføre forbud mot tobakksreklame før det er skjedd en endring i grunnlovens bestemmelser om trykkefrihet. Og dette vil kreve beslutning i to Riksdager med nyvalg imellom.

Før vi går videre, kan det være nyttig å summere opp de viktigste forslag til restriktive tiltak mot tobaksskadene, slik at vi kan være klar over hvilke åtgjerder vi her har å gjøre med (se f.eks.