

Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler

Factors Affecting the Success of Smoking Cessation

Emine Argüder¹, Ayşegül Karalezli¹, Habibe Hezer¹, Hatice Kılıç¹, Mükremin Er¹, Hatice Canan Hasanoğlu¹, Pervin Demir²

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Abstract

AMAÇ: Sigara içen bir kişinin sağlığını korunması için yapılması gereken en önemli şey sigaranın bırakılmasıdır. Bu çalışmada; sigara bırakma programına alınan hastalarda sigarayı bırakmada etkili olan faktörlerin ve uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisini değerlendirmeyi planladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Sigara bırakma polikliniğine başvuran 400 olgu retrospektif olarak çalışmaya alındı. Olguların 3. ay sonu tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi planlandı. Olguların demografik özellikleri, sigara içme davranış ve tutumları, Fagerstrom bağımlılık dereceleri, eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Sigarayı bırakan ve bırakamayan olgular, özellikleri ve aldıkları tedaviler yönünden karşılaştırıldı.

BULGULAR: Tüm grupta sigarayı bırakma oranı %36,5 bulundu. Sigarayı bırakan olguların yaş ortalamaları hafif derecede daha yüksekti ($p<0,05$). Diğer demografik veriler benzerdi. Bırakamayan grupta günde içilen sigara sayısı daha fazlaydı ($p<0,05$). Olguların %30,5'ine davranışsal eğitim (DE), %14,5'ine DE+Nikotin Replasman Tedavisi (NRT), %21'ine DE+bupropion, %34'üne DE+vareniklin başlanmıştır. Bırakma oranları sırasıyla; %18,9, %36,2, %39,3, %50,7 idi. Tedavi grupları arasında sigarayı bırakma oranları anlamlı olarak farklıydı ($p<0,001$). Ayrıca tedavi süreleri uzadıkça bırakma oranlarının da arttığı görüldü.

SONUÇ: Sigaranın bırakılması zor ve zaman alan bir süreçtir. Bu süreçte tüm sigara içen kişilere yeterli davranışsal eğitimin yanında kontrendike olmayan etkinliği kanıtlanmış bireye uygun farmakolojik destek tedavisi verilmelidir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi uygun tedavinin yeterli sürede verilmesi başarı oranını artıracaktır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Sigara bırakma, davranışsal eğitim, nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion, vareniklin

Geliş Tarihi/Received: 30.07.2012 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.11.2012 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 17.04.2013

GİRİŞ

Sigara kullanımı tüm dünyada önlenebilir hastalık ve ölümlerin en önde gelen nedenidir. Yüksek mortaliteye sahip olan, kanser, kalp ve akciğer hastalıklarına neden olduğu iyi bilinmesine karşın sigara kullanımı hala önemli bir halk sağlığı sorunudur [1-3]. Dünyada her yıl 5 milyon kişinin ülkemizde ise 100 bin dolayında kişinin erken yaşta ölümüne neden olmaktadır [2,4]. Sigaranın içeriğindeki nikotin ile güçlü derecede bağımlılık olduğu bilinmektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından tütün alışkanlığı bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır [5]. Bu nedenle sigara içen bir kişinin tedavisi madde bağımlılığına yaklaşım gibi olmalıdır. Sigaranın bırakma tedavisinde davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisi ve farmakoterapi yararı gösterilmiş iki yaklaşımdır. En iyi sonuçlar her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir [6].

Bu çalışma TÜSAD 34. Ulusal Kongresi'nde 2012 yılında İzmir'de sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Emine Argüder, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye Tel: +90 312 291 25 25 E-posta: drgullu2000@gmail.com

©Telif Hakkı 2013 Türk Toraks Derneği - Makale metnine www.toraks.dergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Thoracic Society - Available online at www.toraks.dergisi.org



Sigara içen bir kişinin sağlığını koruması için yapması gereken en önemli şey sigaranın bırakılmasıdır. Sigarayı bıraktığında sigara ile ilişkili hastalıkların ortaya çıkma riski azalacak, hastalık varlığında ise hastalığın ilerleme hızı yavaşlayacaktır [7]. Sigara içenlerin çoğu sigara bırakmayı yarımsız olarak denemekte ve bunların önemli bir kısmı kısa sürede tekrar içmeye başlamaktadır [8]. Ülkemizde toplumsal bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanımı yasası, ortaya çıkan hastalıklar ve ekonomik nedenlerden ötürü sigara kullanan kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır. Burada kişilerin sigarayı bırakma istekleri, çeşitli medikal ve davranışsal tedaviler ile desteklenmektedir. Biz de hastanemiz bünyesinde hizmet veren sigara bırakma polikliniğimizde sigara bırakma programına alınan hastaların genel özelliklerinin, sigarayı bırakmada etkili olan faktörlerin ve uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma için Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 2011 yılı 47 sayılı etik kurulu onayı alındıktan sonra, sigara bırakma polikliniğine Eylül 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında başvuran olgular retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Olguların 3. ay sonundaki tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi planlandı. Çalışmaya bu sürede polikliniğe başvuran 510 olgunun dahil edilmesi planlandı ancak 110 olguya ulaşılamaması nedeniyle 400 olgunun verileri değerlendirildi. Dosya verileri incelenerek olguların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek), sigara içme davranış ve tutumları (sigara kullanımı, öyküleri, daha önce sigarayı bırakma öyküleri, evde başka sigara içen kişinin olup olmadığı), Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi, eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi.

Sigara bırakma polikliniğimizde yapılan ilk görüşmede hastalara yaklaşık 30-40 dakikalık süre ayrılmaktadır. Bu süreçte tüm hastaların genel değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sigarayı bırakmaları için motivasyonlarını artırmaya yönelik görüşme yapıldı, sonrasında problem çözme ve beceri kazandırmaya yönelik destek tedavisi verilerek yoksunluk belirtileri ile nasıl baş edebilecekleri Göğüs Hastalıkları uzmanı tarafından detaylı olarak anlatılmaktadır. Bunun yanında olgulara farmakolojik tedavi yöntemlerinden kişiye uygun olan tedavi (nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ya da vareniklin) başlanmaktadır.

Farmakolojik tedavi kullanmak istemeyen, önerildiği halde kullanmayan ya da komorbiditeleri nedeniyle farmakolojik tedavi verilemeyen olgulara sadece davranışsal eğitim uygulanmıştı. Takiplerde olguya ve başlanan tedaviye özel olarak 15 günde ya da ayda bir olacak şekilde poliklinik kontrolleri yapılmıştı. Kontrol görüşmeler genellikle 15-20 dakikalık bir süre içerisinde karbonmonoksit düzeyinin ölçümü, başlanan tedaviye uyum, olası yan etkilerin değerlendirilmesi, gerekli ise tedavinin değiştirilmesi ve tekrar motivasyonun artırılmasını, devam ettirilmesini sağlamaya yönelik bir görüşmeyi içermektedir. Yine olguya ve başlanan tedaviye özel olarak haftada ya da 15 günde bir yardımcı sağlık personeli tarafından telefonla, tedaviye uyum, olası yan etkilerin değerlendirilmesi ve kontrol randevuların hatırlatılması amacıyla görüşmeler yapılmıştı.

Çalışmamızda olguların 3. ay sonunda sigarayı bırakıp bırakmadıkları hem dosya verileri kullanılarak hem de telefonla ulaşılarak değerlendirildi. Sigarayı bırakıp bırakmadığı kayıtlarda olmayan ve telefonla ulaşılamayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Sigarayı bırakmak için önerilen tedaviler ve ne kadar süre kullandıkları kaydedildi.

Olgular öncelikle kullandıkları tedaviye göre dört gruba (Grup 1: Sadece davranışsal eğitim (DE) alanlar, Grup 2: DE+NRT (nikotin sakızı ya da nikotin bandı) kullananlar, Grup 3: DE+Bupropion kullananlar, Grup 4: DE+Vareniklin kullananlar) ayrıldı. Öncelikle gruplar arasında demografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı. Daha sonra sigarayı bırakanlar ve bırakamayanlar arasında demografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı. Bunu takiben aldıkları tedavinin süresine göre gruplar oluşturularak (a: 1 gün-30 gün kullanan, b: 31 gün-60 gün kullanan, c: 61 gün-90 gün kullanan) bırakıp bırakamama durumları karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 16,0 paket programı (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL, United States) kullanıldı. Olguların kullandıkları tedaviye göre gruplandırılmasından sonra bu gruplar arasında öncelikle demografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı. Sonrasında bırakanlar ve bırakamayanlar arasında demografik veriler karşılaştırıldı. Aldıkları tedavi ve tedavi süresine göre yapılan gruplar arasında bırakma oranları karşılaştırıldı. $P<0,05$ değerleri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 400 olgunun %38,75'i kadın, %61,25'i erkekti. Yaş ortalaması 44 idi. Olguların çoğu ilköğretim ya da lise mezunu ve evliydi. Sigaraya başlama yaşları (ortanca, min-max) 16 (6-44), sigara içilen süre (ortanca, min-max) 27 (1-60) yıl olarak bulundu. Olgular aldıkları tedaviye göre gruplandırıldıktan sonra yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum yönünden dağılımları benzerdi ($p>0,05$). Günde içilen sigara sayısı ve paket-yıl olarak sigara tüketimi gruplar arasında farklı idi ($p=0,00$). Yine gruplar arasında medikal ve psikiyatrik hastalık varlığı farklı idi (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,00$). Daha önce sigarayı bırakma girişimleri, bırakılan en uzun süre ve evde sigara içilip içilmemesi gruplarda benzerdi ($p>0,05$). Fagerstrom skorları da gruplar arasında farklılık göstermişti ($p=0,00$) (Tablo 1, 2).

Olgular sigarayı bırakıp bırakamama durumlarına göre iki gruba ayrılarak tekrar karşılaştırma yapıldı (Tablo 3). Tüm grupta sigarayı bırakma oranı %36,5 bulundu. Sigarayı bırakan olguların yaş ortalamaları bırakamayanlara göre hafif derecede yüksekti ($p=0,046$). Her iki grupta olguların cinsiyet, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sigaraya başlama yaşları ve sigara içtikleri süre her iki grupta benzerdi. İçilen sigara sayısı ≤ 10 , 11-20, ≥ 21 olarak gruplandığında iki grup arasında dağılım farklıydı. Ancak sigara tüketimi paket-yıl olarak hesaplanıp, ≤ 20 , 21-40, ≥ 41 olarak gruplandığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalık yönünden gruplar arasında farklılık yoktu (sırasıyla $p=0,537$, $p=0,170$). Ayrıca KOAH, astım ve kardiyovasküler hastalık varlığının tek başına sigara bırakmaya etkisi değerlendirildi. Ancak yine gruplar arasında farklılık bulunamadı (sırasıyla $p=0,542$, $p=0,820$, $p=0,873$). Daha önce sigarayı bırakıp bırakmaması, evde sigara içen başkasının olması ya da Fagerstrom bağımlılık derecesi her iki grupta benzerdi.

Olgulara sigara bırakma polikliniğinde başlangıç tedavi planında %22,3'üne sadece davranışsal eğitim, diğerlerine davranışsal eğitim yanında farmakolojik tedavi (%18,8'ine NRT, %22,5'ine bupropion, %36,5'ine ise vareniklin) planlandı. Ancak poliklinik ya da telefonla yapılan kontrollerde bazı olguların önerilen farmakolojik tedaviyi kullanmadıkları öğrenildi. Bu nedenle bu oranların davranışsal eğitim için %30,5'e, NRT için %14,5'e, bupropion için %21'e, vareniklin için ise %34'e değiştiğini gördük.

Tablo 1. Hastaların tedavi gruplarına göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Davranışsal eğitim (DE) /Grup 1 (n=122) n (%)	DE+NRT /Grup 2 (n=58) n (%)	DE+Bupropion /Grup 3 (n=84) n (%)	DE+Vareniklin /Grup 4 (n=136) n (%)	p
Cinsiyet					
Kadın	51 (41,8)	25 (43,1)	33 (39,3)	46 (33,8)	0,504
Erkek	71 (58,2)	33 (56,9)	51 (60,7)	90 (66,2)	
Eğitim*					
Yok	5 (4,1)	2 (3,4)	4 (4,8)	4 (2,9)	0,482
İlköğretim	42 (34,4)	24 (41,4)	37 (44)	50 (36,8)	
Lise	31 (25,4)	19 (32,8)	25 (29,8)	35 (25,7)	
Üniversite	44 (36,1)	13 (22,4)	18 (21,4)	47 (34,6)	
Medeni durum*					
Evli	92 (77,3)	44 (78,6)	65 (78,3)	109 (85,2)	0,408
Bekar	27 (22,7)	12 (21,4)	18 (21,7)	19 (14,9)	
Medikal hastalık					
Var	62 (51,7)	29 (50,0)	49 (58,3)	48 (35,3)	0,005
Yok	58 (48,3)	29 (50,0)	35 (41,7)	88 (64,7)	
Psikiyatrik hastalık					
Var	18 (14,8)	13 (22,4)	4 (4,8)	3 (2,2)	<0,001
Yok	104 (85,2)	45 (77,6)	80 (95,2)	133 (97,8)	
Günlük içilen sigara sayısı					
20'den az	28 (23,0)	27 (46,6)	18 (21,4)	18 (13,2)	<0,001
20 ve daha fazla	94 (77,0)	31 (53,4)	66 (78,6)	118 (86,8)	
Daha önce bırakmayı deneme					
Evet	99 (83,2)	40 (70,2)	65 (77,4)	107 (78,7)	0,266
Hayır	20 (16,8)	17 (29,8)	19 (22,6)	29 (21,3)	
Evde başka sigara içen					
Evet	66 (55,0)	19 (35,2)	38 (45,2)	70 (51,9)	0,080
Hayır	54 (45,0)	35 (64,8)	46 (54,8)	65 (48,1)	

* Eksik veri içeriyor

Tablo 2. Hastaların tedavi gruplarına göre yaş, sigara tüketim bilgileri ve fagerstrom skoruna ait ortanca değerleri

Değişkenler	Davranışsal eğitim (DE) /Grup 1 (n=122) Ortanca (min-maks)	DE+NRT /Grup 2 (n=58) Ortanca (min-maks)	DE+Bupropion /Grup 3 (n=84) Ortanca (min-maks)	DE+Vareniklin /Grup 4 (n=136) Ortanca (min-maks)	p
Yaş (yıl)	44,0 (16-73)	42,5 (18-69)	43 (24-69)	47 (23-71)	0,318
Sigaraya başlama yaşı	16 (7-44)	16 (8-40)	16 (6-31)	16 (7-35)	0,888
Sigara içilen süre (yıl)	27 (2-60)	23 (1-53)	26 (7-52)	29 (5-50)	0,111
Günde içilen sigara sayısı	20 (5-80)	20 (5-60)	20 (8-50)	20 (5-60)	<0,001
Sigara tüketimi (paket-yıl)	30 (1-172)	16 (1-80)	23 (5-90)	30 (5-240)	<0,001
En uzun bırakma süresi (ay)	3 (0,2-36)	2,25 (0,25-132)	2 (0,25-60)	3,25 (0,25-60)	0,391
Fagerstrom skoru	5 (0-10)	4 (0-10)	6 (2-10)	6 (0-10)	<0,001

Olgular aldıkları tedavilere göre gruplandırılarak karşılaştırma yapıldığında (Tablo 4) aldıkları tedaviye göre bırakıp bırakmamaları gruplar arasında anlamlı ölçüde farklı idi. Sadece davranışsal eğitim alanların yaklaşık %19,9'u, buna ek olarak

NRT (bant/sakız) kullananların %36,2'si, bupropion kullananların %39,3'ü, vareniklin kullananların ise %50,7'si sigarayı bırakabilmişlerdi. Başlanan tedavilerin kullanım sürelerine göre bırakmaya etkileri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 3. Olguların bırakıp bırakamama durumlarına göre özellikleri

Değişkenler	Bırakanlar (n=146) n (%)	Bırakamayanlar (n=254) n (%)	p
Yaş (yıl)			
16-40	55 (37,7)	107 (42,1)	p=0,382
>40	91 (62,3)	147 (57,9)	
Cinsiyet			
Kadın	57 (39,0)	98 (38,6)	0,928
Erkek	89 (61,0)	156 (61,4)	
Eğitim			
Yok	8 (5,5)	7 (2,8)	p=0,509
İlköğretim	55 (37,7)	98 (38,6)	
Lise	37 (25,3)	73 (28,7)	
Üniversite	46 (31,5)	76 (29,9)	
Medeni durum*			
Evli	110 (79,7)	200 (80,6)	p=0,858
Bekar	28 (20,3)	48 (19,4)	
Sigara içilen süre (yıl)			
≤20	48 (32,9)	86 (33,9)	p=0,288
21-40	76 (52,1)	143 (56,3)	
>40	22 (15,1)	25 (9,8)	
Günde içilen sigara sayısı			
≤10	23 (15,8)	25 (9,8)	p=0,012
11-20	91 (62,3)	140 (55,1)	
>20	32 (21,9)	89 (35)	
Sigara tüketim (paket-yıl)			
≤20	53 (39)	87 (37,5)	p=0,913
21-40	55 (40,4)	93 (40,1)	
>40	28 (20,6)	52 (22,4)	
Medikal hastalık			
Var	66 (45,2)	122 (48,4)	p=0,537
Yok	80 (54,8)	130 (51,6)	
Psikiyatrik hastalık			
Var	10 (6,8)	28 (11)	p=0,170
Yok	136 (93,2)	226 (89)	
Daha önce bırakmayı deneme			
Evet	120 (82,8)	191 (76,1)	p=0,12
Hayır	25 (17,2)	60 (23,9)	
Evde başka sigara içen			
Evet	65 (45,5)	128 (51,2)	p=0,273
Hayır	78 (54,5)	122 (48,8)	

* Eksik veri içeriyor

TARTIŞMA

Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması nedeniyle sigaranın bırakılmasında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bizim de sigara bırakma polikliniğimizde 3. ay sonunda olgularımızın %36,5'i sigarayı bırakabilmişti. Ülkemizde sigara bırakma tedavisinin sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarda 3.ayda bırakma oranları %54-65

aralığında bulunmuştur. Yine ülkemizde yapılan sigara bırakma başarısını 1. yılın sonunda değerlendiren çalışmalarda başarı oranı %21,6 ile %45 arasındaki değerlerde bildirilmiştir [9-13]. Bizim çalışmamızda 3. ayda bırakma başarısının bildirilenlerden düşük bulunmasının nedeni olguların bir kısmının ilk görüşmeye gelip sonrasında takiplere ve tedaviye yeterli uyum sağlamamasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Diğer

Tablo 4. Farklı tedavilere göre sigara bırakma oranları

	Davranışsal eğitim (DE) /Grup 1 (n=122)	DE+NRT /Grup 2 (n=58)	DE+Bupropion /Grup 3 (n=84)	DE+Vareniklin /Grup 4 (n=136)	p
Sigara bırakma durumu	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Bırakanlar	23 (18,9)	21 (36,2)	33 (39,3)	69 (50,7)	
Bırakmayanlar	99 (81,1)	37 (63,8)	51 (60,7)	67 (49,3)	p=0,00

Tablo 5. Farmakolojik tedavi süresinin sigara bırakmaya etkisi

Değişkenler	Bırakanlar (n=146)	Bırakmayanlar (n=254)	p
	n (%)	n (%)	
Nikotin sakızı			
IIa. 1 gün - ≤30 gün kullanan	0 (0)	7 (100)	
IIb. 31 gün - ≤60 gün kullanan	3 (60)	2 (40)	p=0,45
Nikotin bandı			
IIa. 1 gün - ≤30 gün kullanan	7 (21,9)	25 (78,1)	
IIb. 31 gün - ≤60 gün kullanan	11 (78,6)	3 (21,4)	p=0,00
Bupropion			
IIIa. 1 gün - ≤30 gün kullanan	14 (25)	42 (75)	
IIIb. 31 gün - ≤60 gün kullanan	19 (67,9)	9 (32,1)	p=0,00
Vareniklin			
IVa. 1 gün - ≤30 gün kullanan	20 (30,8)	45 (69,2)	
IVb. 31 gün - ≤60 gün kullanan	37 (71,2)	15 (28,8)	p=0,00
IVc. 61 gün - ≤90 gün kullanan	12 (63,4)	7 (36,6)	

tarafından tedaviye uyum sağlayanların bırakma başarısının daha yüksek olduğu da görülmüştür.

Çalışmamızda sigarayı bırakan ve bırakmayan olguların cinsiyet, eğitim düzeyleri ve medeni durumları arasında farklılık yoktu. Bırakan olguların yaş değerleri bırakmayanlara göre hafif derecede yükseklik göstermişti. Daha önce yapılan çalışmalarda da sigarayı bırakmadaki başarının yaş ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir [14,15]. Cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi değerlendirilmiş ancak literatürde bazı çalışmalar erkeklerin daha kolay bırakabildiklerini bildirirken bazı çalışmalar ise farklılık olmadığını göstermiştir [12,16,17]. Eğitimin bizim çalışma sonucumuzdaki gibi yapılan çalışmalarda sigara bırakmaya etkisi gösterilememiştir [13].

Olguların sigaraya başlama yaşları, sigara içtikleri süre ve tüketimi bırakan ve bırakmayan grupta benzerdi. Ancak olguların günde içtikleri sigara sayısı iki grup arasında farklıydı ve bırakmayan grupta beklenildiği üzere daha fazla sayıda sigara içilmekteydi. Bilindiği gibi bir günde içilen sigara sayısı Fagerstrom bağımlılık skoru ile doğru orantılıdır [18]. Bizim sonuçlarımızda Fagerstrom bağımlılık skoru bırakmayan grupta daha yüksekti. Ancak iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. Günde içilen sigara sayısı gruplar arasında farklılık gösterirken Fagerstrom bağımlılık skorunun benzer olması skorlamada kullanılan diğer değişkenlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Geniş sayıda olgu içeren randomize kontrollü bir çalışmada günlük tüketilen sigara miktarına ek olarak sigara içilen sene sayısının da sigara bırakmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir [14].

Daha önce yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigarayı daha zor bıraktığı bildirilmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan olgular üzerinde yapılan bir çalışmada KOAH'lı olguların sağlıklı sigara içicilerine göre sigarayı daha zor bıraktıkları gösterilmiştir. Bir diğer çalışmada ise astım hastalarının KOAH'lı hastalara göre bırakma oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir [19-21]. Yine ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise sigara ile ilişkili hastalığı olanların yakınlarının sigara bırakma başarısı değerlendirilmiş ancak bu durumun sigara bırakma üzerine etkisi saptanmamıştır [22]. Bizim çalışmamızda ise eşlik eden medikal (KOAH, astım, kardiyovasküler gibi) ya da psikiyatrik hastalığın sigara bırakmaya olumlu ya da olumsuz bir etkisi gösterilemedi.

Çalışmamıza katılan olguların büyük çoğunluğu desteksiz olarak sigarayı bırakmayı daha önce denemiş ancak başarısızlıkla sonuçlanmıştı. Bu oranlar daha önce bildirilenlerle benzerdi [20,23]. Çalışmamızda bu olumsuz deneyimin tekrar sigara bırakma girişiminde etkisi saptanmadı. Ancak bu konuda literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda daha önceki olumsuz deneyimin yeni sigara bırakma girişimini olumsuz etkilediğini belirtirken bazı çalışmalar ise bizim sonucumuzda da olduğu gibi etkilemediği gösterilmiştir [9,19,24-26]. Olgularımızın evlerinde başka sigara içenlerin varlığının yine bırakıp bırakamamaya etkisi gösterilemedi. Ülkemizde yapılan diğer sonuçlarda da benzer veriler elde edilmiştir [9,13]. Ancak ev dışında kişinin daha fazla vakit geçirdiği kişilerin sigara içmesi ya da bulunması gerektiği ortamlarda sigara içilmesi kişinin sigarayı bırakmamasında önemli rol oynuyor olabilir. Bunun yanıtı

bu konuda daha detaylı yapılacak değerlendirmeler ile farklı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Üçüncü ay sonunda yapılan değerlendirmede olguların yaklaşık üçte biri sigarayı bırakabilmişti. Sigarayı bırakma tedavisinin başarısında bilindiği gibi davranışsal eğitimin önemi büyüktür. Hastanın kendi çabasını destekleme ve kısa öğütler davranışsal eğitimin temel unsurlarıdır [27]. Çalışmamızda farmakolojik tedavi verilemeyen ya da kullanmak istemeyen olgulara bireysel olarak davranışsal eğitim verildi ve bunların yaklaşık beşte biri sigarayı bırakabilirdi. Davranışsal eğitim kişiye özel olabileceği gibi grup terapisi şeklinde de yapılabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kişiye özel eğitimin grup terapisine üstünlüğü gösterilememiştir [28]. Bununla birlikte bireysel terapide grup terapisine göre daha fazla insan gücü ve zamana gereksinim vardır. Uygulanan davranış tedavisinin süresi arttığında etkisinin de arttığı gösterilmiştir [29]. Sigara bırakmada yoğun klinik girişim üzerine psikodrama pratiğinin eklenmesinin sigara bırakma oranlarını anlamlı ölçüde artırdığı da gösterilmiştir [30]. Hastaya sadece sigarayı bırakmasının önerilmesinin bile hiç önerilmemesine göre etkisi olduğu da gösterilmiştir [31]. davranış tedavisini NRT ile karşılatıran bir çalışmada ise davranış tedavisi ile NRT kadar başarı sağlandığı gösterilmiştir [32]. Ayrıca sadece davranış tedavisi alanların birinci yılın sonunda nüks oranlarının daha düşük olduğu da bildirilmiştir [19].

Nikotin replasman tedavisi başlanan olguların 1 yıl süreyle sigarayı bırakma oranları %15-25 arasında değişmektedir [16,33,34]. NRT formlarının etkinliğinin plasebo ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, bir yıl süreyle sigarayı bırakma oranı nikotin bandı için %21 (plasebo %17), nikotin sakızı ve inhaler için %18,7 (plasebo %8,6) olarak bulunmuştur [35,36]. Ayrıca nikotin bandı ile diğer formların birlikte kullanılmasının başarı oranını artırdığı da bildirilmiştir [33]. Ülkemizde en sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttır [37]. Bizim çalışmamızda davranışsal eğitime ek olarak nikotin sakızı ya da bant tedavisi başlananların %36,2'si sigarayı bırakabilmişti ve literatürde bildirilen oranlara göre daha yüksek değerlerde idi. Hem nikotin sakızını hem de nikotin bandını bir aydan daha uzun süreyle kullananların daha az süre kullananlara göre sigarayı daha fazla bırakabildiği de görüldü. NRT başlanan grubun Fagerstrom skorları diğer farmakolojik tedavi başlanan grupların skorlarına göre daha düşük olmasına karşın bupropion ile yakın, varenikline göre ise daha düşük değerlerde idi. Bunun nedeninin olguların NRT'yi yeterli sürede kullanmalarını nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Bupropion, noradrenalin ve dopaminin geri alımını engelleyen bir antidepresandır. Bupropionun etkisinin plasebo ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; bupropion SR 100 mg, 150 mg, 300 mg formları plasebo ile karşılaştırılmış. Yedi hafta sonunda sigara bırakma oranları sırasıyla %28,8, %38,6, %44,2, %19 bulunmuştur. Bir yılın sonunda ise bırakma oranları sırasıyla %19,6, %22,9, %23,1, %12,4 olduğu görülmüştür [38]. Yakın zamanda yapılan çift kör randomize kontrollü bir çalışmada yine bupropionun plaseboya göre anlamlı ölçüde etkili olduğu gösterilmiştir [39]. Bizim çalışmamızda bupropion kullananların beşte ikisi sigarayı bırakabilmişti ve literatürde bildirilenlere yakın değerlerde idi. Bupropion kullanım süresi karşılaştırıldığında bir aydan uzun süre kullananların daha fazla bırakabildikleri görüldü. Bupropion vareniklin ile karşılaştırıldığında başarısı daha düşük bulunmuştu. Ancak başlangıçta hastalara uygun tedavi seçimini belirlerken göz önünde bulundurulmuş faktörlerden biri de eşlik eden kronik hastalık varlığı idi ve bupropion alan grupta kronik hastalık oranı daha yüksekti. Daha önce yapılan çalışmalarda da beklenin aksine kronik hastalık varlığı sigara bırakmayı olumsuz etkilemektedir ve

bizim sonuçlarımızda da benzer durum ortaya çıktığını düşünmekteyiz [40,41].

Literatürde vareniklin ile onikinci haftada sigara bırakma oranları %23 ile %29,7 arasında bildirilmiştir [42]. KOAH'lı hastalarda plasebo kontrollü vareniklin ile yapılan bir çalışmada 9-12. haftalar arasında vareniklin ile %42,3, plasebo ile %8,8 bırakma oranları bildirilmiştir [43]. Başka bir çalışmada ise vareniklin ile 6 ay sonraki bırakma başarısı %49,5 olarak bulunmuştur [44]. Bizim çalışmamızda da vareniklin ile bırakma başarısı yaklaşık %50 idi ve literatürde daha önce bildirilenlere benzerdi. Çalışmamızda davranışsal eğitim tek başına uygulananlar ile davranışsal eğitim eşliğinde NRT, bupropion ya da vareniklin kullananlar karşılaştırıldığında vareniklin ile bırakma başarısının daha yüksek olduğu görüldü. Yine diğer farmakolojik tedavilerde olduğu gibi vareniklin kullanım süresi uzadıkça bırakma oranı da artmaktaydı. Çalışmamızın dahil edildiği olguların büyük bir kısmı, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak vareniklin ve bupropionun temin edildiği döneme rastlamıştı. Pahalı bir ilaç olan varenikline olgular daha kolay ulaşabilmişlerdi. Üç aylık tedavi sonuçlarında vareniklin ile ortaya çıkan bu yüksek bırakma oranının ilacın geri ödeme kapsamında değerlendirilmesi için önemli olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda sadece davranışsal eğitim verilenler ile buna ek olarak farmakolojik tedavi verilenler karşılaştırıldığında, farmakolojik tedavi eklenenlerde bırakma oranı artmıştı. Farmakolojik tedavi olarak en çok vareniklin, sonrasında bupropion ve NRT başlanmıştı. Tedavi yöntemlerinin bırakma başarısına etkisini değerlendiren bir çalışmada; farmakolojik tedavilerin (bupropion/NRT) tek başına davranış tedavisinden yine üstün olduğu, bupropionun ise NRT'den yaklaşık 2 kat kadar daha etkili olduğu gösterilmiştir [19]. Bizim çalışmamızda ise NRT ile bupropionun sigara bırakma oranları birbirine yakın değerlerde, vareniklin ile ise daha yüksekti. Ancak bazı olgularımızın önerilen sürede tedaviyi tamamlamamaları, farklı tedavilerin başarıya etkilerini değerlendirmede sınırlayıcı faktör oluşturmuştur. NRT ile ya da bupropion ile varenikline göre daha düşük sonuçların olması olguların tedaviye yeterli uyum sağlamamalarından kaynaklanabilir. Bu nedenle bu konuda ideal tedavi süresini tamamlamış olgulardan seçilecek daha fazla sayıdaki olgu ile daha güvenilir sonuçlar verilebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sigaranın bırakılmasında etkili olan faktörler değerlendirilmiş. Cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi demografik verilerin etkili olmadığı bunun yanında günlük içilen sigara sayısının önemli olduğu görüldü. Bunun yanında önerilen tedaviyi önerilen sürede kullanmanın bırakma başarısını artırdığı saptandı. Sonuç olarak sigarayı bırakmak zor ve zaman alan bir süreçtir. Bu süreçte tüm sigara içen kişilere yeterli davranışsal eğitimin yanında kontrendike olmayan etkinliği kanıtlanmış bireye uygun farmakolojik destek tedavisi verilmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite olayı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (2011, 47) alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - E.A., A.K.; Tasarım - E.A., A.K.; Denetleme - A.K., H.C.H.; Veri toplanması ve/veya işleme - E.A., H.H., H.K.,

M.E.; Analiz ve/veya yorum - P.D., E.A., H.C.H.; Literatür taraması - E.A., H.K., H.H.; Yazı yazarı - E.A.; H.C.H.; Eleştirel İnceleme - A.K., H.H., H.K., M.E.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Ankara Atatürk Training and Research Hospital (2011, 47).

Author Contributions

Conception - E.A., A.K.; Design - E.A., A.K.; Supervision - A.K., H.C.H.; Data Collection and/or Processing - E.A., H.H., H.K., M.E.; Analysis and/or Interpretation - P.D., E.A., H.C.H.; Literature Review - E.A., H.K., H.H.; Writer - E.A.; H.C.H.; Critical Review - A.K., H.H., H.K., M.E.

KAYNAKLAR

- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, ve ark. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006;7:51-64.
- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011-MPOWER. Warning about the dangers of tobacco. Erişim tarihi: 05.01.2012. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Ulaşım linki: http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf
- Küresel yetişkin tütün araştırması 2008. Türkiye İstatistik Kurumu. Ulaşım linki: www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=215
- Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1996;153:1-31.
- Treating tobacco use and dependence:2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.p.257.
- Godtfredsen NS, Prescott E. Benefits of smoking cessation with focus on cardiovascular and respiratory comorbidities. *Clin Respir J* 2011;5:187-94. [CrossRef]
- Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4. [CrossRef]
- Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigara bırakma tedavisinin sonuçları. *Tur Toraks Derg* 2003;4:73-7.
- Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M, et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci* 2000;9:63-9.
- Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52:69-74.
- Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52:63-8.
- Salepci B, Fidan A, Oruç Ö, ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Tur Toraks Derg* 2005;6:151-8.
- Raherison C, Marjary A, Valpromy B, et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med* 2005;99:1303-10. [CrossRef]
- Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjö A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:625-30. [CrossRef]
- Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation: patient factors affecting a reward-based approach. *Patient Prefer Adherence* 2010;4:441-50.
- Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci* 2012;42:515-22.
- Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999;94:269-81. [CrossRef]
- Onen ZP, Sen E, Eriş Gülbay B, ve ark. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tuber Toraks* 2010;58:385-92.
- Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve astım olgularında uzun dönem sigara bırakma oranları ve iki grup arasındaki farklılıklar. *Tur Toraks Derg* 2011;12:67-71.
- Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006;54:43-50.
- Solak ZA, Göksel T, Erdiñç E, ve ark. Sigara ile ilişkili ciddi akciğer hastalığı olanların sigara içen yakınlarında sigara bırakma tedavisinin başarısı. *Tur Toraks Derg* 2002;3:248-52.
- Office for National Statistics. Smoking-related behaviour and attitudes. 2008. www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Smoking2005.pdf
- Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006;8:739-49. [CrossRef]
- McEwen A, West R. Do implementation issues influence the effectiveness of medications? The case of nicotine replacement therapy and bupropion in UK Stop Smoking Services. *BMC Public Health* 2009;9:28. [CrossRef]
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, et al. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985;10:395-406. [CrossRef]
- Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29:1067-83. [CrossRef]
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD001007.
- Bakkevic O, Steine S, von Hafenbradl K, et al. Smoking cessation. A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:247-51. [CrossRef]
- Aytemur ZA, Pişmişoğlu B, Kılınç O, et al. Intensive clinic intervention plus psychodrama in smoking cessation and effects on cessation outcome. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32:630-7. [CrossRef]
- Slama K, Redman S, Perkins J, et al. The effectiveness of two smoking cessation programs for use in general practice. A randomized clinical trial. *BMJ* 1990;300:1707-9. [CrossRef]
- Örsel O, Örsel S, Alpar S, ve ark. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005;53:354-61.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000146.
- Foll LB, Cheinin MP, Rostoker G, et al. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry* 2005;20:431-41. [CrossRef]
- Campbell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking-related diseases: a placebo-controlled study. *Respir Med* 1996;90:47-51. [CrossRef]
- Kralikova E, Kozak JT, Rasmussen T, et al. Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler. *BMC Public Health* 2009;9:433. [CrossRef]
- Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted* 2005;14:98-102.
- Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *The New England J of Med* 1997;337:1195-202. [CrossRef]
- Sheng LX, Tang YL, Jiang ZN, et al. Sustained-release bupropion for smoking cessation in a chinese sample: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Nicotine Tob Res* 2013;15:320-5. [CrossRef]
- Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine Tob Res* 1999;1:149-66. [CrossRef]
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults--United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56:1157-61.
- Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther* 2009;31:463-91. [CrossRef]
- Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011;139:591-9. [CrossRef]
- Blak BT, Wilson K, Metcalfe M, et al. Evaluation of varenicline as an aid to smoking cessation in UK general practice - a THIN database study. *Curr Med Res Opin* 2010;26:861-70. [CrossRef]