

Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler

One-Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting The Cessation of Smoking

Zehra Yaşar¹, Özlem Kar Kurt¹, Fahrettin Talay¹, Aysel Kargı²

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

²İslahiye Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Gaziantep

Abstract

Objective: We aimed to evaluate factors affecting cessation success and smoking quit rates at a smoking cessation clinic.

Methods: Of the 320 patients admitted to our smoking cessation clinic to quit smoking, between June 2011-June 2012, 241 cases who had completed the 12-month follow-up were included in the study. Biochemical and hematological tests, PFTs, electrocardiographs, chest X-rays were obtained. The questionnaire forms, including the Fagerström test for Nicotine Dependence (FTND), hospital anxiety and depression scale were filled by all of the participants. The use of medications and duration of treatment were recorded. At the end of 12-month the smoking cessation success and factors contributing to the success rate were evaluated.

Results: At the end of the first year the smoking cessation rate was 37.3%. Demographic characteristics are similar between patients who successfully quit and the others. The FTND scores, irritability, difficulty in concentration and the daily number of cigarettes smoked were greater in the group that did not quit. Weight gain was greater in the group who quit smoking. Patients received different treatments including behavioral therapy (BT; 27.4%), BT+NRT (56%), BT+bupropion (9.5%), BT+varenicline (2.5%) and BT+bupropion+NRT (4.6%). The success rates were 15.2%, 43.7%, 52.2%, 66.7% and 45.5%, respectively. Pharmacological treatment in sufficient time increased the success rates.

Conclusion: The process of smoking cessation should be considered individually for each case and it is a difficult process. In this process, adequate behavioral therapy and appropriate pharmacological treatment for individuals in sufficient time will increase the success rate.

Keywords: Smoking cessation, smoking cessation outpatient clinic, cigarette quitting methods

Özet

Amaç: Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğinde takip edilen hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri ve polikliniğimizin sigara bırakma hızlarını araştırmayı amaçladık.

Yöntemler: Haziran 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında, sigara bırakma polikliniğine başvuran 320 olgudan 12 aylık takipleri tamamlanabilen 241 olgu çalışmaya alındı. Olgulardan rutin biyokimyasal ve hematolojik testler, solunum fonksiyon testi, elektrokardiyografi ve posteroanterior akciğer grafisi istendi. Ayrıca tüm olgulardan, Fagerström nikotin bağımlılık testi, anksiyete ve depresyon değerlendirme ölççekleri ile demografik verilerin yer aldığı poliklinik formunun doldurulması istendi. Kullandıkları ilaçlar ve süreleri kaydedildi. Hastaların sigara bırakma başarıları ve başarıya etki eden faktörler değerlendirildi.

Bulgular: Genel olarak 1. yıl sonunda sigara bırakma hızı %37,3 idi. Sigara bırakan ve bırakamayan grup arasında değerlendirmede demografik özellikler benzerdi. Bırakamayan grupta konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, Fagerström bağımlılık derecesi ($p<0,001$) ve işyerinde içilen sigara sayısı daha fazlaydı ($p<0,001$). Sigara bırakan grupta kilo artışı daha fazla idi. Olguların %27,4'üne davranışsal eğitim (DE), %56'sına davranışsal eğitim ve Nikotin replasman tedavisi (DE+NRT), %9,5'ine DE+Bupropion, %2,5'ine DE+ Vareniclin, %4,6'sına DE+ Bupropion+NRT başlanmıştı. Bırakma hızları sırasıyla %15,2, %43,7, %52,2, %66,7 ve %45,5 idi. Yeterli sürede farmakolojik tedavi verilmesi ile bırakma hızlarında anlamlı olarak artmaktaydı ($p<0,001$).

Sonuç: Sigara bırakma süreci, her olgu için bireysel değerlendirilmesi gereken zor bir süreçtir. Bu süreçte yeterli davranışsal eğitim ve uygun bireylere yeterli sürede farmakolojik destek tedavi verilmesi başarı hızını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği, sigara bırakma yöntemleri

Received Date / Alındığı Tarih: 09.12.2013
Accepted Date / Kabul Tarihi: 08.03.2014

Address for correspondence / Yazışma Adresi
Zehra Yaşar, Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
İzzet Baysal Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları
Anabilim Dalı, 14280 Gökçöy, Bolu, Türkiye
E-mail / E-posta: zehraasuk@hotmail.com

© Copyright 2014 Turkish Respiratory Society (TRS)
Eurasian J Pulmonol 2014
DOI: 10.5152/ejp.2014.48295

• Available online at www.eurasianjipulmonol.com

GİRİŞ

Tütün kullanımı, dünyada önlenebilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1,3 milyon kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 5 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde de yılda 100 bin kişi sigara nedeniyle erken ölmektedir. Bu sayının 2030 yılına kadar dünyada 8,4 milyon kişiye, ülkemizde ise 240,000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalırken, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde artmakta olduğu bildirilmektedir. 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin % 80'inin gelişmekte olan toplumlarda olacağı öngörülmektedir (1, 2).

Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır ve DSÖ'ye göre Avrupa bölgesinde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkelerden biridir (3). Ülkemizde, prevalans yüksekliğinin nedenlerinden birisi de bırakma oranlarının düşük olmasıdır. Sigara içicileri sıklıkla bunun bir bağımlılık olduğunun farkında olmayıp alışkanlık olduğunu düşünse de, sigara içerdiği nikotin ile bağımlılık yapar. Tütün, her yaşta diğer tüm maddelerden daha yüksek bağımlılık prevalansına sahiptir.

Sigara içenlerin yaklaşık %70'inin sigarayı bırakmayı düşündüğü, %80'inin ise hayatının bir döneminde sigarayı bırakmayı denediği bildirilmektedir (4, 5). Sigara içenlerin çoğu sigara bırakmayı yarımsız olarak denemekte ve bunların birçoğu da kısa süre sonra tekrar sigara içmeye başlamaktadır (6). Başarılı girişimler için, tütün kullanımının sürmesine neden olan faktörlerle birlikte kişisel, ailevi ve farmakolojik yönden mücadele edilmesi gerekmektedir. Sosyoekonomik ve kültürel etkenler, sıklıkla kimin sigaraya başlayacağını kimin bırakıp kimin devam edeceğinin belirlenmesinde kritik rol oynarlar.

Ülkemizde de toplumsal bilinçlenme, sigara kullanan kişilerin sigara bırakma polikliniklerine başvurularını arttırmaktadır. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma süreçleri, medikal tedavi ve davranışsal eğitim ile desteklenmektedir. Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğinde takip edilen hastalarda, sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri ve sigara bırakma oranlarını araştırmayı amaçladık.

YÖNTEMLER

Bu çalışmaya, Doğubeyazıt Devlet Hastanesi sigara bırakma polikliniğine Haziran 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında başvuran 320 olgu dahil edildi. Olgulardan, rutin biyokimyasal ve hematolojik testler, solunum fonksiyon testleri, elektrokardiyografi ve posteroanterior akciğer grafisi istendi. Ayrıca tüm olgulardan sigara içme durumu, Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), hastane anksiyete ve depresyon değerlendirme ölçekleri ile demografik verilerin yer aldığı "sigara bırakma polikliniği değerlendirme formu"nu doldurmaları istendi. Olguların eşlik eden hastalıkları ve devamlı kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Hastane anksiyete ve depresyon değerlendirme ölçekleri yüksek çıkan olgular, psikiyatri polikliniğine yönlendirilerek görüş alındı.

Sigara bırakma polikliniğinde yapılan ilk görüşmeye yaklaşık 20-30 dakika süre ayrıldı. Bu görüşmede, hastaların genel değerlendirmesi yapıldıktan sonra, sigara bırakmaya yönelik davranışsal eğitim ile kişiye uygun olan farmakolojik tedavi başlandı ve olgulara 15 gün-1 ay aralıklarla poliklinik takibi önerildi. Hastalar, tedaviye uyumu değerlendirmek ve randevuları hatırlatmak amacıyla belirli aralıklarla yardımcı sağlık personelimiz tarafından telefon ile arandı. Olguların takiplerinin 3, 6 ve 12. aylarının sonlarında, sigarayı bırakıp bırakmadıkları poliklinik takipleriyle ve telefonla ulaşılarak değerlendirildi. Olguların kullandıkları tedaviler ve tedaviyi ne kadar süre kullandıkları kaydedildi. Bir yıl sonunda sigara içilmemesi, sigara bırakma başarısı olarak kabul edildi. Dört hafta belirlenen tedaviyi kullananlar ise yeterli tedavi almış kabul edildi. Takipleri tamamlanabilen 241 olgunun, bir yılın sonunda sigara bırakma başarıları ve başarıya etki eden faktörleri değerlendirildi.

Olgular bir yıllık takip sonunda sigara bırakmada başarılı olanlar ve olmayanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Öncelikle sigara bırakmada başarılı olanlar ve olmayanlar arasında demografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı. Sonrasında olgular kullandıkları tedaviye göre davranışsal eğitim (DE), davranışsal eğitim ve nikotin replasman tedavisi

(DE+NRT), DE ve Bupropion, DE+Vareniklin, DE+Bupropion+NRT kullananlar olarak gruplara ayrıldı. Davranışsal eğitimde, kişinin sigara içme konusundaki ve sigaraya ve kendisine bakışındaki alışılmış düşünce kalıpları değiştirilmeye çalışıldı. Sigara içme isteğini en aza indirmek ve denetim altına almak için önerilerde bulunuldu (7). Gruplar arası demografik özellikler yönünden karşılaştırma yapıldı. Daha sonra aldıkları tedavi sürelerine göre gruplar oluşturularak sigara bırakma başarısına olan etkisi karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20,0 (Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılmayanlar ortanca (minimum-maksimum aralık), oranlar ise n(%) olarak ifade edildi. Oranların karşılaştırılması Ki-kare veya Fisher kesin Ki-kare testi, normal dağılmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılması Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup olduğunda ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Sigarayı bırakamamayı öngörmedeki bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi ile incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alındı.

Bu çalışma için etik komite onayı Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nden (2013) alınmıştır.

BULGULAR

Sigara bırakma polikliniğine başvuran 320 kişi değerlendirmeye alındı, bunların 241'inin [n: 145 (% 60,2) erkek, n:96 (%39,8) kadın] takipleri tamamlanabildi. Yaş ortalamaları 42,6±13,5 (17-77 yıl) olup, olguların çoğu ilkökul mezunu (%34,0) idi (ortaokul %26,6, lise %20,7, üniversite %5,8). Sigara başlama yaşları ortanca 18 (10-40) olup, sigara içilen süre 23 (2-156) paket-yıldı. Olguların 167'si (%69,3) daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüş, bunlardan da 114'ü (%68,3) sigara bırakma girişiminde bulunmuştu. Sigaraya başlamanın nedenleri sıklıkla merak (%45,6), özenti (%45,2) ve stres (%45,2) olup bırakmayı deneyenler arasında karşılaşılan en sık zorluklar sinirlilik (%73,7), aşırı derecede sigara içme isteği (%51,8) ve konsantrasyon eksikliği (%39,5). Sigara içme isteğini arttıran nedenler arasında en sık görülenleri; stres (%68,0), çay içme (53,5), yemek yeme (%45,6) ve kahve içme (%17,4) idi. Sigara içme isteği yıllar içinde 114 olguda (%47,3) artmaktaydı. Sigara bırakma poliklinik başvuru nedenleri ve sigara bırakma düşüncesi oluşma nedenleri arasında en sık görüleni doktor önerisiydi.

Olgular, sigarayı bırakıp bırakmama durumlarına göre iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı (Tablo 1). Birinci yıl sonunda sigara bırakma oranı %37,3'tü. Her iki grupta da olguların yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sigaraya başlama yaşları ve başlama nedenleri benzerdi. Sigara tüketimi paket-yıl olarak hesaplandığında gruplar arası fark yoktu. Her iki grupta sigara bırakırken karşılaşılan güçlükler kıyaslandığında, bırakamayan grupta özellikle konsantrasyon güçlüğü (p<0,001) ve sinirlilik (p=0,001) daha fazla saptandı. Bırakamayan grup, işyerinde daha fazla sigara içmekteydi ve FNBT skoru anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). Sigara bırakan grupta, bırakma sonrası kilo artışı anlamlıydı (p<0,001).Gruplar arasında daha önce sigara bırakma denemesi ve deneme sayısı açısından anlamlı fark saptanmadı. Sigarayı bırakamamayı öngörmedeki bağımsız prediktörlerin lojistik regresyon analizi sonucunda yaş [RR; 0,95 (%95 GA 0,9-0,99)], konsantrasyon eksikliği [RR; 13,6 (%95 GA 3,2-56,7)] ve Fagerström skoru (FSG) [RR; 3,2 (%95 GA 1,9-5,5)], anlamlı bulundu (Tablo 2). Sigarayı

Tablo 1. Olguların sigara bırakıp bırakmama durumuna göre özellikleri

	Sigarayı bırakamayan	Sigarayı bırakan	p		Sigarayı bırakamayan	Sigarayı bırakan	p
N	151	90		Ekonomi	1 (%0,7)	0	0,44
Yaş	40 (19-77)	42 (17-75)	0,78	Sigarayı bırakmayı düşünme	112 (%74,2)	55 (%61,1)	0,03
Cinsiyet (E/K)	90/61	55/35	0,82	Sigarayı bırakmayı deneme	70 (%46,4)	44 (%48,9)	0,7
Eğitim				Güçlük			
Okuryazar değil	17 (%11,3)	4 (%4,4)	0,23	Sinirlilik	58 (%82,9)	26 (%59,1)	0,005
Okuryazar	5 (%3,3)	5 (%5,6)		Konsantrasyon eksikliği	37 (%52,9)	8 (%18,2)	<0,001
İlkokul	47 (%31,1)	35 (%38,9)		Aşırı sigara isteği	38 (%54,3)	21 (%47,7)	0,49
Ortaokul	42 (%27,8)	22 (%24,4)		Ağız yarası	11 (%15,7)	12 (%27,3)	0,13
Lise	29 (%19,2)	21 (%23,3)		Baş ağrısı	15 (%21,4)	8 (%18,2)	0,67
Üniversite	11 (%7,3)	3 (%3,3)		İştah artışı	14 (%20,0)	14 (%31,8)	0,15
Sigaraya başlama yaşı	18 (10-40)	18 (12-40)	0,54	Kabızlık	1 (%1,4)	2 (%4,5)	0,31
Başvuru nedeni				Uyku bozukluğu	8 (%11,4)	3 (%6,8)	0,42
Doktor önerisi	125 (%82,8)	75 (%83,3)	0,35	Yok	1 (%1,4)	1 (%2,3)	1,0
Kendi isteği	15 (%9,9)	12 (%13,3)		Profesyonel destek	7 (%4,6)	4 (%4,4)	0,94
Herikisi	11 (%7,3)	3 (%3,3)		Evde sigara içen	119 (%78,8)	70 (%77,8)	0,85
Sigaraya başlama nedeni				İşyerinde sigara içen	65 (%43,0)	45 (%50,0)	0,29
Çevre	56 (%37,1)	24 (%26,7)	0,097	İşten kaçış	13 (1-30)	10 (1-25)	0,001
Kendini ispat	39 (%25,8)	31 (%34,4)	0,15	Bağımlılık yapıcı kullanımı	24 (%15,9)	7 (%7,8)	0,069
Merak	71 (%47,0)	39 (%43,3)	0,58	Kilo alımı	13 (%8,6)	61 (%67,8)	<0,001
Özenti	66 (%43,7)	43 (%47,8)	0,54	Sigarayı bırakma			
Stres	69 (%45,7)	40 (%44,4)	0,85	3.ay	32 (%21,2)	90 (%100)	<0,001
Sigara içilen miktar				6.ay	19 (%12,6)	90 (%100)	<0,001
Günlük (paket)	1 (0,5-2)	1 (0,5-3)	0,001	Arttıran faktörler			
Paket-yıl	24 (2-96)	22 (2-156)	0,20	Çay	78 (%51,7)	51 (%56,7)	0,45
Sigarayı bırakma nedeni				Kahve	33 (%21,9)	9 (%10,0)	0,018
Doktor önerisi	106 (%70,2)	63 (%70)	0,97	Yemek	62 (%41,1)	48 (%53,3)	0,06
Hastalık korkusu	57 (%37,7)	29 (%32,2)	0,39	Stres	100 (%66,2)	64 (%71,1)	0,43
Hastalık	51 (%33,8)	37 (%41,1)	0,25	Anksiyete	6 (2-12)	7 (4-10)	0,97
Çevre baskısı	4 (%2,6)	3 (%3,3)	0,76	Depresyon	7 (4-12)	7 (4-11)	0,43
Gebelik	3 (%2,0)	1 (%1,1)	0,61	FNBT skoru	8 (4-9)	6 (3-9)	<0,001
İyi örnek	8 (%5,3)	0	0,026				

FNBT skoru: Fagerström nikotin bağımlılık testi

bırakan kişilerin hepsinin >30 gün tedavi kullanması nedeniyle, tedaviye devam süresi lojistik regresyon analizine konulamadı.

Olguların 66'(%27,4)'sı DE, 135(%56)'i DE + NRT, 23(%9,5)'ü DE + bupropion, 6(%2,5)'sı DE + vareniklin, 11(%4,6)'i DE + bupropion + NRT tedavisini kullandı. Sadece davranışsal eğitim alanların %15,2'si, buna ek olarak NRT kullananların %43,7'si, bupropion kullananların %52,2'si, vareniklin kullananların %66,7'si, bupropion ve NRT kullananların %45,5'i sigarayı bırakabilmişlerdi (p<0,001). Başlanan tedavilerin kullanım süreleri değerlendirildiğinde ise, yeterli sürede

farmakolojik tedavi verilmesi ile bırakma oranları da anlamlı olarak artmaktaydı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sigaranın bağımlılık mekanizmaları ve sigara bağımlılığına yol açan nörolojik ve psikolojik-davranışsal nedenler göz önüne alındığında, sigara bağımlılığı birçok kullanıcının, yokluğuyla uzun bir dönem mücadele etmesi gereken kronik ve nüksedici bir durumdur. Her yıl sigara içicilerinin dörtte üçüne yakını, birkaç gün içinde başarısız olan sigara bırakma girişiminde bulunur. Tütün kontrolünde, sigara bırak-

ma poliklinikleri önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinin sayısı her geçen gün artmaktadır.

Çalışmamızda, 12. ayda sigara bırakma başarısı %37,4 olarak hesaplandı. Ülkemizde yapılan çalışmalarda 1. yıl sonunda bırakma başarısı, %21-48 oranı arasında değişmektedir (8-13). Sosyodemografik faktörler, ek hastalıklar ve sigara içme özelliklerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkilerini araştıran çalışmalar yapılmış ve sigara bırakma başarısının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (14-17). Monso ve ark.(14) yaş ve cinsiyetin sigara bırakmada etkili faktörler olduğunu tanımlamışlardır. Fernandez ve ark. (18) ise, cinsiyetten bağımsız olarak sigara bırakmanın yaş ile beraber arttığını raporlamışlardır. Erkeklerin sigarayı daha kolay bırakabildiklerini bildiren çalışmaların yanında, yaş ve cinsiyetin sigara bırakma üzerine etkisi olmadığını vurgulayan çalışmalar da vardır (9,10,12,19). Bizim çalışmamızda da benzer olarak yaş ve cinsiyetin sigara bırakma üzerine etkisi saptanmamıştır.

Sigara bırakma başarısına, eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda sigara bırakma oranının yüksek olduğu bildirilmekteyken (20, 21), bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinde gruplar arasında fark saptanmamıştır (9, 14). Çalışmamızda, sigara bırakan ve bırakmayan gruplar arasında eğitim durumu açısından fark saptanmamıştır. Bu durum, çalışmamızdaki olguların eğitim düzeylerinin yüksek oranda ilköğretim düzeyinde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde yapılan, eğitim düzeyi çoğu

lise ve üstü olan hasta grubundaki çalışma ile karşılaştırıldığında ise, birinci yıl sonu bırakma oranları bu gruptaki sigara bırakma oranlarından düşük değildir (20).

Önceki çalışmalarda, günlük içilen sigara sayısı, FNBT ve paket.yıl değerinin sigara bırakmada etkili faktörler oldukları belirtilmiştir. Bu faktörlerin bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar olduğu gibi, yüksek nikotin bağımlılığı ve fazla sigara tüketiminin düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (17, 21). Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı sigarayı bırakan grupta fazlayken, sigaraya başlama yaşları ve paket yıl değeri sigarayı bırakan ve bırakmayan gruplarda benzerdi. Gorecka ve ark. (16) düşük FNBT skorunu, sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktaydı. Sigarayı bırakan grupta anlamlı olarak daha düşük FNBT skorları mevcuttu.

Çalışmaya katılan olguların çoğu sigarayı bırakmayı denemiş fakat girişimleri başarısızlıkla sonuçlanmıştı. Profesyonel destek alanların oranı oldukça düşüktü. Literatürde bazı çalışmalar olumsuz deneyimin sigara bırakma başarısı üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu belirtirken, bazıları ise etkilemediğini bildirmektedir (6, 8, 22, 23). Çalışmamızda, iki grup arasında fark saptanmamıştır. Polikliniğimize başvuran olguların çoğunun başvuru nedeni doktor tavsiyesi idi. Sigara kullanıcısı olarak tanımlanan tüm hastalara doktoru tarafından bırakma önerisinde bulunulmasının, tütün kontrol çalışmalarında önemli bir yerinin olduğu, daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (24, 25). Çalışmamızda, olguların evlerinde sigara içenlerin olup olmasının başarı üzerine etkisi saptanmadı. Bu ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla da benzerdir (8,13). Buna karşın, sigara bırakmayan grupta iş yerinde içilen sigara miktarının daha fazla olduğu görüldü. İş yerinde evdekinden daha fazla zaman geçirilmesi, ortamın daha stresli olması ve sigara içmek için mola veriliyor olması sigarayı bırakamama da etkili faktörler olabilir.

Sigara bırakma sırasında görülen yan etkileri değerlendirdiğimizde ise en sık yakınmaların sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü ve aşırı sigara içme isteği olduğunu söyleyebiliriz. Bu bulguların nikotin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bizim bulgularımız, Demir ve ark. (12) yaptıkları çalışmaları ile de benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda sigara içme isteğini arttıran faktörler incelendiğinde stres en önemli faktör olarak bulundu. Hastane anksiyete ve depresyon değerlendirme skorları ise, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi.

Tablo 2. Sigarayı bırakamamayı öngörmedeki bağımsız prediktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Risk Faktörü	RR (%95 GA)	p
Yaş	0,95 (0,9-0,99)	0,046
Cinsiyet (kadın)	1,29 (0,36-4,69)	0,70
Eğitim düzeyi (lise ve üstü okul mezunu olmak)	0,33 (0,08-1,29)	0,11
Meslek sahibi olmak	2,1 (0,6-7,6)	0,25
Sinirlilik	0,6 (0,18-2,28)	0,50
Konsantrasyon eksikliği	13,6 (3,2-56,7)	<0,001
FSG skoru	3,2 (1,9-5,5)	<0,001
İş yerinde sigara içen kişi sayısı	1,07 (0,98-1,17)	0,12

RR: Relatif risk; GA: güven aralığı; FSG: Fagerström

Tablo 3. Tedaviyi kullanım süresinin sigara bırakma üzerine etkisi

Tedavi süresi (gün)	Sigarayı bırakamayan		Sigarayı bırakan		p
	1-30	>30	1-30	>30	
DE+NRT	50	26	-	59	<0,001
DE+Bupropion	8	3	-	12	<0,001
DE+Vareniklin	-	2	-	4	*
DE+NRT+ Bupropion	4	2	-	5	0,022
Toplam	62	33	-	80	

DE: davranışsal eğitim; NRT: nikotin replasman tedavisi

*DE+Vareniklin grubunda herkes yeterli süre tedavi aldığı için istatistik yapılamadı.

Bu durumun, başvuran olgularda anksiyete ve depresyon skoru yüksek olan hastaların psikiyatri anabilim dalı ile ortak çalışma yapabilen merkezlere yönlendirilmesine bağlı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda olgular aldıkları tedavilere göre karşılaştırıldığında, DE'ye farmakolojik tedavi eklenenlerde sigara bırakma oranının belirgin olarak arttığı saptandı. Farmakolojik tedavi olarak en çok NRT, sonrasında bupropion, vareniklin ve kombine tedavi planlanmıştır. Çalışmamız, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak bupropion ve vareniklin'in temin edildiği dönemde yapılmadığı için olguların maddi durumları nedeni ile NRT'ye göre daha pahalı ilaçlar olan bupropion ve vareniklin başlanan hasta sayısı daha azdır. Bunun yanında farmakolojik tedavi başlanıp, tedavinin maddi giderini karşılayamadığı için tedaviyi bırakan olgularımız da mevcuttu. Şahbaz ve ark. (20) farklı farmakolojik tedaviler ile elde edilen bırakma sonuçlarının benzer olduğunu vurgulamışlardır. Önen ve ark. (22) ise farmakolojik tedavinin tek başına davranışsal eğitimden üstün olduğunu ve bupropion'un, NRT'den daha etkili olduğunu göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda da eklenen farmakolojik tedavinin başarıya etkisi anlamlı olarak yükseldi. Yeterli sürede farmakolojik tedavi verilmesi de sigara bırakma oranlarını belirgin olarak arttırmaktaydı. Vareniklin kullanan olgu sayısının azlığı ve kullananların da yeterli sürede tedavi alması nedeni ile kullanma süresi ve bırakma başarısı arasında karşılaştırma yapılamadı. Farmakolojik tedavi ile bırakma oranlarının artması, ilacın geri ödeme kapsamında değerlendirilmesi açısından dikkate değer olduğunu düşündürmüştür.

Sigara bırakma tedavisinde davranışsal eğitimin önemi üzerinde durulmaktadır. Davranışsal eğitimin temelinde, hastanın kendi çabası destekleme ve kısa öğütler yer almaktadır (26). Tedavinin süresi arttırıldığında etkisinin de arttığı gösterilmiştir (27). Davranışsal eğitimi, NRT ile karşılaştıran bir çalışmada davranışsal eğitim ve NRT arasında fark saptanmamıştır. Çalışmamızda, farmakolojik tedavi kullanmak istemeyen ya da verilemeyen olgulara davranışsal eğitim bireysel olarak verildi. Diğer tedavi grupları ile karşılaştırıldığında DE'nin sigara bırakma başarısı belirgin olarak düşüktü. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, sigara bırakma girişimi üzerine psikodrama pratiğinin eklenmesinin sigara bırakma oranlarını arttırdığı gösterilmiştir (28).

Çalışmamızda NRT formları, nikotin bandı ve nikotin sakızı birlikte kullanılmıştır. Nikotin bandı ve diğer formların birlikte kullanılmasının başarı oranını arttırdığını bildiren çalışmalar mevcuttur (29). Nikotin replasman tedavisi alan olguların %43'ü sigarayı bırakabildi. Argüder ve ark. (9) NRT ile sigara bırakma başarısını %36,2 olarak bildirmişlerdir. Bir aydan daha fazla NRT alan olgularda başarı da belirgin olarak artmaktadır. West ve ark. (30) çalışmalarında bupropion tedavisini, NRT ile karşılaştırmış ve bir yıldan daha uzun süre ile bırakma oranları bupropion alan grupta daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer olarak bupropion ve DE alan grupta sigara bırakma oranları, NRT alan gruba göre daha yüksek idi. Ancak vareniklin ile karşılaştırıldığında oranlar daha düşük bulundu. Yeterli sürede tedavi alındığında ise başarı oranları anlamlı olarak artmaktaydı. Bu daha önce yapılmış çalışmalarla da benzerlik göstermekteydi (9,20). Literatürde, vareniklin ile 6 ay sonraki başarı oranı %49,5 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda vareniklin tedavisinin, diğer tedavi seçenekleri ile kıyaslandığında sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu görüldü. Daha önce bildirilen değerlere göre daha yüksek olmasının nedeni, tedaviyi kullanan sayısının az olması ve kullanabilenlerin hepsinin tedaviyi yeterli sürede alması olabilir. Yetersiz sürede tedavi

alan olgu grubu olmadığından, tedavi süreleri arasında kıyaslama yapılamadı. Bu nedenle daha fazla sayıda vareniklin kullanılabilen olgu grubu ile tedavi sürelerini kıyaslayacak çalışmalar güvenilir sonuçlar verebilir.

SONUÇ

Çalışmamızda sigara bırakmada cinsiyet, yaş, eğitim gibi demografik verilerin etkili olmadığı, bunun yanında bağımlılık skorunun önemli olduğu tespit edildi. Sigara bırakma polikliniklerinde yakın izleme uygun farmakolojik tedavinin yeterli sürede kullanılmasının sigara bırakma oranlarını arttırdığı saptandı.

Yeterli DE verilmesi ile ve sigarayı bırakmayı güçleştiren stres, konsantrasyon gücünün ve sinirlilik gibi faktörlerle daha kolay başa çıkılması açısından psikiyatri anabilim dalı ile birlikte çalışılması sigara bırakma oranlarını arttırabilir. Bunun için gelecekte psikiyatri bölümü ile birlikte yapılacak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Abant İzzet Baysal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Z.Y., Ö.K.K.; Tasarım - Z.Y., F.T.; Denetleme - F.T., A.K.; Kaynaklar - Z.Y.,A.K.; Malzemeler - Z.Y.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - Z.Y., Ö.K.K.; Analiz ve/veya yorum - Z.Y., F.T.; Literatür taraması - Ö.K.K., A.K.; Yazıyı yazan - Z.Y., Ö.K.K.; Eleştirel İnceleme - F.T., A.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Med 2006; 3: e442. [CrossRef]
- World Health Organization. Health Report 2002. Geneva 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02-en.pdf>, Erişim Tarihi: 09.05.2013.
- Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi. Ankara; 2008 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282-tur.pdf>. Erişim Tarihi: 12.5.2013.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults-United states,1995.MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997; 46: 1217-20.
- US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress; a report of the Surgeon General. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989; DHHS Publication No.(CDC)89-8411.
- Hughers JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol 1992; 11: 331-4. [CrossRef]
- European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. English Version 03.10.2012. <http://www.ensp.org/escg>.
- Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigara bırakma tedavisinin sonuçları. Tur Toraks Derg 2003; 4: 73-7.
- Argüder E, Karezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC ve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Tur Toraks Derg 2013; 14: 81-7.
- 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.
- Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2004; 52: 63-74.

12. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 63-8.
13. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Tur Toraks Derg* 2005; 6: 151-8.
14. Monso E, Campbell J, Tonnosen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001; 10: 165-9. [\[CrossRef\]](#)
15. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioral and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7: 262-7. [\[CrossRef\]](#)
16. Górecka D, Bednarek M, Nowiński A, Puścińska E, Goljan-Geremek A, Zieliński J. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-23. [\[CrossRef\]](#)
17. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271; 589-94. [\[CrossRef\]](#)
18. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borrás JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. *Prev Med* 2001; 32: 218-23. [\[CrossRef\]](#)
19. Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation: patient factors affecting a reward -based approach. *Patient Prefer Adherence* 2010; 4: 441-50. [\[CrossRef\]](#)
20. Şahbaz S, Kılınc O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Tur Toraks Derg* 2007; 8: 110-14.
21. Janson C, Kunzli N, deMarco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in active and passive smoking in European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006; 27: 517-24. [\[CrossRef\]](#)
22. Onen ZP, Sen E, Eriş Gülbay B, Oztürk A, Akkoca Yıldız O, Acıcan T, et al. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tuberk Toraks* 2010; 58: 385-92.
23. 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. [\[CrossRef\]](#)
24. Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Med Wkly* 2001; 131: 521-6.
25. McCullough A, Fisher M, Goldstein AO, Kramer KD, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counseling. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 625-32. [\[CrossRef\]](#)
26. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29: 1067-83. [\[CrossRef\]](#)
27. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Ucar N, Sipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması. Doğal izlem çalışması. *Tuberk Toraks* 2005; 53: 354-61.
28. Aytemur ZA, Pişmişoğlu B, Kılınc O, Pişmişoğlu E, Hacıevliyagil SS, Karaman C. Intensive clinic intervention plus psychodrama in smoking cessation and effects on cessation outcome. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32: 630-7. [\[CrossRef\]](#)
29. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1: CD000146.
30. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guideline for health professionals: An update. *Thorax* 2000; 55: 987-99. [\[CrossRef\]](#)