

Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları

Factors Affecting Smoking Cessation and Success Rates of The Treatment Methods Used

Fatma FİDAN, Ebru PALA, Mehmet ÜNLÜ, Murat SEZER, Ziya KARA

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Afyonkarahisar

ÖZET: Nikotin bağımlılığı klinik olarak önemli sorunlara neden olan bir durumdur. Çalışmamızda sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların genel özelliklerini, sigara bırakmayı etkileyen faktörleri ve uygulanan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmaya alınan 135 olgunun %32.7'si kadın, %67.3'ü erkekti. Sigarayı bırakmışlar ve içmeye devam edenler arasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Sigaraya 15 yaşından önce başlayanlarda, daha geç başlayanlara göre sigarayı bırakma oranı anlamlı olarak daha düşük bulundu. Sigara içmeyi bırakmış grupta, içmeye devam edenlere göre vizüel analog skalası ile değerlendirilen sigarayı bırakacağına inanç düzeyi anlamlı olarak daha yüksek iken, stress düzeyi anlamlı olarak daha düşük bulundu. Hastane anksiyete ve depresyon skalasına göre anksiyete ve depresyon kabul edilen gruplarda sigara içmeye devam edenlerin oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Olguların kullandıkları tedavilere göre birinci yıl sonunda sigara bırakma oranlarına bakıldığında nikotin replasman tedavisi kullanan grupta başarı %30.9, ilaç kullanmayıp sadece davranış ve destek tedavisi alan grupta %18.8, bupropion kullananlarda %6.7 idi. Sonuç olarak başarıyı arttırmak için yoğun destek, yakın takip gerekmektedir. Sigarayı bırakamayanlarda anlamlı olarak anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olması nedeniyle psikiyatrik sorunları olanlara mutlaka psikiyatri desteği verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, anksiyete, depresyon, nikotin replasman tedavisi, bupropion

ABSTRACT: Nicotine addiction causes many important clinical problems. In this study, we aimed to evaluate the general features of patients admitted to our polyclinic for cigarette cessation, factors affecting cigarette cessation and success rates of treatment methods used. Of the 135 patients accepted to the study 32.7% were female and 67.3% were male. There were no significant differences between the ex-smokers and current smokers with regard to gender, marital status and educational status. Cigarette cessation rate was lower among the patients who started smoking before the age of 15 than those who started smoking after the age of 15. According to visual analog scale, the belief for success in quit smoking was higher and stress level was lower among ex-smokers than the current smokers. Current smoking rate was higher among the people who were anxiotic and depressive according to the hospital anxiety and depression scale. Smoking cessation rates of the cases at the end of the first year with regard to treatment methods were evaluated. The success rate was 30.9% in patients using nicotine replacement therapy, 18.8% in patients who did not use any medication but just behavioral and support therapy, and 6.7% in patients using bupropion. As a conclusion, to improve success rates intensive support and close follow-up were considered to be necessary in order to improve success rates. Psychiatric support was also necessary in anxiotic and depressive patients who failed to quit smoking.

Key Words: Smoking cessation, anxiety, depression, nicotine replacement therapy, bupropion

GİRİŞ

Sigara önlenebilir mortalite ve morbiditenin en önemli sebebidir. Sigara içiciliği kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, akciğer kanseri gibi akciğer hastalıkları başta olmak üzere pek çok hastalığa yol açan önemli bir halk sağlığı problemidir. Akciğer

kanseri hastalarına tanı konulduktan sonra bile sigarayı bırakmaları mutlaka vurgulanmalıdır, çünkü bu hastalarda sigaranın bırakılmasıyla solunumsal belirtilerin gerilediği bildirilmiştir (1).

Bağımlılık bir ilaca karşı gelişen tolerans veya ilacı bıraktıktan sonra görülen yoksunluk belirtileri nedeniyle ilacın zorunlu kullanımı olarak tanımlanır (2). Nikotin bağımlılığı da klinik olarak önemli sorunlara neden olur. Fagerstrom testi nikotin bağımlılık derecesini ölçmeyi hedefleyen bir testtir (3).

Sigaranın bırakılmasında yararı gösterilmiş iki yaklaşım vardır. Bunlar davranış tedavisi ile moti-

vasyondan oluşan destek tedavisi ve farmakoterapidir (4,5). En iyi sonuçlar her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir. Hastaya sadece bir kere sigarayı bırakmasını önermek bile bırakma oranını artırmaktadır. Hastayla yüz yüze görüşmenin süresi üç dakika veya daha kısa olsa bile bırakma oranı iki katına çıkmaktadır. Davranış tedavisi verilmeyen hastalara göre kıyaslandığında kitapçık, video, internet gibi materyallerin sigara bırakmada daha az oranda etkili oldukları görülmüştür (4). Davranışsal tedavi kişisel veya gruplar halinde verilebilir ve programda harcanan süre arttıkça etkinliği de artmaktadır. Sosyal destek ile sigara bırakma konusunda kişi cesaretlendirilir ve ailesinin, arkadaşlarının da yardımıyla sigarasız ortam oluşturulabilir (6).

Farmakoterapide bupropion ve nikotin replasman tedavisinin (NRT) yararı gösterilmiştir. İkisinin de sigara bırakmadaki etkisi benzerdir (4). İki tedavi seçeneği arasındaki seçim tedavi için kontrendikasyon varlığına, hastanın seçimine ve nikotin bağımlılık derecesine göre yapılır (6).

Çalışmamızda sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastaların genel özelliklerini, sigara bırakmayı etkileyen faktörleri ve uygulanan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 2003-Aralık 2004 tarihleri arasında sigara bırakmak için polikliniğimize başvuran 197 olgudan başvuru süresi bir yılı dolduran ve son durumu hakkında bilgi edinilen 135'i çalışmaya alındı. Hastanemizde ayrı bir sigara bırakma polikliniği bulunmamakta ancak sigarayı bırakmak isteyen hastalar rutin polikliniğimizde değerlendirilmektedir.

İlk başvuruda sigara içme davranış ve tutumlarını değerlendiren anket formu, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (3), hastane anksiyete ve depresyon skalası (7) dolduruldu. Vizüel analog skalası ile sigarayı bırakmayı isteme düzeyi, sigarayı bırakacağına inanç düzeyi, stress düzeyi ölçüldü. Olgulardan rutin kan biyokimyası, hemogram, akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi istendi ve görüşme için randevu verildi.

İkinci görüşmede tüm olgular sigaranın zararları, sigara bırakma yöntemleri, sigarayı bıraktıkça oluşacak yoksunluk belirtileri ve bunlara yönelik davranış eğitimi ve destek tedavi hakkında bilgilendiril-

di. Ayrıca olgunun durumuna göre (bağımlılık düzeyi, anksiyete ve depresyon skorları, maddi olanakları, hastanın seçimi gibi) NRT ya da bupropion tedavisi önerildi, sigarayı bırakma tarihleri belirlendi.

Nikotin dozu bağımlılık derecesine göre ayarlandı. Daha sonraki dönemde yüksek dozun neden olduğu klinik bulgulara (ishal, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı) göre veya yetersiz doz nedeniyle görülen yoksunluk belirtilerinin (aşırı sigara içme isteği, sinirlilik, huzursuzluk, anksiyete, iştah artışı, depresyon) devamlılığına göre NRT dozu tekrar ayarlandı. Dozun genellikle 8 hafta içinde kademeli olarak azaltılarak kesilmesi önerildi (6).

Bupropion ilk 3 gün günde 150 mg, daha sonra sabah akşam 150 mg olmak üzere 8 hafta kullanılması ve ilaca başladıktan sonra 7-10 gün içinde sigarayı tamamen bırakmaları önerildi (8).

Nikotin replasman tedavisi yeni geçirilmiş miyokard infarktüsü, ciddi aritmi, kontrolsüz hipertansiyon gibi kontrendikasyonu olanlara önerilmedi. Bupropion gebe ve emziren kadınlara, 18 yaşından küçükler, psikotropik tedavi alanlara, önceden konvülzyon geçirme öyküsü, santral sinir sistemi hastalığı, ağır karaciğer hastalığı olanlara önerilmedi. İkinci görüşme yaklaşık 45 dakika sürmekteydi. Olgulara 10 gün sonra tedavinin etkinliğini ve yan etkileri değerlendirmek için kontrole gelmeleri ya da telefonla görüşmeleri önerildi. Daha sonra 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl kontrolleri programlandı.

Birinci yılın sonunda olgular telefonla aranarak son durumları, tedavi kullanım kullanmadıkları, sigarasız kalma süresi, tekrar sigara içmeye başlamışsa nedeni sorgulandı ve bu bilgilere ulaşılan 135 kişi çalışmaya alındı.

İstatistiksel analiz: SPSS 10.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Birinci yılın sonunda sigara içmeyenler bırakmış, içmeye devam edenler içiyor olarak iki gruba ayrıldı ve ki-kare testi ve t-test kullanılarak karşılaştırmalar yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 135 olgunun %32.7'si kadın, %67.3'ü erkekti. Sigarayı bırakmış ve içmeye devam eden olgularda cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum ve eğitim durumu Tablo 1'de görülmektedir. Her iki grupta cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu açısından anlamlı farklılık saptanmazken, sigarayı bırakmışların anlamlı olarak daha fazlası 50 yaşın üstünde idi.

Sigaraya en sık başlama nedeni özenti (%39.3) iken, bunu merak (%20.1), stress-üzüntü (%19.2), çevre baskısı (%11.5), yasağa tepki (%3.8), kendini ispatlama(%1.5) gibi nedenler takip ediyordu. Sigarayı bırakmak isteme nedeni en sık ileride hastalanma korkusu (%42.0) ve şu andaki hastalık (%35.9) idi, düşük oranda ise çevreme zarar veriyorum hissi (%3.8), toplum baskısı (%3.0), ekonomik nedenler (%2.3) olarak bildirilmişti. Olguların sigara içme isteğini arttıran en sık neden yemek sonrası istek (%40.5) iken, bunu çay (%26.0), stres-üzüntü (%25.2), alkol (%6.0) ve kahve(%2.3) izliyordu.

Olguların %78.3'ü daha önce sigarayı bırakmayı denemişlerdi. Sigarayı bıraktıkça yaşanan sorunlar sinirlilik (%47.7), aşırı sigara içme isteği (%30.3), konsantrasyon güçlüğü (%6.4), iştah artışı (%6.4), uyku bozukluğu, baş ağrısı, yüzde uyuşma ve ağız yaraları gibi nedenler (%9.2) idi. Sigarayı bırakmış olanların %83.3'ü, içmeye devam edenlerin %76.8'i sigarayı daha önceden bırakmayı denemişti, iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.445$).

Sigarayı bırakanların %40'ında evde, %82.4'ünde işyerinde sigara içen başka kişiler vardı. İçmeye devam edenlerin ise %51.5'inde evde, %84.6'sında işyerinde sigara içen başka kişiler vardı. Evde ve işte sigara içen olup olmaması açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Olguların %20.2'si alkol kullanıyordu. Sigarayı bırakanların tamamının (%100) alkol kullanma sıklığı haftada birden az iken, sigara içmeye devam edenlerin %52.6'sı haftada birden az, %47.4'ü ise haftada birden daha fazla idi. Alkol kullanma sıklığı açısından gruplar arası farklılık yoktu ($p=0.052$).

Hastaların %21.3'ü doktor önerisi, %78.7'si kendi isteğiyle sigara bırakma polikliniğine başvurmuşlardı.

Sigarayı bırakmışlarda ve içmeye devam edenlerde yaş, sigara içme miktarları, vizüel analog skala değerlendirmeleri, nikotin bağımlılık düzeyi ve anksiyete ve depresyon skoru ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Yaş ortalaması sigarayı bırakmışlarda anlamlı olarak daha yüksek idi. İlk sigarayı deneme yaşı ve sigaraya başlama yaşı ortalaması si-

garayı bırakmışlara göre içmeye devam eden grupta daha düşük olmakla beraber gruplar arası anlamlı farklılık yoktu. Ancak sigaraya 15 yaşından önce başlayanlarda sigarayı bırakamayanların oranı, 15 yaşından sonra başlayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0.033$) (Grafik 1).

Vizüel analog skala ile değerlendirilen sigarayı bırakmak isteme düzeyi açısından gruplar arası anlamlı farklılık yoktu. Ancak sigara içmeyi bırakmış grupta, içmeye devam edenlere göre sigarayı bırakacağına inanç düzeyi anlamlı olarak daha yüksek iken, stres düzeyi anlamlı olarak daha düşük bulundu (Tablo 2).

Nikotin bağımlılık düzeyi her iki grupta benzerdi. Günde içilen sigara adedi ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon saptandı ($r = 0.655$, $p<0.001$).

Sigara içmeye devam eden grupta, bırakmışlara göre hem anksiyete hem de depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hastane anksiyete ve depresyon skalasına göre anksiyete (+) ve depresyon (+) kabul edilen gruplarda sigara içmeye devam edenlerin oranı anlamlı olarak daha yüksekti (Grafik 2).

Olguların 48 (%35.6)'i önerilen farmakolojik tedaviyi kullanmamış sadece davranış eğitimi ve destek tedavi uygulamıştı. Altmış sekizi (%50.4) NRT, 15 (%11.1)'i bupropion, 4 (%3.0)'ü NRT+bupropion tedavisi kullanmıştı. Olguların kullandıkları tedavilere göre 1. yıl sonunda sigara bırakma oranlarına bakıldığında NRT kullanan grupta başarı %30.9, ilaç kullanmayıp sadece davranış ve destek tedavisi alan grupta %18.8, bupropion kullananlarda %6.7 idi. Tüm gruplardaki başarı ise %23 bulundu (Grafik 3). Sigara bırakmanın 15. gün, 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yıldaki başarı oranları Grafik 4'de görülmektedir. Onbeşinci günde %63.0 olan başarı oranının giderek azaldığı ve 1. yılın sonunda %23.0'a düştüğü saptandı.

Sigarayı bırakamamış olanlar tekrar sigaraya başlama nedeni olarak aşırı içme isteği %39.2, stress %27.0, sinirlilik %12.2, arkadaş ortamı %9.5, depresyon %8.1 ve kilo artışı %4.0 olarak gösterildi.

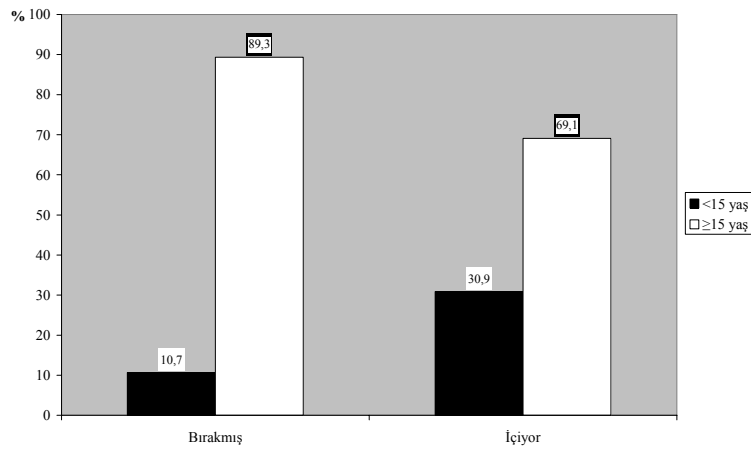
Tablo 1. Sigarayı bırakmış ve içmeye devam eden olguların demografik özellikleri

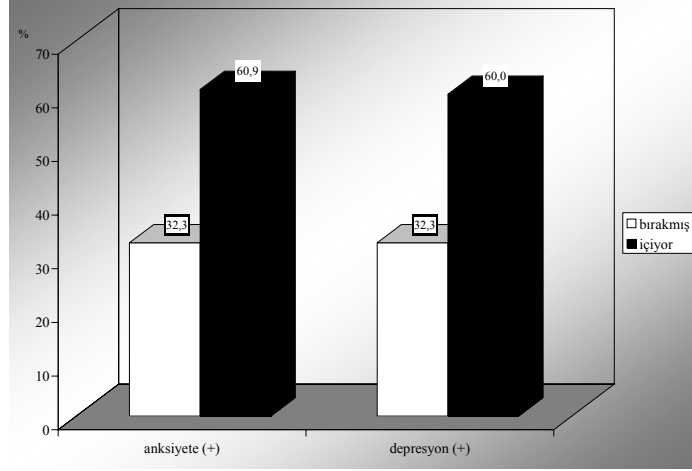
	Bırakmış (n = 31, %)	İçiyor (n = 104, %)	Toplam (n = 135, %)	p değeri
Cinsiyet				
Kadın	25.8	32.7	32.7	0.467
Erkek	74.2	67.3	67.3	
Yaş				
< 20 yaş	0.0	6.8	5.2	0.035
21-50 yaş	51.6	67.0	63.4	
> 50 yaş	48.4	26.2	31.4	
Medeni durum				
Evli	86.7	77.2	79.4	0.508
Bekar	10.0	18.8	16.8	
Dul	3.3	4.0	3.8	
Eğitim durumu				
İlkokul	30.0	19.0	21.5	0.094
Ortaokul	10.0	10.0	10.0	
Lise	13.3	37.0	31.6	
Üniversite	46.7	34.0	36.9	

Tablo 2. Grupların yaş, sigara içme miktarları, vizüel analog skala değerlendirmeleri, nikotin bağımlılık düzeyi ve anksiyete ve depresyon skoru ortalamaları

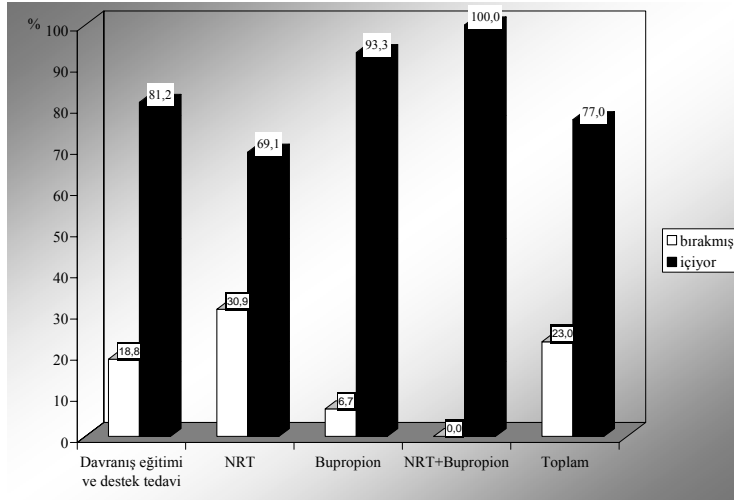
	Bırakmış (n = 31)	İçiyor (n = 104)	p değeri
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Yaş	49.1 ± 10.8	42.01 ± 13.5	0.009
İlk sigarayı deneme yaşı	18.2 ± 5.3	16.8 ± 6.1	0.226
Sigaraya başlama yaşı	20.0 ± 4.9	18.9 ± 6.1	0.396
Sigara içme süresi (yıl)	27.6 ± 13.1	22.9 ± 12.7	0.178
Sigara içme miktarı (adet/gün)	23.1 ± 10.1	21.7 ± 10.7	0.515
Sigarayı bırakmayı isteme düzeyi	81.5 ± 24.1	79.7 ± 22.6	0.691
Sigarayı bırakacağına inanç düzeyi	81.8 ± 20.8	65.7 ± 30.9	0.001
Stress düzeyi	52.8 ± 23.6	66.4 ± 28.2	0.010
Nikotin bağımlılık düzeyi	5.1 ± 2.2	5.5 ± 2.2	0.386
Anksiyete skoru	7.9 ± 5.1	10.7 ± 4.5	0.005
Depresyon skoru	6.1 ± 4.1	8.0 ± 4.1	0.029

Ortalama±SS: Ortalama±Standart Sapma

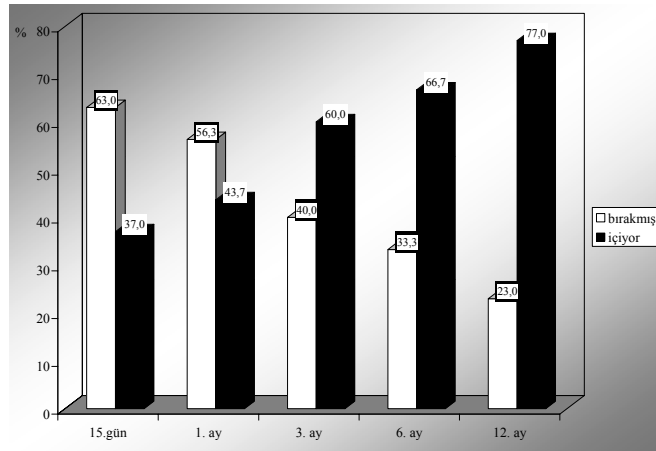
**Grafik 1.** Sigarayı bırakanlar ve içmeye devam edenlerde sigaraya başlama yaşı



Grafik 2. Anksiyete ve depresyon saptananlarda sigarayı bırakma ve içmeye devam etme sıklığı



Grafik 3. Olguların kullandıkları tedaviye göre sigara bırakma başarıları



Grafik 4. Olguların bir yıllık sigara bırakma başarı oranları

TARTIŞMA

Sigaranın içindeki nikotinin yüksek bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle kişiler sigarayı bırakmada çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Sigarayı bırakmadaki başarının yaş ile doğru, alkol bağımlılığı ile ters orantılı ilişki gösterdiği ve alkol bağımlılığı olan hastalarda relaps riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (9). Çalışmamızda da sigarayı bırakmışların yaş ortalaması içmeye devam edenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

Çalışmamızda sigara bırakma başarısı ile cinsiyet arası anlamlı ilişki bulunmadı. Bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu (10), bazı çalışmalarda ise fark olmadığı bildirilmektedir (11,12). Çalışmamızda eğitim durumu ile bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Çalışmalarda da eğitim durumunun bırakma üzerine anlamlı etkisi olmadığı bildirilmektedir (12,13).

Sigarayı bırakma başarısı ile daha önce bırakmayı deneme sayısı arasında ters orantılı ilişki olduğu bildirilmiştir (9). Prochaska tarafından öne sürülen teoride ise kişiler daha önce sigarayı bırakmayı ne kadar çok denediyse şimdiki sigarayı bırakma başarısının o kadar yüksek olacağı bildirilmiştir (14). Çalışmamızda ise sigarayı bırakmışlar ve içmeye devam edenlerde daha önce sigarayı bırakmayı deneme açısından farklılık saptanmadı.

Nikotinin yarı ömrü kısadır ve hastalar sabah kalktıklarında sigara içmezlerse rahatsızlık hissederler. Sigarayı bırakmaya çalışanların katıldığı bir çalışmada, olguların %87'sinde birinci haftada yok-sunluk semptomları görüldüğü bildirilmiştir. Bıraktıktan sonraki 30 gün içinde anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, gece uyanma şikayetleri gerilerken, iştah artışı 30 günden daha uzun sürmektedir (15). Çalışmamızda da sigarayı bırakamamış olanlar tekrar sigaraya başlama nedeni olarak aşırı içme isteği %39.2, stress %27.0, sinirlilik %12.2, arkadaş ortamı %9.5, depresyon %8.1 ve kilo artışı %4.0 göstermiştir.

Tillgren ve ark. (16) yaşları 16-84 arasında olan 5104 kişilik randomize çalışmalarında günlük tüketilen sigara miktarının, sigara içilen sene sayısının ve yaşın sigarayı bırakma başarısıyla ilişkili olduklarını bildirmişlerdir. Günlük içilen sigara sayısı ile bağımlılık düzeyi pozitif korelasyon gösterir (17). Çalışmamızda da günlük içilen sigara adedi ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Uygulanan destek tedavinin etkisi, yoğunluğu ile doğru orantılıdır. İki farklı destek yönteminin karşılaştırıldığı kontrollü bir çalışmada, bir gruba kısa önerilerde bulunulmuş, diğer gruba davranış te-

davisi uygulanmıştır. Bir yıl sonunda başarı oranları sırasıyla %7 ve %30 olarak bildirilmiştir (18). Salma ve ark. (19) yaptığı çalışmada hastaya sadece sigarayı bırakmasının önerilmesi ile hiç önerilmemiş olanlara kıyasla sigaranın daha fazla bırakıldığı görülmüştür.

Nikotin replasman tedavisi uygulanan hastalarda sigara bırakma başarısı ile ilgili değişik sonuçlar bildirilmiştir. Randomize plasebo kontrollü bir çalışmada 1 yıllık sigara bırakma oranı nikotin bandı ile %19 (163/842), plasebo ile %12 (100/844) bulunmuştur (20). Transdermal nikotin bantlarıyla yapılmış 17 çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde 6 aylık başarı oranı %22 (316/1466), plasebo grubunda ise %9 (118/1261) olarak bildirilmiştir (21).

Hurt ve ark. (22) yaptığı, yaşları 18'den büyük, günde 15 adetten fazla sigara içen, Fagerstrom skoru 6'dan büyük 615 kişinin katıldığı çalışmada plaseboya göre bupropion kullananlarda sigara bırakma oranları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Jorenby ve ark. (23) yaptığı Fagerstrom skoru 6'dan büyük 893 kişinin katıldığı çalışmada hastalar plasebo, NRT, bupropion ve NRT+ bupropion olmak üzere 4 gruba ayrılarak 9 hafta tedavi verilmiş. Bir yılın sonunda 3. ve 4. grupta sigara bırakma oranları anlamlı olarak daha fazla bulunmuş. Bir yıllık sigara bırakmada kombinasyon tedavisi ile sadece bupropion alan grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, kombinasyon tedavisi alanlarda sadece NRT alan gruba göre başarı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda olgu sayıları az olmakla birlikte bupropion ve NRT+bupropion alanlarda başarı oranları düşük bulundu. Bunun nedeni olarak bu gruplarda nikotin bağımlılık düzeyi, anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olması düşünüldü.

Birçok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (24). Tedavi başlangıcında ve sigara bırakıldıktan sonra depresyon prevalansı arttığı için takiplerde anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenmelidir (25). Depresyon hikayesi olan hastalarda sigara bırakma başarısı daha düşük olduğu gibi depresif semptomlar da daha çok görülür ve depresyon hikayesi olmayan hastalarla kıyaslandığında depresyon rekürrens riski daha yüksektir (25,26). Çalışmamızda da sigara içmeye devam eden grupta, bırakmışlara göre hem anksiyete hem de depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hastane anksiyete ve depresyon skalasına göre anksiyete (+) ve depresyon (+) kabul edilen gruplarda sigara içmeye devam edenlerin oranı anlamlı olarak daha yüksekti. Bu nedenle bu olgularda başarı oranlarını arttırmak için psikiyatrik desteğe ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda sigarayı bırakacağına olan inanç düzeyi sigarayı bırakmış olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu da kişilerin sigarayı bırakmak için kararlı olmalarının başarıyı olumlu etkilediğini göstermektedir.

Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinde değişik başarı oranları bildirilmektedir. Uzaslan ve ark. (11) sigara bırakma polikliniğinin 5 yıllık sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında 296 olgunun 1 yıllık başarı oranını %40 olarak vermektedir. Bu başarı oranının hekimle yüz yüze görüşme yapılmış olması ve olguların sahip oldukları sağlık sorunları nedeniyle motive olmalarından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Solak ve ark. (27) 1. yıl sonunda sigara bırakma başarısını %45.5 olarak bulmuşlardır ve sigarayı bırakmada davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol vizitleri ve telefon görüşmelerinin önemli rol oynadığını, buna NRT eklenmesinin başarıyı artırdığını vurgulamışlardır. Salepçi ve ark. (13) 79 hastaya davranış eğitimi, motivasyonel destek ve 24 olguya farmakolojik tedavi uygulamışlar ve olguların bir yıl boyunca düzenli takiplerini yapmışlar. Sigara bırakma başarısı 15. günde %75, 3. ayda %54, 6. ayda %48.5, 1. yılda %41.2 olarak bulunmuştur. Demir ve ark. (28) yaptığı çalışmada en az bir yıldır izlenen 634 olgudan NRT uygulanan 297 (%46.8) olguda sigara bırakma oranları 15. günde %46.8, birinci yıl sonunda %33.6 iken, yalnızca başlangıçta kısa eğitim verilen olgularda 15. günde %11.8, birinci yıl sonunda %10.9 olarak bulunmuştur. Çan ve ark. (29) sigarayı bırakmada profesyonel hekim desteğinin önemini vurguladıkları çalışmada 1. yıl sonunda sigara bırakma başarısını %43.4 olarak bulmuşlardır. Örsel ve ark. (30) bir yıllık izlem sonuçları olan 561 hastadan %66.8'ine NRT ve davranış eğitimi-motivasyonel destek, %33.2'sine yalnızca davranış eğitimi verilmiş. Birinci yıl sonunda sigara bırakma oranı NRT uygulananlarda %31.5 iken, uygulanmayanlarda %24.2, tüm grupta ise %29.1 bulunmuştur.

Çalışmamızda sigara bırakma oranlarının düşük olmasının, ayrı bir sigara bırakma polikliniğimiz olmadığı için düzenli kontrollere gelmeyen olguların yakın takibinin yapılamaması nedeniyle motivasyon eksikliği ve önerilen tedaviyi kullanmamaları ya da yetersiz kullanmaları nedeniyle olabileceği düşünüldü. Başarıyı arttırmak için yoğun motivasyonel destek, yakın takip yanısıra sigarayı bırakamayanlarda anksiyete ve depresyon skorlarının anlamlı olarak yüksek olması nedeniyle psikiyatrik sorunları olanlara mutlaka psikiyatri desteği verilmesi gerektiği düşünüldü.

KAYNAKLAR

1. Colice GL, Rubins J, Unger M. Follow-up and surveillance of the lung cancer patient following curative-intent therapy. *Chest*, 2003;123:272-283.
2. Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med*, 1994;331:123-125.
3. 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.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline Rockville, MD. US Department of Health and Human Service, Public Health Service; 2000.
5. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax*, 2000; 55:987-999.
6. Foll LB, Cheinin MP, Rostoker G, et al. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry*, 2005;20:431-441.
7. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J*, 1986;292:344.
8. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*, 2000;321:355-358.
9. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, et al. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*, 2005;99:1303-1310.
10. Gourley SG, Forbes A, Marriner T, et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *BMJ*, 1994; 309: 842-846.
11. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M, et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci*, 2000; 9: 63-69.
12. Çan G, Öztuna F, Özlü T, et al. The evaluation of our smoking cessation clinic results. *Eur Respir J*, 2002;38:579, P3584.
13. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*, 2005;6:151-158.
14. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav*, 1985;10:395-406.
15. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med*, 2002;112:399-405.

16. Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjo A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 1996;50:625–630.
17. 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;94:269–281.
18. 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; 18:247-251.
19. 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;300:1707–1709.
20. ICRF General Practice Research Group. Randomized trial of nicotine patches in general practice: results at one year. *BMJ*, 1994;308:1476–1477.
21. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*, 1994; 271:1940-1947.
22. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*, 1997;337:1195–202.
23. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*, 1999;340:685–691.
24. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 2004;29:1067–1083.
25. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet*, 2001;357:1929–1932.
26. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *J Am Med Assoc*, 1990;264: 1546–1549.
27. Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi*, 2003 4:73-77.
28. Demir T, Tutluođlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks*, 2004;52:63-68.
29. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks*, 2004; 52:69-74.
30. Örsel O, Örsel S, Alpar S ve ark. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks*, 2005;53:354-361.