

Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri

Sibel Şahbaz¹, Oğuz Kılınc², Türkan Günay³, Emel Ceylan⁴

¹ Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁴ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZET

Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri

Çalışmanın amacı sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkilerini incelemek ve polikliniğimizin sigara bırakma oranlarının belirlemektir. 230 kişiye telefonla ulaşılarak tarafımızca hazırlanan anket uygulandı. Sigarayı bırakan 68 kişi kontrol, bırakmayan 101 kişi olgu grubu olarak tanımlandı. Olgu ve kontrol gruplarında yaş ortalaması, cinsiyet ve eğitim durumuna göre farklılık görülmedi. Sistemik ve pulmoner hastalık varlığının sigara bırakma oranına etkisi yoktu. Evli olanlarda sigara bırakma oranının 0.4 kat azaldığı saptandı. Bupropion kullanan 70 kişinin %48.6'sı, NRT (nikotin replasman tedavisi) kullanan 64 kişinin %35.9'u, kombine tedavi kullanan 18 kişinin %44.4'ü; sadece eğitim seminerine katılan 17 kişinin %17.6'ı sigara içmeyi bırakmıştı. Birinci yılın sonunda sigara içmeyen 30 (%17.8) kişi bulunmakta idi. 8'i bupropion, 18'i NRT, 2'si kombine tedavi kullanmış ve 2 kişi yalnızca eğitim seminerine katılmıştı. Tedavi kullanım süresi olgu grubunda 4.71 ± 6.43 ve kontrol grubunda 6.64 ± 3.14 hafta olup aradaki farklılık anlamlı bulundu ($p=0.027$). Olguların % 58.6'sı, kontrollerin % 86.2'si yeterli süre (≥ 4 hafta) tedavi kullanmıştı. Tedaviyi yeterli süre kullanmanın sigarayı bırakma riskini 0.2 kat azalttığı görüldü ($OR= 0.2$ $CI= 0.1-0.5$, $p=0.000$). Sigarayı bıraktıktan sonra yapılan ilk değerlendirmede sigara içmeye başlanması için geçen sürenin ortalama 2.4 ± 1.9 ay ($1-7$) olduğu bulundu. Sigara bırakma polikliniklerinde önerilen tedavilerin en az dört hafta süre ile kullanılmasının bırakma oranını arttıracığı ve farmakolojik tedavi yanında nükleer önlemesi için altıncı aydan sonra ek kontrollerin gerekli olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: sigara bırakma tedavi yöntemleri ve süreleri; cinsiyet, eğitim, medeni durum

Geliş tarihi: 21.01.2006

Kabul tarihi: 05.05.2006

ABSTRACT

The Effects of Smoking Properties and Demographic Properties on the Results of Smoking Cessation Therapy

We aimed to evaluate the effects of demographics and therapy modalities on the outcome of smoking cessation therapies in our clinic. 230 people filled a questionnaire via telephone interview. 68 persons who quit smoking were defined as controls, and 101 subjects who couldn't quit were defined as the case group. There was no significant difference between case and control groups for age, gender and education. Presence of systemic and pulmonary disease did not affect quitting. Being married decreases the risk of not quitting by 0.4 times. At 6th month, 48.6% of those using bupropion, 35.9% of those using nicotine replacement therapy (NRT), 44.4% of those using combination therapy, and 17.6% of those having undergone only education program quit. Eight of the bupropion, 18 of the NRT, 2 of the combination therapy, and 2 of the only education groups were not smoking at the end of the first year. The period of therapy was 4.71 ± 6.43 weeks in case group and 6.64 ± 3.14 weeks in control group. The difference was significant. 55.6% of the cases and 86.2% of the controls had sufficient therapy (≥ 4 weeks) periods. It's shown that sufficient duration of therapy decreases the risk of not quitting about 0.2 times ($OR 0.2$, 95% $CI 0.1-0.5$, $p=0.000$). It was determined that the mean duration of restarting smoking was 2.4 ± 1.9 months at the first attempt to stop smoking. Quitting rate can be increased by using therapies at least four weeks, and additional controls after six months are necessary to prevent recurrences.

Keywords: Cigarette quitting therapies and periods; gender, education, marriage

Received: 21.01.2006

Accepted: 05.05.2006

GİRİŞ

Dünyada 1.2 milyardan fazla insan düzenli olarak tütün ürünlerini kullanmaktadır [1]. On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde, her yıl 100 bin kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir [2]. Ülkemizde sigara içme prevalansı erkeklerde % 58 ve kadınlarda % 13'dür [3]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılında sigaraya bağlı hastalıklar yüzünden ölümlerin yılda 10 milyon dolayında olacağını hesaplamaktadır [4]. Sigara bağımlılığının artması nedeni ile kronik obstrüktif

akciğer hastalığının (KOA) 2020 yılında en sık 3. ölüm nedeni olması beklenmektedir. Ayrıca DALY indeksi (erken ölüm nedeni ile kaybedilen yıllar ve sakatlık nedeni ile kaybedilen yılların toplamı) yönünden tüm dünyada 5. neden olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde KOAH riskinin %80-90'ından sigara sorumludur. [5]. Başta KOAH olmak üzere sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi bu hastalıkların tedavi edilmesinden daha büyük öneme sahiptir. Bu amaçla sigara bırakma tedavileri ulusal sağlık programları içinde yer almalı, bu konuda daha etkin çalışmalar yapılmalı ve sigara bırakmaya etkili özelliklerin belirlenmesi gerekmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Sibel Şahbaz, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Tokat-Türkiye. Tel: +90 356 2129500/1291, e-posta: sibelsahbaz@yahoo.com

Bu çalışmada amaç; sigara içme özellikleri ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkilerini belirlemek, kullanılan tedavi yöntemlerinin bırakma oranlarına etkisini saptamak, yeniden sigara içmeye başlama nedenlerini tanımlamak ve sigara bırakma polikliniğimizin genel bırakma oranlarını belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma olgu kontrol tipinde yapılmış bir anket çalışmasıdır. Bu amaçla 31.05.02–31.06.03 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran, önce eğitim seminerine katılıp ardından poliklinikte değerlendirilen ve en az 6 ay süre ile takip edilen tüm kayıtlı hastalar değerlendirilmeye alındı. Telefon ile ulaşılabilen hastalara tarafımızca hazırlanan anket uygulandı. Adres ve telefon değişiklikleri, şehir ve yurt dışında olma, ölüm ve görüşmeyi reddetmeleri nedeni ile anket tüm gruba uygulanamadı. Anket uygulanan hastalardan önerilen bupropion ve/veya nikotin sakızı ve/veya transdermal nikotin bantını içeren nikotin replasman tedavisinden (NRT) oluşan farmakolojik tedaviyi kullananlar ile eğitim sonrası farmakolojik tedavi önerilmeden izleme alınan hastalar çalışmaya alındı. En az 6 ay süre ile sigarayı bırakanlar kontrol, bırakmayanlar ise olgu grubu olarak tanımlandı.

Ankette katılımcılara sigara bırakma polikliniğinde önerilen tedavi yöntemi, tedaviyi kullanıp kullanmadığı ve kullananlarda tedavi süresi soruldu. Sigara içme anamnezi ile ilgili olarak ilk sigara içme yaşı, günde en az bir tane bile olsa düzenli her gün sigara içmeye başlama yaşı, kaç yıl ve günde kaç adet sigara içtiği soruldu. Poliklinik başvurusundan sonra en az 6 ay süre ile sigara içmeyenler sigarayı bırakmış kabul edildi. Sigarayı bırakmış olarak değerlendirilen katılımcılara tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıkları, başladılarsa ne kadar süredir olduğu ve bunun nedenleri soruldu. Tüm hastaların ilk başvuru anında yapılan Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), anksiyete ve depresyon skorlama sonuçları verilere eklendi. Ayrıca genel demografik özellikleri ile var olan sistemik ve pulmoner hastalıkları sigara polikliniğinde var olan kayıtlardan elde edilerek verilere eklendi. NRT ve/veya bupropion tedavisi için en az 1 hafta süre ile önerilen tedaviyi kullanan kişiler tedaviyi kullanmış kabul edilirken en az dört hafta kullananlar yeterli süre tedavi almış olarak kabul edildi.

Yapılan anketler ile elde edilen veriler Windows için hazırlanan SPSS 10.0 istatistik programına yüklendi ve istatistiksel analizleri yapıldı. Olgu ve kontrol grupları arasındaki farklılıkları student t testi ile; sigara bırakmaya etkili faktörler Ki kare (χ^2) analizi ile değerlendirildi. Sigarayı bırakmaya etkili faktörlere ait risk katsayıları (OR) % 95 güvenirlilik aralığında hesaplandı.

BULGULAR

Sigarayı bırakma polikliniğinde kayıtlı 338 kişi değerlendirilmeye alındı, 230'una (%68.0) telefonla ulaşılarak hazırlanan anket uygulandı. 108 kişiye adres ve telefon değişiklikleri, şehir ve yurt dışında olma, ölüm ve görüşmeyi reddetmeleri nedeni ile anket uygulanamadı.

Anket yapılan 230 kişinin 127'si (%55) kadın ve 103'ü (%44) erkek olup yaş ortalaması 47.06 ± 12.1 [19-83] idi. Bu grubun % 65.7'si evli idi ve %81.3'ünün eğitim durumu lise ve üzeri olarak saptandı. %31.7'sinde ek sistemik hastalıklar; % 17.0'sinde ise eşlik eden pulmoner hastalıklar mevcuttu. Sistemik hastalıklardan en sık hipertansiyon ve diabetes mellitus mevcut olup; pulmoner hastalıklardan ise KOAH en sıkı (%59).

Anket yapılan 230 hastanın 212'sine farmakolojik tedavi, 18'ine ise eğitim sonrası ilaçsız takip planlandığı ve tedavi önerilen 212 kişinin 152'si önerilen farmakolojik tedaviyi kullandığı öğrenildi. Eğitim sonrası farmakolojik tedavi önerilmeden izleme alınan 1 kişi verilerindeki eksiklik nedeni ile değerlendirme dışı bırakıldı, toplam 169 kişi çalışmaya alındı. 6 ayın sonunda sigarayı bırakmayanlar olgu grubu ve bırakanlar kontrol grubu olarak tanımlandı. Sigarayı bırakmayan olguların (n=101) yaş ortalaması 45.0 ± 12.9 ve bırakan kontrollerin (n=68) ise 47.4 ± 10.8 bulundu. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı. (p= 0.208) Tablo I'de olgu ve kontrol gruplarının cinsiyetleri, eğitim durumları ve medeni durumları gösterilmiştir. Olgu ve kontrol grupları cinsiyet ve eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında arada anlamlı farklılık yoktu. Medeni duruma bakıldığında olgu grubunun % 55.4'ü evli iken kontrol grubunun %73.5'i evli idi. Kontrol grubunda evli olma durumu, olgu grubuna göre anlamlı olarak daha fazla idi. Evli olma sigara bırakmama riskini 0.4 kat azaltmakta idi.

Olgu ve kontrol grupları arasında sistemik ve pulmoner hastalık varlığı açısından yapılan anlamlı bir farklılık saptanmadı (p= 0.174 ve 0.5). Sistemik ve pulmoner hastalık varlığının sigara bırakmama sonucu üzerine etkisi bulunmadı.

Olgu ve kontrol grupları sigaraya ilk başlama yaşı, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, toplam paket-yıl, nikotin bağımlılık skoru açısından değerlendirildiğinde aralarında farklılık saptanmadı (Tablo II ve Tablo III).

Olgu ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon skorlamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Sırasıyla p=0.400 ve p=0.973). (Tablo IV)

Sigara Bırakma Polikliniği'nin 6 aylık genel bırakma oranlarına bakıldığında bupropion tedavisi kullanan 70 kişinin 34'ü (%48.6), NRT kullanan 64 kişinin 23'ü (%35.9), bupropion ve NRT'den oluşan kombine tedaviyi kullanan

Tablo I. Olgu ve kontrol grubunun genel demografik özellikleri

Demografik Özellikler	OLGU		KONTROL		p	OR	CI
	(n)	%	(n)	%			
	(101)		(68)				
Cinsiyet							
Kadın	60	59.4	37	54.4	0.6	0.8	0.4-1.5
Erkek	41	40.6	31	43.1			
Eğitim durumu							
Ortaokul ve altı	18	17.8	8	11.8	0.3	1.6	0.6-3.9
Lise ve üstü	83	82.2	60	88.2			
Medeni durum							
Evli	56	55.4	50	73.5	0.02	0.4	0.2-0.8
Evli olmayan	45	44.6	18	26.5			

18 kişinin 8'i (%44.4) sigara içmeyi bıraktığı görüldü. Eğitim sonrası farmakolojik tedavi önerilmeden izleme alınan 17 kişinin 3'ü (%17.6) sigara içmeyi bırakmıştı (Tablo V). Sigarayı bırakmış olan ve 6.ayın sonunda sigara içmeyen 68 kişinin 30'u 1. yıl sonunda hala sigara içmemekteydi ve bunların 8'i (% 26.7) bupropion, 18'i (% 60) NRT, 2'si de kombine tedavi kullanmıştı. Kalan 2 kişi eğitim sonrası farmakolojik tedavi önerilmeden izleme alınmıştı (Tablo VI). 38 olgunun ise 6. aydan sonra yapılan ilk değerlendirmelerinde tekrar sigara içmeye başladıkları (nüks) belirlendi. Bu olgularda nüks için geçen süre ortalama süre 2.4±1.9 ay [1-7] olarak bulundu. Yeniden sigara içmeye başlama nedenlerine bakıldığında stres en sık karşılaşılan durum olarak saptandı (%68.2). Bunun dışında kilo alımı, bulunulan ortam, kabızlık diğer nedenler arasında yer almakta idi.

Tedavi kullanım süreleri olgu grubunda 4.71±6.43 hafta (min-maks: 1-60) ve kontrol grubunda 6.64±3.14 hafta (min-maks: 1-16) olarak saptandı ve aradaki farklılık anlamlı bulundu (p=0.027). Olgu grubu sigara bırakma tedavisini kontrol grubuna göre daha kısa süreli kullanmıştı.

Tablo II. Olgu ve kontrol gruplarının sigara kullanım özellikleri

Sigara Kullanım Özellikleri	OLGU		KONTROL		p
	(n)	Ort ± S	n	Ort ± S	
İlk başlama yaşı	101	18.7 ± 5.2	68	17.9±3.9	0.278
Düzenli içme yaşı	100	20.0 ± 4.7	68	19.1 ± 3.8	0.220
Günlük içilen sigara sayısı	99	23.7 ±11.0	66	23.0 ± 10.0	0.635
Paket-yıl	98	30.4 ± 22.2	66	33.6±20.6	0.353
Nikotin bağımlılık skoru	100	5.2 ± 2.6	66	5.0 ± 2.5	0.696

Tablo III. Olgu ve kontrol gruplarının FNBT sonuçlarının değerlendirilmesi

FNBT (n=166)	OLGU (n=100)		KONTROL (n=66)		p
	(n)	%	(n)	%	
Çok düşük (0-2)	19	19.0	11	16.7	
Düşük (3-4)	22	22.0	20	30.3	
Orta (5)	13	13.0	7	10.6	0.774
Yüksek (6-7)	26	26.0	14	21.2	
Çok yüksek (8-10)	20	20.0	14	21.2	

Olgu grubunun % 58.6'sında, kontrol grubunun ise % 86.2'sinde tedavi süresi yeterli bulundu. Tedaviyi yeterli süre kullanmanın sigarayı bırakmama riskini 0.2 kat azalttığı görüldü (OR=0.2 CI=0.1-0.5). Tedaviyi en az 4 hafta kullanmanın bırakmama riskini anlamlı olarak azalttığı saptandı.

TARTIŞMA

Sigara bırakma üzerine etkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, ev koşulları, var olan pulmoner ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, günlük içilen sigara sayısı ve nikotin bağımlılıklarının etkisinin değerlendirildiği pek çok çalışma yayınlanmıştır [6-10]. Bu çalışmalarda sigara bırakmada yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı iyi tanımlanmış belirleyiciler olarak belirtilmiştir [7,10].

Eğitim durumunun sigara bırakma tedavilerinin üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda yüksek eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısında etkili olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda sigara bırakma oranının daha düşük olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [8,11,12]. Çalışmamızda ise olgu ve kontrol grupları arasında eğitim durumu açısından Monso ve ark.'nı çalışmasında olduğu gibi farklılık saptanmamıştır [7]. Bu durum çalışmamızdakilerin büyük oranının lise ve üstü eğitim almış olması nedeni ile olabilir.

Tablo IV. Olgu ve Kontrol Gruplarının Anksiyete ve Depresyon Skorlamaları Sonuçları

Depresyon Anksiyete Skoru (n=162)	OLGU (n= 98)		KONTROL (n=64)		p
	(n)	%	(n)	%	
Depresyon var (≥ 7)	25	59.5	17	40.5	0.881
Depresyon yok (0-6)	73	60.8	47	39.2	
Anksiyete var (≥ 10)	15	48.4	16	51.6	0.125
Anksiyete yok (0-9)	83	63.4	48	36.6	

Tablo V. Önerilen tedaviyi kullananlarda tedavi yöntemine göre sigarayı bırakma oranları

Tedavi Yöntemleri	Tedaviyi kullananlar (169)	Bırakma (68)	Bırakma (%)
Bupropion	70	34	48.6
Nikotin replasmanı	64	23	35.9
Kombine tedavi	18	8	44.4
Eğitim*	17	3	17.6
TOPLAM	169	68	40.2

*Eğitim alan bir kişi veri eksikliği nedeni ile analiz dışında bırakıldı.

Bazı çalışmalarda cinsiyet tedavi başarısını etkileyen bir belirleyici olarak tanımlanmıştır [10]. Monso ve ark.'nın çalışmasında yaş ve cinsiyet sigara bırakmaya etkili faktörler arasında yer almaktadır [7]. Çalışmamızda yaş ve cinsiyetin sigara bırakma üzerine bir etkisi saptanmamıştır.

Literatürde hem kadın hem de erkeklerde sigarayı bırakmanın yaş ile beraber arttığı raporlanmıştır [13]. Çalışmamızda olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları arasında fark görülmemiştir.

Evli olmanın sigara bırakma üzerine etkisinin değerlendirildiğinde evli olanlarda bırakma oranı % 23.3, hiç evlenmemiş olanlarda % 18.3 bulunmuştur [12]. Biz de çalışmamızda evli olmayı sigarayı bırakmama riskini azaltan bir etken olarak saptadık

Önceki çalışmalarda, sigara içicilerinin var olan pulmoner ve sistemik hastalıklarının sigara bırakma başarısını anlamlı olarak değiştirdiği belirtilmiştir [7]. Ancak bizim çalışmamızda pulmoner ve sistemik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında sigara bırakma açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Osler ve Prescott yaptığı çalışmada sigara içimine bağlı geliştiği düşünülen hastalıkların varlığı sigara bırakma üzerine etkili bulunmamıştır [8].

Bazı çalışmalarda günlük içilen sigara sayısının nikotin bağımlılığı için artan risk ile yüksek korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Daha fazla, daha uzun süreli ve daha erken yaşlardan itibaren sigara içme anlamlı olarak daha yüksek FNBT sonuçları ile ilişkili bulunmuştur [7,14]. Monso ve ark.'nın çalışmasında sigara sayısı sigara bırakmaya etkili bir faktörler olarak tanımlanmışken aksine nikotin bağımlılığını yansıttığı düşünülen günlük içilen sigara sayısının tedavi başarısı üzerine zayıf ve tutarsız etki gösterdiğini belirten çalışmalar da vardır. Günlük içilen sigara sayısı, FNBT ve paket-yıl değerinin bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar yanında yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı ve fazla sigara tüketiminin düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [10,11]. Gorecka ve ark.'nın yaptığı çalışmada düşük FNBT'i sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili saptanmıştır [6]. Ayrıca

Tablo VI. Kontrol grubunun 1. yıl sonu izlem sonuçları

Tedavi yöntemleri	Sayı	%
NRT	18	60.0
Bupropion	8	26.7
Eğitim	2	6.6
Kombine	2	6.6

kişilerin sigara içme özellikleri içinde belirtilen sigara içmeye başlama yaşı ve paket-yıl değeri de sigara bırakmada anlamlı değişkenler arasında tanımlanmıştır [9]. Çalışmamızda sigara içmeye ilk başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, paket-yıl değeri ve FNBT'nin sigara bırakma oranları üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir.

Bağımlılık derecesinin sigarayı bırakmayı etkileyen en önemli faktör olduğunu belirten çalışmaların yanısıra West ve ark.'nın yaptığı çalışmada olduğu gibi tüketilen sigara sayısının en önemli faktör olmadığı da bildirmektedir [15]. Olgu ve kontrol gruplarımız arasında FNBT ve günlük içilen sigara sayısında farklılık bulunmaması ikinci çalışmayı destekler niteliktedir

Osler ve Prescott, başarılı sigara bırakma ile ilişkili faktörler olarak, yüksek sosyal durum, önceden düşük düzeyde sigara içimi ve sigara bırakma için başlangıç motivasyonu ve ev içinde sigara içmeyen kişi olmasını tanımlamışlardır [8]. Çalışmamızda FNBT sonuçları ile belirlenen nikotin bağımlılık düzeylerine göre olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ve literatürle uyumlu bulundu [9].

Bupropion tedavisi NRT ile karşılaştırıldığında tek bir çalışmada bir yıldan daha uzun süre ile bırakma oranı daha fazla bulunmuştur [15]. Çalışmamızda NRT, bupropion ve kombine tedavi ile elde edilen bırakma sonuçları benzerdir ve arada farklılık yoktur. Sigara içmeyi bırakanların % 75'inin 1 yıl içinde sigara içmeye tekrar başlayacağı tahmin edilmektedir. Örneğin sigarayı bırakmaya çalışan 17 milyon Amerikalının ancak % 14'ü onikinci ay sonunda hala sigara içmemektedir [16].

Sigara bırakma polikliniğinde izlenen olgular tedavinin 10'uncu günü, 1,2,3,6 ve 12'inci ayında yapılan kontrollerde değerlendirilmekte idi. Altıncı ayın sonunda yapılan değerlendirmede sigarayı bırakmış olanlarda tekrar sigara içmeye başlanması için geçen süre ortalama 2.5 ay olduğundan bu dönemde hasta ile yapılacak ek bir görüşmenin gerekli olabileceğini ve olası nüksü önleyebileceğini düşünmekteyiz.

Tedavi sonrası en az 6 ay süre ile sigara içmeyen ve sigarayı bırakmış kabul edilen olguların daha sonra sigara içmeye tekrar başlamalarına yol açan nedenler değerlendirildiğinde stres en önemli faktör olarak saptandı. Bu durum bize hastaların tedavileri sırasında nikotin yoksunluğuna

bağlı ortaya çıkan semptomları kontrol edebildiğimizi ancak sıkıntılı durumlarla başedebilecekleri davranış biçimleri konusunda yeterli olamadığımızı düşündürdü. Bu nedenle sigara bırakma polikliniklerinin Psikiyatri Anabilimdalı ile ortak çalışması daha uygun olabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda sigara bırakma polikliniklerinde önerilen tedavilerin en az dört hafta süre ile kullanılmasının ve farmakolojik tedavi yanında nükslerin önlenmesi için altıncı aydan sonra yapılacak ek kontrollerin bırakma oranını arttıracaklarını düşünmekteyiz. Ayrıca sigara içmeye tekrar başlanmasında stres en önemli neden olduğundan sigara bırakma polikliniklerinin Psikiyatri Anabilimdalı ile ortak çalışması nüksleri azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Thun M, Glynn TJ. Improving the treatment of tobacco dependence: simple messages and infrastructure to deliver them are needed. *BMJ* 2000;321:311-2.
2. Metintaş M, Süerdem M. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi; Sigara Bırakma Tedavisi; Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu, 2005.
3. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence İzmir in 1993-1994: First results from İzmir cancer registry. *Eur J Cancer* 2001;37:83-92.
4. Solak ZA, Göksel T, Erdiñç E, Üstün H. Sigara ile ilişkili ciddi akciğer hastalığı olanların sigara içen yakınlarında sigara bırakma tedavisinin başarısı. *Toraks Dergisi* 2002;3:248-52.
5. Samurkaşoğlu B. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. In: Sayral S, Acıcan T; eds. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Ankara: 2003:9-21.
6. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schoeder DR. Bupropion for smoking cessation: Predictors of successful outcome. *Chest* 2001; 119:1357-64.
7. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10:165-9.
8. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioral and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control* 1998;7:262-7.
9. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123:1916-23.
10. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation : Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271:589-94.
11. Janson C, Kunzli N, de Marco R et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006;27:517-24.
12. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99:770-7.
13. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A et al. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in catolina, Spain. *Prev Med* 2001;32:218-23.
14. Niu T, Chen C, Ni J, Wang B. Nicotine dependence and its familial aggregation in chinese. *J Epidemiol* 2000;29: 248-52.
15. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guideline for health professionals: An update. *Thorax* 2000;55:987-99.
16. Daniel LJ, Jane CJ, Robin LK, Ross CB. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tobacco Control* 2001;10:267-72.