



Sigara Bırakma/Bıraktırmada En Önemli Sorun Ne?

What is the Most Important Problem in Smoking Cessation?

Nurgül BOZKURT¹, Ali İhsan BOZKURT², Ayşe ERDOĞAN³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı(emekli), Denizli, Türkiye

³Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, Pamukkale İlçe Sağlık Müdürü, Denizli, Türkiye

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Nurgül BOZKURT

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
Antalya, Türkiye

E-posta:

nurgulbozkurt@akdeniz.edu.tr

Geliş tarihi \ Received : 08.10.2019

Kabul tarihi \ Accepted : 12.11.2019

Elektronik yayın tarihi : 30.09.2020

Online published

Bu makaleye yapılacak atıf:

Cite this article as:

Bozkurt N, Bozkurt AI, Erdoğan A.
Sigara bırakma/bıraktırmada en önemli sorun ne? Akd Tıp D 2020;3:430-8.

Nurgül BOZKURT

ORCID ID: 0000-0003-4412-1106

Ali İhsan BOZKURT

ORCID ID: 0000-0002-5019-8719

Ayşe ERDOĞAN

ORCID ID: 0000-0002-8669-7448

Çalışma, 13-16 Kasım 2014 tarihinde
Bali, Endonezya'da yapılan, 19. Asya
Pasifik Respiroloji Derneği Kongresinde
(APSR 2014) sözlü bildiri olarak
sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Ülkemizde yetişkin nüfusunun önemli bir kısmı (%29,2) sigara içmekte ve tütünle mücadelede “sigara bıraktırma çalışmaları” önemli yer tutmaktadır. Bağımlıların çoğunluğu bırakmak istemesine rağmen sadece çok küçük bir kısmı başarılı olabilmektedir. Çalışmamızda sigara bırakma merkezinin (SBM) başvuru sonrası uzun dönemdeki (24 ay) bırakma başarısı ve etkili faktörler belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Retrospektif kohort çalışmadır. Devlet hastanesine bağlı SBM’ne bir yıl içinde başvuran 980 kişi çalışmaya alınmıştır. Başvurudan 24 ay sonra kişilere ulaşılarak uzun dönemli bırakma durumu araştırılmıştır. Bırakma üzerine etkili faktörler incelenmiştir.

Bulgular: Başvuranların yaş ortalaması 41,3, sigaraya başlama yaşı 16,4’dür. Ortalama sigara tüketimi 26,6 paket/yıldır. Başvuranların %3,6’sı doktor önerisiyle kliniğe başvurmuştur. Başvuru sonrası kontrole gelme oranı oldukça düşüktür (%18,5). Uzun dönemli (>24 ay) sigarayı bırakma oranı %21,5’dir. Başvuranların %25,5’i bırakmış ancak sonradan tekrar başlamıştır. Sigarayı bırakma iki grupta anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Nikotin bağımlılığı düşük olanlarda (2,2 kat) ve 50 yaş üzeri kişilerde (1,6 kat) bırakma daha fazladır (p<0,05). Hekimin branşının, uygulanan tedavi tipi ve tedaviye ücretsiz ulaşım olanağının bırakma üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.

Sonuç: Başvuranlarda uzun dönemli bırakma oranı %21,5’dir. Düşük nikotin bağımlılığı olanlarda ve elli ve üzeri yaşlarda bırakmanın yüksek olması önemlidir ve hedef grup olarak öncelik verilmelidir. Başvuranların %3,6’sının hekim önerisiyle gelmiş olması dikkat çekicidir. Kişi başına yılda ortalama 9 hekim muayenesinin yapıldığı ülkemizde hekimlerce sigara içenlerin SBM’lerine yönlendirilmesi oldukça düşük orandadır. Çalışmamızda kontrol oranı düşük ve nüks oranı oldukça yüksektir. Alınacak önlemlerle SBM’lerinde kontrol izlemleri artırılmalı, nükslerin azaltılması hedeflenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Sigara, Sigara bırakma, Başarı, Etkileyen faktörler

ABSTRACT

Objective: A significant portion (29.2%) of the adult population is addicted to smoking in our country. Smoking cessation programmes are important in the fight against smoking. Although the majority of smokers would like to quit smoking, only a small part of them are able to achieve this. In this study, the influencing factors and the long-term(24 months) success of quitting at a smoking cessation centre (SCC) was evaluated.

Material and Methods: This was a retrospective cohort study. The study population consisted of applicants to this center within one year (980 persons). The long-term (24 months after the application) success in quitting was determined. The influencing factors were investigated.

Results: The mean age of the applicants was 41.3 years and the age of starting smoking was 16.4 years. The average cigarette consumption was 26.6 packs/year. 3.6% of the applicants had applied to the SCC at a doctor's recommendation. The rate of coming for follow-up was very low (18.5%). Smoking cessation success was determined as 21.5%. Also, 25.5% of the applicants declared that they quit smoking and then restarted. Analyses demonstrated that two main factors were influential on the success. The success rate was higher in smokers aged 50+(1.6 times) and those with low nicotine

DOI: 10.17954/amj.2020.2373

dependence (2.2 times). The therapeutics used for treatment, the treatment cost and the specialization of the doctor had no significant effect on the success.

Conclusion: The long-term smoking cessation success rate was found to be 21.5%. The success rate was higher in smokers aged 50+ and those with low nicotine dependence. These target groups may be the priority. In our country, where nine physician visits are performed per person per year, the rate of referring smokers to SCCs by physicians is quite low (3.6%). It was also important that the follow-up rate of the patients was rather low. The rate of restarting after quitting was high. Increased follow-up may decrease restarting and may increase the success of smoking cessation.

Key Words: Tobacco, Success, Smoking cessation, Affecting factors

GİRİŞ

Sigara toplumdaki yüksek içicilik oranları ve neden olduğu yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada bir milyarı aşkın kişi sigara içmektedir. Dünyada her 10 erkekte üçü ve her 20 kadından biri günlük olarak sigara içmektedir. Yine dünyada 30 yaş üzeri tüm ölümlerin %12'sinden sigara sorumludur (1). Sigara bağımlılığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yaygındır. Türkiye'de 15 yaş üstü kişilerin %29,2 si tütün ürünü kullanmaktadır. OECD ülkeleri arasında Yunanistan'ın ardından 2. sırada yer almaktadır. Tütün kullanımı ülkemizde de erkeklerde (%40,1) kadınlara göre (%18,2) daha yüksektir (2,3).

“Sigara içenlerin bırakılması” mücadelede öncelikli hedeflerdendir (1,4). İçenlerde sigaranın bırakılması oluşabilecek hastalıkların önlenmesi açısından çok önemlidir. Sigara içenlerin çoğu bırakmak istemesine rağmen bırakma girişimlerinin çoğu başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. İçenlerin %60-70'i bırakmak istemekte fakat sadece %3-5'i bir yıldan fazla süreyle bırakabilmektedir (5,6).

Bu çalışmada devlet hastanesine bağlı çalışan bir sigara bırakma merkezinin uzun dönemli verileri incelenmiş ve sigara bırakma başarısı üzerine etkili olabilecek faktörler ve sorunlar araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız retrospektif kohort çalışmadır. Denizli Devlet Hastanesi SBM'de gerçekleştirilmiştir. Öncelikle gerekli yasal izinler ve etik kurul izni (PAU.02.09.2013/ 31488 sayı) alınmıştır. SBM'ne 1 yıllık dönemde (01.06.2011 ile 01.06.2012) yapılan başvurular evrenimizi oluşturmuştur. Bu tarihler arasındaki başvurulara ait veriler merkezdeki dosyalardan elde edilmiştir.

Söz konusu tarihler arasındaki 12 aylık dönemde SBM'ne başvuru yapmış tüm kişilerin dosyalarındaki verileri incelenmiştir. Kliniğe yapılan her başvuruda standart veriler toplanmaktadır. Yapılan ön değerlendirme sonucu veri tabanında majör eksikliği saptanan (174 kişi) çalışma dışı tutulmuştur. Dosyasında majör veri eksikliği olmayan 980 olgu araştırmaya alınmıştır.

Bu verilerde başvuran kişinin bazı sosyo-demografik özellikleri, sigaraya başlama yaşı, sigara tüketimi, sigarayı bırakma nedenleri, SBM'ne kim tarafından yönlendirildiği, tedavi veren hekimin uzmanlık alanı (göğüs hastalıkları veya psikiyatri uzmanları), kişinin daha önce sigarayı bırakma girişimi olup olmadığı ve sayısı, yaşanan evde bir başkasının sigara içmesi, kronik hastalık varlığı, verilen tedavi, yapılan izlemler, sigara içme ile ilgili davranışları ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yer almaktadır (7).

Kişinin sigara içme durumu ise; telefonla aranarak (başvurusundan 24 ay sonra) kişinin kendisinden elde edilmiştir. 980 kişinin 656'sına (%67) ulaşılarak sigarayı bırakıp bırakmadıkları öğrenilmiştir. Ulaşılamayanların önemli bölümü telefon numarası değişmiş kişiler oluşturmaktadır.

Çalışmada öncelikle kliniğin uzun dönemli (24 ay) bırakma başarısı saptanmıştır. Bunun yanı sıra “bırakma başarısını” etkileyebileceği düşünülen faktörlerin (yaşı, cinsiyeti, bağımlılık düzeyi, evde başka sigara içen varlığı, uygulanan tedavinin tipi, “reçete edilen ilaçlara ücretsiz ulaşım olanağı”, tedaviyi veren hekimin branşı vb.) bırakma üzerine etkisi çoklu analizle araştırılmıştır.

Veriler SPSS 15.0 istatistik programında analiz edilmiştir. Sayısal verilerin karşılaştırmasında ki-kare, ölçümsel verilerin karşılaştırmasında t-testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Bırakma başarısını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubumuzun (n=980 kişi) bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Bırakma için başvuranların büyük çoğunluğu (%70,4) erkeklerdir. Başvuranlar daha çok “30-39” yaş grubundadır. Yaş ortalamaları 41,3 dür (Tablo I). Başvuranların %78,1'i evlidir. Eğitim açısından değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de ilkökul mezunları ilk sırayı almaktadır (p>0,05).

Sigara tüketimi ile ilgili veriler incelendiğinde; erkeklerde daha uzun süreli ve daha yoğun içicilik göze çarpmaktadır. Erkeklerde 29,1 paket/yıl, kadınlarda ise 21,1 paket/yıl toplam sigara tüketimi saptanmıştır (p<0,001), (Tablo I). Sigaraya başlama yaşı erkeklerde 15,7 kadınlarda 18,2'dir (p<0,001). Günlük sigara tüketimi erkeklerde 25,1 adet,

kadınlarda 21,6 adettir ($p<0,001$). Sigara dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımı da (alkol, uyuşturucu vb.) sorgulanmış ve erkeklerde %11,3 ve kadınlara %1,8 oranında alkol kullanımı saptanmıştır ($p<0,001$).

Kişilerin sigara bırakma merkezine başvurma nedeni sorgulanmıştır. Başvuranların %94'ü kendi isteği ile geldiğini belirtmişken; sadece %3,6'sı "bir doktorun önerisi" ile geldiğini belirtmiştir. Bu düşük oran oldukça dikkat çekicidir.

Başvuranlarda "Sigarayı bırakmayı neden istediği" sorgulanmıştır. Her iki cinsiyette de ilk sırayı "ilerde hastalanma korkusu" almaktadır (%63). İkinci sırayı "ekonomik nedenler" (%28,9) üçüncü sırayı ise "mevcut hastalığı" (%23,4) almaktadır. "Mevcut hastalığı" ve "ekonomik nedenlerle" bırakmayı isteme kadınlarda (erkekler göre) daha yüksek oranlardadır ($p<0,05$) (Tablo II).

Başvuranların %82,4'ü daha önce bırakmayı düşündüğünü, %73,8'i ise daha önce sigara bırakma deneyimi olduğunu belirtmiştir. Geçmişte sigarayı bırakmayı deneyenlerin oranı kadın ve erkeklerde benzerdir (%75,0-%71,1) ($p>0,05$). İlk kez bırakmayı düşünenler de her iki cinsiyette de benzer orandadır (%18,6-%17,2) ($p>0,05$).

İlk başvuruda nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla FNBT uygulanmış ve ortalama puan $6,2\pm 2,3$ olarak bulunmuştur. FNBT puanları kadın ve erkeklerde benzerdir

($p>0,05$), (Tablo I). Cinsiyete göre nikotin bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi Şekil 1'de verilmiştir. Başvuranların %49,8'i yüksek nikotin bağımlılığına (≥ 7) sahiptir. Nikotin bağımlılığı açısından her iki cinsiyet benzerdir, kadınların %50,5'i, erkeklerin ise %48,0'i yüksek nikotin bağımlıdır ($p>0,05$). Kadınların %12,3'ü erkeklerin ise %16,6'sı "düşük nikotin bağımlılığına" sahiptir.

Uzun Dönemli Sigarayı Bırakma Başarısı:

Olguların %67'sine ulaşılmış ve kişilerin kendi beyanlarına göre "sigarayı bırakmışların oranı" %21,5 olarak bulunmuştur. Ulaşılan kişilerin %53'ü sigarayı hiç bırakmamış, %25,5'i ise bırakıp tekrar başlamıştır. Bırakma başarısı her iki cinsiyette birbirine çok yakın oranlardadır ($p>0,05$) (Şekil 2).

Bağımlılara Sağlık Bakanlığı'nca önerilen tedaviler uygulanmaktadır. Öncelikle tüm başvuranlara "davranış tedavisi" uygulanıp sonrasında gerekiyorsa ilaç tedavileri uygulanmaktadır. En fazla reçetelenen ilaç Bupropiyon (%49,2) ve ikinci sırada Vareniklin'dir (%30,8). Bunu %8,5 ile nikotin replasman tedavisi (NRT) takip etmektedir. Herhangi bir ilaç verilmeden sadece "Davranış Tedavisi" uygulananların oranı ise %9,5 dir (Tablo III). Bırakma başarısı en düşük NRT de (%10,7), en yüksek ise "sadece davranış tedavisi" verilen gruptadır (%25,8). Vareniklin verilen olgularda bırakanların oranı %22,8 ve Bupropion verilenlerde %22 olarak saptanmıştır. Her dört tedavi

Tablo I: Kişilerin bazı sosyo-demografik ve sigara içimi ile ilgili özellikleri.

| | Erkek | Kadın | Toplam | İst. analiz |
|-------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------------|
| Cinsiyet (%) | 70,4 | 29,6 | 100,0 | p<0,05 |
| Yaş (yıl)* | 42,1±12,8 | 39,3±10,1 | 41,3±12,2 | p<0,05 |
| Sigaraya başlama yaşı (yıl)* | 15,7±3,9 | 18,2±5,4 | 16,4 ±4,6 | p<0,001 |
| Günlük sigara tüketimi (adet)* | 25,1±11,4 | 21,6±10,5 | 24,0±11,3 | p<0,001 |
| Toplam sigara tüketimi (Paket/yıl)* | 29,1 ± 18,6 | 21,1±14,4 | 26,6±17,8 | p<0,001 |
| Geçmişte bırakmayı deneme (%) | 75,0 | 71,1 | 73,8 | p>0,05 |
| FNBT skoru* | 6,1±2,4 | 6,4±2,3 | 6,2± 2,3 | p>0,05 |
| Toplam | 689 | 291 | 980 | |

*ortalama ± standart sapma

Tablo II: Başvuranlarda "Sigarayı bırakmayı isteme nedenlerinin" dağılımı.

| | Erkek | | Kadın | | Toplam | | p |
|-----------------------------------|-------|------|-------|-------------|--------|------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| İleride hastalanma korkusu | 430 | 62,4 | 188 | 64,6 | 618 | 63,1 | 0,28 |
| Ekonomik nedenler | 187 | 27,1 | 96 | 33,0 | 283 | 28,9 | 0,04 |
| Mevcut hastalığı | 140 | 20,3 | 89 | 30,6 | 229 | 23,4 | 0,001 |
| Çevredeki insanlara verdiği zarar | 152 | 22,1 | 75 | 25,8 | 227 | 23,2 | 0,12 |

tipinin bırakırma başarıları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.17$).

İlaça ücret ödeme durumu incelendiğinde; olguların %51,1'i tedavilerini ücretsiz almış (Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmış), %48,9'u ise ilacını ücret ödeyerek alabilmiştir. Bırakma başarısı ilaca ücretsiz ulaşanlarda (%22,4) hafifçe yüksektir ancak fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

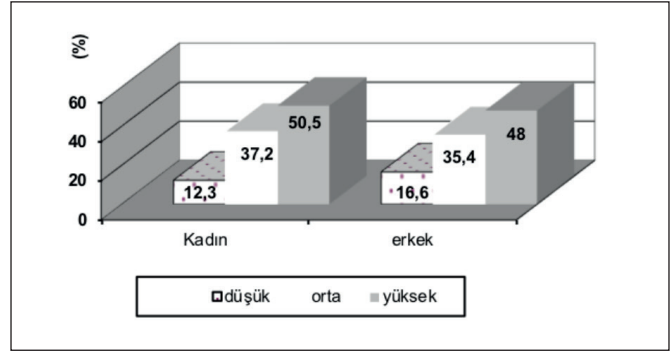
Başvuranların %67,5'si göğüs hastalıkları uzmanları, %32,5'ü psikiyatri uzmanları tarafından tedaviye alınmıştır. Sigarayı bırakma "göğüs hastalıkları uzmanlarının tedavi edilenlerde (%23,5) nispeten yüksektir ancak fark anlamlı değildir ($p>0,05$), (Tablo III).

Verilen tedaviye göre "sigarayı bırakma" ve "nüks" yüzdeleri Şekil 3'de verilmiştir. Tedavilerde nüks oranları da birbirine yakındır. NRT'de %23,2 sadece davranış tedavisinde %16,1 Vareniklin'de %27,7 ve Bupropion'da %26,3 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

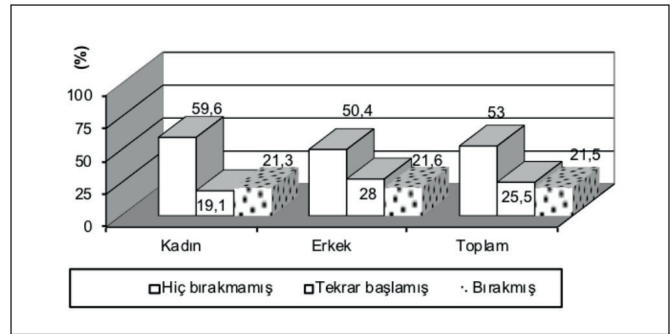
Bir başka önemli bulgu yaş grubuna göre değerlendirildiğinde ortaya çıkmıştır. Sigarayı bırakma 49 yaş altında yaklaşık %18 civarında iken, 50 yaş ve üzerinde anlamlı artış ile %33'ler düzeyine yükselmektedir ($p<0,01$), (Şekil 4).

Kişilerin nikotin bağımlılık düzeyine göre sigarayı bırakma oranları Şekil 5'de verilmiştir. Düşük bağımlılık düzeyine sahip olanlarda "bırakma başarısı" (%33,9) orta ve yüksek bağımlılara göre yaklaşık 2 kat daha yüksektir ($p<0,05$).

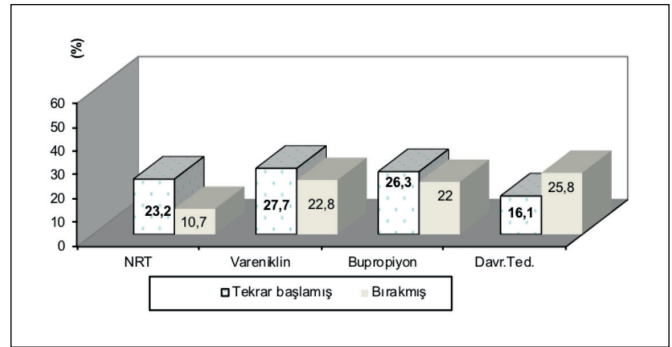
Çalışmada "sigarayı bırakma süreleri" de incelenmiştir. Sigarayı bırakmış olan 141 kişide bırakma süresi ortalama $20,4\pm 9,9$ aydır. Bırakanlar içinde bir yıl ve daha fazla süredir sigara içmeyenlerin oranı %75 olarak bulunmuştur. Bırakıp tekrar başlamış olanlara (nüks) bakıldığında; bu kişilerin ($n=163$) ortalama 4,5 ay sigarayı bırakıp sonrasında tekrar başladıkları görülmektedir.



Şekil 1: Cinsiyete Göre Nikotin Bağımlılık Düzeyi.



Şekil 2: Cinsiyete Göre Sigara Bırakma Durumu.

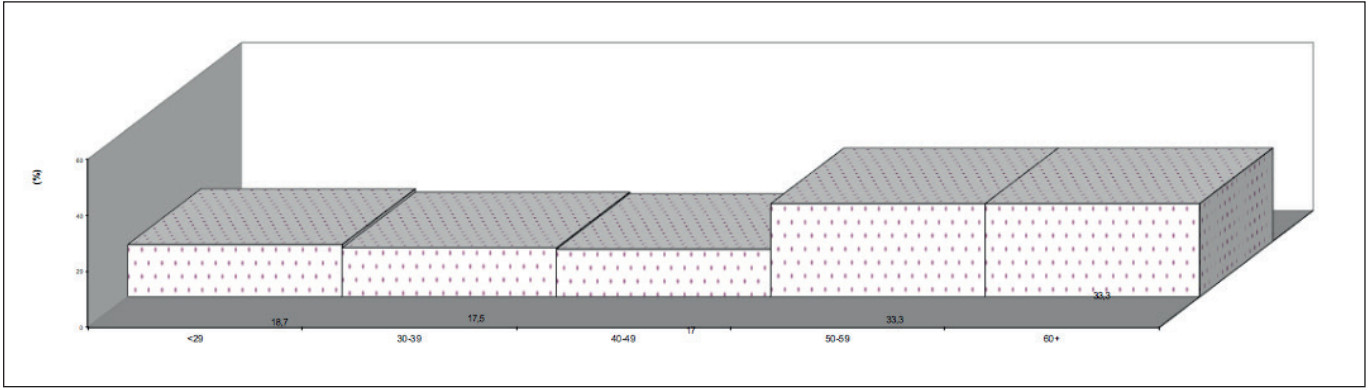


Şekil 3: Verilen Tedaviye Göre Sigarayı Bırakma ve Nüks Durumu.

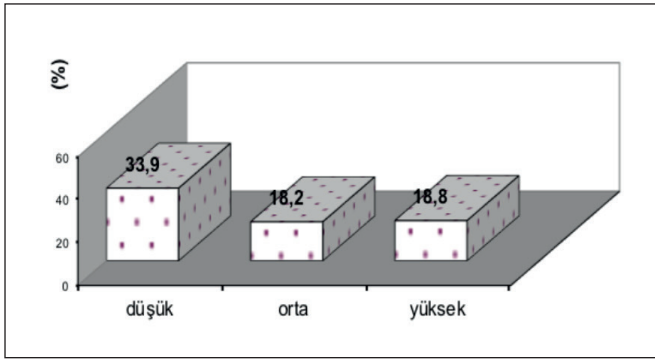
Tablo III: Bazı özelliklere göre bırakma oranları.

| | Toplam | | Bırakmış | | İstatistiksel analiz | |
|--------------------------|--------------------|--------------|------------|-------------|----------------------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| Verilen tedavi | NRT + DT | 56 | 8,5 | 6 | 10,7 | p=0,17 |
| | Vareniklin + DT | 202 | 30,8 | 46 | 22,8 | |
| | Bupropiyon+DT | 323 | 49,2 | 71 | 22,0 | |
| | Davranış Tedavisi | 62 | 9,5 | 16 | 25,8 | |
| İlaça ücret ödeme durumu | Ücretli | 321 | 48,9 | 66 | 20,6 | p=0,29 |
| | Ücretsiz | 335 | 51,1 | 75 | 22,4 | |
| Doktorun branşı | Göğüs Hast. Uzmanı | 443 | 67,5 | 104 | 23,5 | p=0,17 |
| | Psikiyatri Uzmanı | 213 | 32,5 | 37 | 17,4 | |
| Toplam | 656 | 100,0 | 141 | 21,5 | | |

DT: Davranış tedavisi



Şekil 4: Yaş gruplarına göre sigarayı bırakma oranları.



Şekil 5: Kişinin nikotin bağımlılık düzeyine göre sigarayı bırakma oranları.

Sigarayı bırakma üzerine etkili faktörleri saptayabilmek amacıyla çoklu analiz yapılmıştır. Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sigaraya başlama yaşı, verilen tedavinin tipi, tedaviye ücret ödeme durumu, tedavi eden doktorun branşı, nikotin bağımlılık düzeyi, ailede sigara içen kişi varlığı ve kişinin hastalığı olması modele alınmıştır.

Yapılan çoklu analiz sonucunda bırakma başarısı üzerine istatistiksel düzeyde etkili sadece iki faktör belirlenmiştir (Tablo IV). Birincisi kişinin bağımlılık düzeyi ikincisi kişinin yaşıdır. Yüksek nikotin bağımlılığı olanlara göre düşük bağımlılarda bırakma başarısı 2,3 kat daha fazladır ($p=0,01$). Elli yaş üzerinde sigara bırakma başarısı daha gençlere göre 1,6 kat fazladır ($p=0,02$).

Tablo IV: Lojistik Regresyon Sonucuna Göre Sigarayı Bırakma Üzerine Etkili Faktörler.

| Bağımsız Değişkenler* | Olasılık Oranı | p | %95 Güven Aralığı |
|--|----------------|-------------|-------------------|
| İlaca ulaşım ücretli (Ücretsiz göre) | 1,1 | 0,66 | 0,7-1,8 |
| Bağımlılık düzeyi (Yüksek bağıml. Göre) | | 0,01 | |
| Orta düzey bağımlılık | 1,0 | 0,85 | 0,6-1,7 |
| Düşük düzey bağımlılık | 2,2 | 0,005 | 1,3-3,9 |
| Branş (Psikiyatriler göre göğüs hst. uzm) | 1,2 | 0,45 | 0,7-2,0 |
| Cinsiyet (Kadınlarda erkeklere göre) | 1,0 | 0,87 | 0,6-1,7 |
| Tedavi tipi (NRT ye göre) | | 0,40 | |
| Variniklin | 2,1 | 0,13 | 0,8-5,7 |
| Bupropiyon | 2,0 | 0,14 | 0,8-5,3 |
| Davranış Tedavisi | 2,5 | 0,09 | 0,8-7,8 |
| Yaş (30 yaş altına göre) | | 0,02 | |
| 30-39 yaş grupta | 0,7 | 0,29 | 0,3-1,4 |
| 40-49 yaş grupta | 0,7 | 0,32 | 0,3-1,4 |
| 50-59 yaş grupta | 1,6 | 0,24 | 0,7-3,3 |
| ≥ 60 yaş grupta | 1,6 | 0,31 | 0,6-4,0 |

*Çoklu analize ailede sigara içimi, eğitim düzeyi, sigara başlama yaşı, mevcut hastalığı olma durumu alınmıştır.

Tedaviyi veren hekimin branşının, uygulanan tedavinin tipinin ve ilaçlara ücretsiz ulaşımın “bırakma başarısı” üzerine anlamlı etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$), (Tablo IV). Tedavide kullanılan ilaçlar içinde istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile NRT’de bırakma başarısı hafifçe düşük bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen önemli bir bulgu da başvuran hastalarda ilk başvuru sonrası tekrar kontrol için gelme oranıdır. Toplam başvuran 980 kişiden sadece %18,5’i tekrar kontrole gelmiş, büyük çoğunluğu kontrole gelmemiştir.

TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı verilerine göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı %22’lerden %3’e düştüğü hatta son yıllarda daha da düştüğü bildirilmiştir (8). Çalışmanın önemli bir bulgusu sigara bırakmak için başvuran kişilerin %3,6’sının hekim önerisi ile kliniğe başvurmuş olmasıdır. Yılda kişi başına ortalama 9 kez hekime müracaatın olduğu ülkemizde sigara bırakmaya gelenlerin sadece %3,6’sının doktor önerisi ile gelmesi çok düşük bir rakamdır. Branşı ne olursa olsun, hasta hangi nedenle gelirse gelsin, hekimler kendisine başvuran her hastada sigara öyküsünü sorgulamalı, sigarayı bırakması gerektiği vurgulanmalı ve bırakma için sigara bırakma programlarına yönlendirilmelidir. Hastaya sadece sigarayı bırakması önerilmesinin bile hiç önerilmesine göre etkili olduğu gösterilmiştir (9). Çalışmadaki %3,6 olan oran bu konudaki eksikliğin boyutunu açıkça görülmektedir. Bu rakam 2012 yılında yapılan Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında rapor edilen verilere göre çok düşüktür. Rapora göre sağlık kuruluşuna gidenlerin yaklaşık yarısına sağlık personeli tarafından sigara içme durumu sorulmuş ve %83’üne sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir (3). Sigara bırakmanın hekimlerin gündeminde tutulması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Hatta Sağlık Bakanlığınca hasta muayene kayıt sistemine bununla ilgili bir veri giriş alanı konulmalı ve doldurulması zorunlu tutulmalıdır.

Başvuranlara “Sigarayı bırakmayı neden istediği” sorulmuştur. “Hastalanma korkusu”(%)63 veya “mevcut bir hastalığı olma”(%)23 ilk sıraları almaktadır. Sigara bırakmayı güdülemede ilk sıralarda yer alan bu faktörler hekimlerce iyi değerlendirilmelidir. TUİK’in araştırmasında da benzer olarak son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenler gerekçe olarak en çok “sağlık sorununu” belirtmişlerdir (3). Çalışmamızda başvuru nedenleri arasında ikinci sırayı %29 ile “ekonomik nedenler” almaktadır. Ekonomik nedenlerden dolayı sigarayı bırakmayı istemenin ikinci sırayı alması da önemlidir. Sigara fiyatlarının yüksek olması da sigara ile mücadelede etkili ve geçerli bir öge olduğunu açıkça göstermektedir (4).

Başvuranların %82,4’ü daha önce bırakmayı düşündüğünü, %73,8’i ise daha önce sigara bırakma deneyimi

olduğunu belirtmiştir. Bu yüksek oranlar sigara içenlerde bırakma yönünde güçlü bir talep olduğunu göstermektedir. TUİK çalışmasında sigara içenlerin yaklaşık yarısının (%46,0) çalışmanın yapılmasından önceki 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denediği rapor edilmiştir (3). Başka çalışmalarda da yüksek bırakma isteği ve yüksek oranda bırakma girişimleri rapor edilmiştir (10,11).

Çalışmamızda ilk başvurudan 24 ay sonra ölçülen sigarayı bırakma oranı %21,5’dir. Ülkemizde SBM’de yapılan bir başka çalışmada 12 aylık bırakma oranı %13,5 olarak rapor edilmiştir (11). Yurtdışında yapılan çalışmalarda (12 aylık dönem için) bu oran %30-35 dolayında bildirilmiştir (12). Oranların farklı olmasının ilaç temini, izlem süresi, altyapı farklılığı vb. faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Verilerimiz kliniğe başvuran yaklaşık beş kişiden birinin uzun dönemde sigarayı bırakmış olduğunu göstermektedir. Başvuranların yaş ortalamasının 41 olduğu ve sigara içmeye 16 yaşında başladıkları ve yaklaşık 25 yıldır günde bir paketin üzerinde sigara içtikleri düşünülürse ne kadar risk altında bir grupta çalışıldığı aşikârdır. Böyle bir grubun 1/5’inin sigaradan kurtarmış olmak büyük bir başarıdır. Ancak geri kalan 4/5’lik grup için yeni adımlar planlanmalıdır.

Yapılan çoklu analizde “sigarayı bırakma başarısını” anlamlı düzeyde etkileyen iki faktör tespit edilmiştir. Bunlardan birisi kişinin “nikotin bağımlılığı” düzeyidir. Yüksek bağımlılara göre düşük bağımlılarda bırakma başarısı yaklaşık 2,2 kat fazladır. Bulgularımız kişinin nikotin bağımlılık düzeyinin belirlenmesinin sigara bırakmadaki önemini açıkça ortaya koymaktadır. Güney Kore’de yapılmış bir çalışmada da benzer olarak FNBT düzeyinin bırakma üzerine etkili olduğu bildirilmiştir (13).

Diğer etkili faktör kişinin yaşıdır. Elli ve üzeri yaşlarda bırakma başarısı yaklaşık 1.6 kat yüksek bulunmuştur. Brezilya’da yapılan bir çalışmada da benzer olarak elli yaş üzerinde bırakma başarısının arttığı rapor edilmiştir (12) Diğer çalışmalarda da sigara bırakma ile yaş arasında genelde doğru orantılı ilişki bildirilmiştir (14,15). Muhtemelen yaşlandıkça toplam sigara tüketiminin artması ve oluşan ek sağlık sorunları nedeniyle ileri yaşlarda bırakma isteğinin arttığını ve bırakma başarısının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyetin sigarayı bırakma üzerine etkili bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda genelde cinsiyet açısından fark olmadığı bildirilirken; bazı çalışmalarda erkeklerin, bazı çalışmalarda ise kadınların daha kolay bırakabildiği rapor edilmiştir (11,12,16-18).

Sigarayı bırakmada eğitim düzeyinin etkili olmadığı görülmüştür ve sonuçlarımız literatürle uyumludur (19,20).

“Yaşanılan evde başka sigara içen kişinin bulunmasının” sigara bırakma başarısı üzerine etkisi saptanmamıştır. Aslında evde sigara içen kişi varlığının bırakma üzerine “olumsuz yönde” etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ancak çoklu analizde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kişinin “kronik bir hastalığının olmasının” bırakmayı etkileyebileceği düşünüldükten çoklu analize alınmıştır. Kişinin “kronik hastalığı olmasının” sigara bırakma üzerine etkisi görülmemiştir. Benzer nitelikteki iki çalışmada da kişinin kronik hastalığı olmasının sigara bırakma üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (19,21). Ancak bazı çalışmalarda ise kronik hastalığı olanların sigarayı daha zor bırakabildiği bildirilmiştir (22-24).

Çalışmamızda başvuranların %73,8’inin daha önce sigarayı bırakmayı denediklerini ancak başarısızlıkla sonuçlandığını belirtmiştir. Geçmişte böyle bir başarısız deneyimin varlığının “bırakma başarısı” üzerine etkisi araştırılmış, anlamlı düzeyde bir etki saptanmamıştır. Literatürde başarısız denemelerin bir sonraki bırakma girişiminin başarısını etkileyebileceğini bildiren çalışmalar olduğu gibi, etkilemediğini raporlayan çalışmalar da vardır (23,25-27).

Uygulanılan tedavi tipinin bırakma başarısına etkisi araştırılmıştır. Sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı, bireye sigarayı bırakması konusunda danışmanlık yapmak, bireyi motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemektir. Ardından uygun farmakolojik tedavi planlanmalıdır. Günümüzde sigara bağımlılığının tedavisinde kullanılan yöntemlerin başında, etkinliği ispatlanmış farmakolojik tedaviler (Bupropion, Vareniklin ve NRT) gelmektedir (28). Çalışmamızda da davranış tedavisi tüm başvuranlarda tek başına ya da ek bir ilaçla beraber uygulanmıştır. Sadece “davranış tedavisi” uygulanan olguların %25’i sigarayı bırakmış ve nüks oranı ise %16,1’dir. Bu grupta bırakma başarısı diğer tedavilere göre hafifçe daha yüksektir ($p>0,05$). Bunun nedeni genellikle düşük nikotin bağımlılığı olan kişilerde tedavi olarak “davranış tedavisinin” tercih edilmesidir. Nitekim yapılan çoklu analizde tedaviler arasında fark bulunmaması bu görüşü teyit etmektedir. Vareniklin ve Buprobion verilenlerde yaklaşık %22 oranında bırakma başarısı vardır. NRT verilen olguların ise sigarayı bırakma oranları nispeten düşüktür (%10,7). Yapılan çalışmalarda NRT için %15-25 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (17,29,30). Bizim çalışmamızda daha düşük bulunmasının izlem süresinin uzunluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir. Yine de Vareniklin ve Buprobion verilenlerde NRT verilen olgulara göre iki kat daha yüksek bırakma başarısının elde edilmiş olması ilaç tercihinde göz önünde bulundurulmalıdır. Argüder ve ark. tarafından yapılan çalışmada verilen tedavilere göre fark olduğu belirtilmiş ve en yüksek başarı %50 ile Vareniklin kullanımında elde edilmiştir (19). Ancak izlem süresinin 3 ay olduğu dikkate alınır ve bizim çalış-

mada 24 aylık izlem sonu %22 bırakma başarısı olduğu dikkate alındığında süre uzadıkça bırakma başarısının azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ilaçlara ücretli/ücretsiz ulaşımın sigara bırakma başarısına bir etkisi saptanmamıştır, ancak ilaca ücretsiz ulaşım, başvuru sayısını artırmış ve kitleleri harekete geçirmesi açısından avantaj sağlamıştır.

Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada tedaviyi veren hekimin uzmanlık alanı da irdelenmiştir. Merkezde göğüs ve psikiyatri uzmanları görev yapmaktadır. Göğüs hastalıkları uzmanları sigaranın hedef organı olan akciğerlere yönelik uzmanlıkları nedeniyle, psikiyatristler ise bağımlılıkla mücadele ve danışmanlık yönünden eğitimleri dolayısıyla avantajlıdır. Çalışmamızda göğüs ve psikiyatri uzmanlarının takip ettiği hastalarda “bırakma başarısı” karşılaştırılmış sırasıyla %23,5 ve %17,4 bulunmuştur. Ancak bırakma başarıları arasında fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çalışmadan elde edilen diğer önemli bir bulgu; nüks oranının yüksekliğidir (%25,5). Yani her başvuran 4 kişiden biri sigarayı bırakmış ancak bir süre sonra tekrar başlamıştır. Nükslerde ortalama 4 ay bıraktıktan sonra geri içmeye başlamış olması dikkat çekicidir. Yani birçoğu bırakma sonrası en sıkıntılı dönem olan ilk ayı atlatmış kişilerdir. Ayrıca ilk başvurudan sonra kontrole gelenlerin oranının %18,5 olması da dikkat çekicidir. Yapılan çalışmalarda ziyaret sayısının artırılması ile bırakma başarısının yükseldiği, destekleyici telefon görüşmelerinin başarıyı artırdığı rapor edilmiştir (31-33). Başvuranlarda izlemlerin artırılarak kişinin motivasyonunun artırılması, nüks oranının düşürülmesi ve “sigara bırakma başarısının” yükseltilmesi hedeflenmelidir.

SONUÇ

SBM’de 24 aylık izlem sonucunda bırakma başarısı %21,5 dir. SBM’ne hekim yönlendirmesiyle başvuranların oranı oldukça düşüktür (%3,6). Yine başvuru sonrası tekrar kontrole gelme oranının oldukça düşük olması (%18,5) dikkati çekmiştir. Sigarayla mücadelede başarının artırılması için; toplumda sağlık hizmeti veren tüm hekimler bilinçlendirilmeli; sağlık hizmeti almaya gelen her bireyde ‘Sigara içimi’ sorgulanmalı, içiyorsa bırakmaya teşvik edilmeli, bırakma programına yönlendirilmelidir. Ayrıca bırakma programına alınanlarda ziyaret sayısı artırılmalı ve başvuru sonrası dönemde desteklenmeli, tek başına bırakılmamalıdır.

İncelenen faktörler içinden sadece kişinin “nikotin bağımlılık düzeyi” ve “yaşı” sigara bırakma üzerine etkili bulunmuştur. Tedavi veren hekimin branşının, uygulanan tedavi tipinin ve tedavilere ücretli ya da ücretsiz ulaşım olanağının sigarayı bırakma başarısına anlamlı düzeyde etkisi saptanmamıştır.

Teşekkür: Kliniğin göğüs hastalıkları uzmanları Ayşe Kasal, Baturalp Abduşoğlu, Berna Öztürk, Esmâ Öztürk, Ferit Özen, Nurşen Avkan, Nurtaç Karadavut ve psikiyatri uzmanları

Fatma Özdemir, Melike C. Balcı, Taner Değirmenci'ye ve birim personeli Eda Karakaya'ya teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. (https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/).
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No 1106; 2017:58.
3. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, 2014.
4. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011M-POWER. Warning about the dangers of tobacco. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf). Erişim tarihi: 05.01.2018.
5. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007; 335:37-41.
6. Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrok B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: A population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000; 18:305-11.
7. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The fagerström test for nicotine dependence: A revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86(9):1119-27.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No 1106; 2017: 160.
9. Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programs for use in general practice. A randomized clinical trial. *BMJ* 1990; 300:1707-9.
10. Simon AJ, Carmody TP, Hudes HS, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *Am J Med* 2003;114: 555-62.
11. Gücük S, Kayhan M. 2019. Hastalarımızın kontrole gelme sıklıkları ile sigara bırakma davranışları ilişkisi: Polikliniğimizin ilk bir yıllık sonuçları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2019; 41(4):371-9.
12. Prado GF, Siqueira Lombardi EM, Bussacos MA, Arrabal-Fernandes FL, Terra-Filho M, Santos UB. A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: Re-discussing the predictors of success. *Clinics* 2011; 66(1): 65-71.
13. Bhang, SY, Choi, SW, Ahn, JH, Kim K, Kim H, Park HK. Predictors of success at six-month follow-up at a public smoking cessation clinic in South Korea. *Asia-Pacific Psychiatry* 2013; 5(3):197-204.
14. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med* 2005; 99:1303-10.
15. 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.
16. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1):63-8.
17. Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation: Patient factors affecting a reward-based approach. *Patient Prefer Adherence* 2010; 4:441-50.
18. 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.
19. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013; 14:81-7.
20. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Tur Toraks Derg* 2005;6:15-8.
21. Solak ZA, Göksel T, Erdiñç E, Üstün H. Sigara ile ilişkili ciddi akciğer hastalığı olanların sigara içen yakınlarında sigara bırakma tedavisinin başarısı. *Tur Toraks Derg* 2002; 3:248-52.
22. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdiñç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54:43-50.
23. Onen ZP, Sen E, Eriş GB, Ozturk A, Akkoca OY, Acıcan T, Saryal S, Karabıyıkoglu G. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tuberku Toraks* 2010; 58:385-92.
24. Önen ZP, Şen E, Gülbay BE, Yıldız OA, Acıcan T, Saryal S, Karabıyıkoglu G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım olgularında uzun dönem sigara bırakma oranları ve iki grup arasındaki farklılıklar. *Tur Toraks Derg* 2011; 12:67-71.
25. Solak ZA, Telli CG, Erdiñç E. Sigara bırakma tedavisinin sonuçları. *Tur Toraks Derg* 2003; 4:73-77.
26. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006; 8:739-49.
27. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Gimpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self changers. *Addict Behav* 1985; 10:395-406.

28. Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Çınar N. Smoking-cessation success prediction scale: Development, validity, and reliability study. *Addicta* 2019; 6: 387-402. (Addicta 2019.6.2.0022).
29. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Boyce JH, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 14;11:CD000146
30. Foll LB, Cheinin MP, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: Evidence based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry* 2005; 20:431-41.
31. Pan W. Proactive telephone counseling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: A meta-analysis. *Health Educ Res* 2006; 21(3):416-27.
32. Peterson AV Jr, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Ludman EJ, Liu J, Bricker JB. Group-randomized trial of proactive, personalized telephone counseling 112 intervention for adolescent smoking cessation. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(20):1378-92.
33. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström OK, Gratiou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegı G, Lazzaro C, Campelli A, Dagli E, West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 2007; 29(2):390-417.