
Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri

Zeynep Pınar ÖNEN, Elif ŞEN, Banu ERİŞ GÜLBAY, Ayperi ÖZTÜRK, Öznur AKKOCA YILDIZ, Turan ACICAN, Sevgi SARYAL, Gülseren KARABIYIKOĞLU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri

Sigaranın sosyal yaşamdaki yeri son dönemde değişse de sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda eskisi kadar yaygın bir şekilde kullanılmaktadır ve sosyal baskılara ya da popüler kültüre bağlı olarak sigara içme yaşı çocukluk çağlarına kadar inmiştir. Bu denli büyük boyutlarda olan sorunun çözümü için bu güne kadar birçok tedavi seçenekleri önerilse de tek ve etkin bir yonteme henüz ulaşılammıştır. Davranış tedavisi, davranış + farmakolojik tedavi alanlarda, sigara bırakma oranlarını belirlemek ve farklı tedavilerin etkinliklerini birbirleri ile kıyaslamak. Sigara içen 371 hasta prospektif olarak çalışmaya alındı. Hastalar öncelikle iki gruba ayrıldı: Yalnızca davranış tedavisi alacak grup (I) ve davranış tedavisi + farmakolojik tedavi alacak grup (II). Gruplardaki hasta sayısı sırasıyla 88 ve 283 idi. İkinci grup da farmakolojik tedavi şekillerine göre 3'e ayrıldı: kullanılan ilaç şekli ve dozdan bağımsız olarak sadece nikotin replasman tedavisi (NRT) grubu (IIa), bupropion grubu (IIb) ve kombinasyon tedavisi grubu (IIc). Her bir alt gruba alınan hasta sayısı sırasıyla 185, 70 ve 28 idi. Hastalar bir yıl süre ile takibe alındı. Başlangıç verilerine göre gruplar ve alt gruplar arasında farklılık yoktu. Birinci yılın sonunda sigara bırakma oranları I. grupta %41 ve II. grupta %51 idi. İki grup arasında sigara bırakma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p < 0.05$). Alt grup analizlerine bakıldığında sigara bırakma oranları grup IIa, IIb ve IIc için sırasıyla; %44.8, %62.8 ve %64 idi. Bupropion NRT ile kıyaslandığında daha etkili görünüyordu ($p = 0.01$). Çalışmaya dahil edilen hastalarda eşlik eden hastalık olması, hava yolu obstrüksiyonu ve yüksek CO düzeyleri sigara bırakma başarısını azaltıyordu ($p = 0.004$, $p = 0.04$ ve $p = 0.008$). Bu çalışmanın sonuçları farmakolojik tedavinin davranış tedavisinden başarılı olduğunu ve farmakolojik uygulamalar içerisinde de bupropionun diğer tedavilere daha üstün olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan eşlik eden hastalıkların, sigara bırakma başarısını etkileyen ve halen çözülmeyi bekleyen önemli bir sorun olduğunu da desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, davranış tedavisi, bupropion, nikotin replasman tedavisi.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Zeynep Pınar ÖNEN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi Dikimevi 06100
ANKARA - TÜRKİY
e-mail: zponen@yahoo.com

SUMMARY

Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates

Zeynep Pınar ÖNEN, Elif ŞEN, Banu ERİŞ GÜLBAY, Ayperi ÖZTÜRK, Öznur AKKOCA YILDIZ, Turan ACICAN, Sevgi SARYAL, Gülseren KARABIYIKOĞLU

Department of Chest Diseases, Faculty of Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey.

The social patterns of smoking have changed significantly in the past two decades but smoking is still as prevalent in the lowest socioeconomic groups as it was widespread. For the solution of this enormous problem many kinds of treatment modalities have been proposed but there is no single successful method for quitting. To determine the smoking cessation rates with behavioural treatment, behavioural + pharmacological treatments and compare the differences between each approaches. 371 smokers were prospectively evaluated between 2004 and 2008. At the beginning subjects were classified into two groups: behavioral treatment group (I) and pharmacological + behavioural treatment group (II). Numbers of patients per group were 88 and 283 respectively. According to pharmacological therapy group II was also divided into three subgroups: nicotine replacement treatment (NRT) (regardless of the type and dosage) (IIa), bupropion (IIb) and combination treatment modalities group (IIc). Numbers of patients per subgroups were 185, 70 and 28 respectively. All of the patients were attended the one year follow up visits. According to the baseline characteristics there was no significant difference between the groups and subgroups. At the end of the first year, in group I smoking cessation rate was 41% and in group II 51% and this was not statistically significant ($p < 0.05$). In the sub group analysis the success rates for group IIa, IIb and IIc; 44.8%, 62.8% and 64% respectively and bupropion is significantly superior to the NRT ($p = 0.01$). In study subjects, smoking cessation rates were less with commorbid diseases ($p = 0.004$), baseline airway obstruction ($p = 0.04$) and high CO levels ($p = 0.008$). Results of this analysis confirm that, there is a significant difference between pharmacological treatment and behavioral treatments. Additionally, in the pharmacological approaches, bupropion seems to be superior. Besides, commorbid conditions have been a huge problem to solve.

Key Words: Smoking cessation, behavioral treatments, bupropion, nicotine replacement treatment.

Tütün bağımlılığı ülkemizde ve tüm dünyada en önemli önlenebilir morbidite ve mortalite nedenidir (1,2). Sigara bırakmanın sağladığı, sağlıkla ilişkili yararlar ise uzun yıllardır çok iyi bilinmektedir (3). Sigarayı bırakan kişilerde akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalık gelişimi engellenir (4-7). Hasta olan kişilerde ise mortalite oranları hiçbir tedaviyle elde edilemeyen oranlarda azalır (8,9).

Yine topluma dayalı çalışmalara bakıldığında, aslında tütün bağımlılarının %70 gibi bir oranda tütün ürünlerini bırakmak istedikleri ve bunun için girişimde buldukları görülür. Ancak başarı oranı %12 gibi düşük bir düzeyde kalmaktadır (10). Sigara bırakma isteğine rağmen, başarı oranının bu denli düşük olması, öncelikle plansız yapılan, tekrarlayan ve en uygun tedavi desteği uygulanama-

yan sigara girişimleri ile ilişkilendirilmektedir (11).

Diğer taraftan bu güne kadar yapılan çalışmalarda, birinci basamakta ve uzmanlaşmış kliniklerde; davranış tedavisinin (DT), nikotin replasman tedavisi (NRT) ve bupropion gibi farmakolojik tedavilerin sigara bırakma başarısına olan katkıları gösterilmiştir (12-14).

Bütün bu çelişkili ve karmaşık tablo düşünüldüğünde, kendi isteği ile sigara bırakma konusunda özelleşmiş merkezlerden yardım almak isteyen olguların, hangi yöntem ile daha başarılı tedavi edileceği henüz bilinmemektedir. Biz de bu nedenle ve özellikle eşlik eden hastalığı olan olgularda; DT, DT + NRT, DT + bupropion ve DT + NRT + bupropion tedavilerinin etkinliğini değerlendirmek, birbirleriyle kıyaslamak için bu çalışmayı planladık.

MATERYAL ve METOD

Aralık 2004 ve Ocak 2008 tarihleri arasında aktif sigara içen 371 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Olgular, ilk başvurularında anket (antropometrik parametreler, yaş, cinsiyet, tıbbi özgeçmişi, sigara hikayesi, aile öyküsü, eşlik eden hastalık, eğitim düzeyi, daha önce aldığı tedavi protokolleri, solunum sistemine ait patolojilere bağlı yıllık hastaneye yatış sıklığı), eksalasyon havasında karbonmonoksit (CO) ölçümü ve fizik muayeneden oluşan protokolle değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen olguların tamamı, Fagerstrom nikotin bağımlılık testini, hastane depresyon ölçeğini ve genel özellikleri değerlendirmeyi sağlayan anketi cevapladılar. Tam kan, biyokimya, CRP, SaO₂, EKG, solunum fonksiyon testi, postero-anterior ve lateral akciğer grafilerinden oluşan laboratuvar incelemeleri yapıldı.

En geç 15 gün sonrasına sigara bırakma günü belirlendi. Bu süre içerisinde, metabolizma hızları ve yaşsız vücut kitle indeksleri "TANİTA" adı verilen cihazla değerlendirildi. Uyulması gereken davranış modeli, beslenme, sıvı tüketimi önerileri, günlük programlarına ve sağlık koşullarına uygun aktiviteler planlandı. Karbon monoksit ölçümleri tekrar yapılan tüm hastalara kılavuzlara uygun bir şekilde; yoksunluk belirtileri ile baş etme yöntemlerinden, sorun çözme becerileri geliştirme ve nüksü önleme stratejilerinden oluşan benzer davranış tedavisi mutlaka verildi. Hastalar öncelikle iki gruba ayrıldı: yalnızca davranış tedavisi alacak grup (grup I) (medikal veya sosyal nedenlerle farmakolojik tedavi alamayan grup) ve davranış tedavisi + farmakolojik tedavi alacak grup (grup II). Farmakolojik tedavi hastaların bağımlılık düzeyleri, var olan sağlıkla ilişkili sorunları (ilaç kullanımına engel olacak kontrendikasyonları) göz önünde bulundurularak kılavuzlara uygun bir şekilde hekim tarafından belirlendi. Kombinasyon tedavisi yüksek bağımlılık düzeyi ve baş edilemeyen yoksunluk belirtileri olan olgularda reçete edildi. Gruplardaki hasta sayısı sırasıyla 88 ve 283 idi. İkinci grup ise verilecek farmakolojik tedavi şekillerine göre tekrar üç alt gruba ayrıldı: Kullanılan ilaç şekli ve dozundan bağımsız olarak sadece NRT (nikotin sakızı, trans dermal yamalar ve sakız + yamaların eş zamanlı kullanımı) alan hastalardan olu-

şan grup (grup IIa), bupropion grubu (300 mg/gün) (grup IIb) ve NRT + bupropion kombinasyon tedavisi grubu (grup IIc). Her bir alt gruba alınan hasta sayısı sırasıyla 185, 70 ve 28 idi. Tüm olgular başlangıçtaki parametrelerle en az bir yıl süre ile takibe alındı. Takipler yüz yüze veya telefonla görüşme şeklinde düzenlendi. İlk ay, ayda iki kez, daha sonra ayda bir kez olmak üzere üç ay süreyle izlenen olguların sonraki takipleri üç ayda bir olmak üzere planlandı. Ancak daha sık görüşme talebinde bulunan olgularla ek ara görüşmeler yapıldı. Sigara bırakma kişilerin kendi ifadeleri ve CO < 10 ppm düzeyi ile doğrulandı. Tekrar sigara içmeye başlayan kişiler davranış tedavisi başta olmak üzere tedavileri yönünden yeniden değerlendirildi ve nüks tedavisi için ek düzenlemeler yapıldı. Bütün hastalar, yazılı hasta onay formu verdikten sonra çalışmaya dahil edildi.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) for Windows 11.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik yöntemlerle; ortalama ve standart sapma sonuçları elde edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermekteydi bu nedenle, niceliksel karşılaştırılma için Student t testi ve parametreler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon testi kullanıldı. Alt grup analizleri yapılırken ANOVA testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılması için ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde ise tek değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli regresyon analizinde istatistik düzeyde anlamlı bulunana tüm parametreler çoklu regresyon analizinde kullanıldı. Çoklu regresyon analizi ile tedavi gruplarına göre sigara bırakma başarısı belirlendi. Yine aynı yöntemle eşlik eden hastalıkların sigara bırakma başarısı üzerine etkileri kıyaslandı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Başvuru sırasındaki verilere bakıldığında, demografik özellikler ve sigara içme alışkanlığı yönünden gruplar ve alt gruplar arasında farklılık

yoktu. Davranış tedavisi alan olguların %78'i, farmakolojik tedavi alanların ise %81'i kendi isteğiyle sigara bırakma girişiminde bulunuyorlardı ve her iki grupta başarısız sigarayı bırakma deneyimi %78 oranındaydı ($p > 0.05$). Yine iki grupta yer alan olguların yarısından fazlası yüksek öğrenim mezunuydu ($p > 0.05$). Çalışmaya dahil edilen olguların genel özellikleri Tablo 1' de özetlenmiştir.

Birinci yılın sonunda CO ölçümü ile doğrulanmış, sigara bırakma oranları I. grupta %41 ve II. grupta %51 idi. İki grup arasında sigara bırakma oranları arasında farmakolojik tedaviler lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($p < 0.05$). Benzer davranış tedavisi alan olguların sigara bırakma başarısı üzerine farmakolojik tedavilerin etkinliğine bakıldığında ise; bupropionun tek başına NRT ve bupropion + NRT kombinasyon tedavisine göre daha üstün olduğu görüldü

($p = 0.01$). Yoksunluk belirtileri yönünden değerlendirildiğinde; hiçbir tedavinin istatistiksel düzeyde anlamlılık sınırına ulaşan farklı bir etkiye sahip olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Farmakolojik tedaviler ortalama 2.8 ± 1.3 ay süreyle kullanıldı. Nikotin sakızının ortalama kullanım süresi diğer farmakolojik preparatlardan daha uzundu ancak arada istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$). Hiçbir farmakolojik tedavide hayatı tehdit eden veya tedaviyi sonlandırmayı gerektiren bir yan etki görülmedi. Alt grup analizlerinden elde edilen veriler doğrultusunda, kullanılan tedavi yöntemlerine göre sigara bırakma oranları Tablo 2 ve 3' de gösterilmiştir.

Sigarayı bırakan ancak tekrar başlayan (nüks) olgulara bakıldığında; en düşük oranların davranış tedavisi grubunda, en yüksek oranların ise NRT alan alt grupta olduğu dikkat çekmektedir ($p = 0.003$).

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen olguların başvuru sırasındaki genel özellikleri.

	Davranış tedavisi	Farmakolojik tedavi	p
Yaş (yıl)	42 ± 12	44 ± 11	> 0.05
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	52/36	163/120	> 0.05
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	17 ± 4	16.9 ± 4	> 0.05
Sigara sayısı (/gün)	20 ± 10	21 ± 10	> 0.05
Sigara (paket-yıl)	25 ± 19	27 ± 18	> 0.05
Eşlik eden hastalık (%)	%53	%54	> 0.05
Kardiyovasküler hastalık	%3.5	%13	> 0.05
KOAH	%2	%6.5	> 0.05
Astım	%2	%5	> 0.05
Depresyon	%3	%6	> 0.05
Alkol/madde bağımlılığı	8 (%9)	44 (%15)	> 0.05
Kendi isteği ile başvuran	69 (%78)	231 (%81)	> 0.05
Sigarayı bırakmayı deneyen (evet/hayır)	69/19	220/63	> 0.05
Fagerstrom nikotin bağımlılık puanı	5.5 ± 0.2	6 ± 0.1	> 0.05
CO (ppm)	19.9 ± 16	26.9 ± 21	> 0.05
FEV ₁ (%)	85 ± 18	88 ± 18	> 0.05
FVC (%)	90 ± 15	92 ± 16	> 0.05
FEV ₁ /FVC	80 ± 11	80 ± 9	> 0.05
SaO ₂ (%)	94 ± 5	95 ± 6	> 0.05

Veriler ortalama ± Standart deviasyon veya sayı (yüzde).

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, CO: Karbonmonoksit.

Tablo 2. Birinci yıl sonunda tedavilere göre sigara bırakma oranları.

Tedavi tipi	Sigara içen		Sigara içmeyen		Nüks	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Davranış tedavisi (DT)	46	52	36	41	6	7
DT + NRT	75	40.5	83	44.8	27	14.7
DT + Bupropion	20	28.7	44	62.8	6	8.5
DT + NRT + Bupropion	7	25	18	64.3	3	10.7

NRT: Nikotin replasman tedavisi.

Tablo 3. Birinci yıl sonunda NRT ve kombinasyon tedavilerine göre sigara bırakma oranları.

Tedavi tipi	Sigara içmeyen		Sigara içen		Nüks	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Nikotin sakızı	32	17	25	14	6	3
Nikotin bantları	45	24	46	25	20	11
Nikotin sakızı + bantları	5	2.5	5	2.5	1	1
Nikotin sakızı + Bupropion	13	46	6	21	2	7
Nikotin bantları + Bupropion	5	18	1	4	1	4

Yüzde değerleri alt gruplar içerisinde sigara bırakma oranlarını göstermektedir.

NRT: Nikotin replasman tedavisi.

Sigara bırakma başarısı üzerine; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, sigaraya başlama yaşı, toplam tüketilen sigara miktarı, daha önceki olumsuz sigara bırakma deneyimi, yoksunluk belirtileri ve eşlik eden madde bağımlılığı olumlu ya da olumsuz bir etkiye sahip değildi ($p > 0.05$). Sigara bırakma başarısı üzerine etkisi olan faktörler Tablo 4' de özetlenmiştir.

Takipler sırasında tütün bağımlılığı tekrarlayan olguların %12'sinde yapılan yeni tedavi düzenlemeleri ile başarılı bir sigara bıraktırma sağlandı. Tütün bağımlılığı tekrarlayan olguların hepsinin

eşlik eden bir hastalığı vardı ve bu durum sigara bırakma başarısını azaltıyordu ($p = 0.03$). Astım olgularının %73'ü, depresyonu olan olguların %66'sı, aterosklerotik kalp hastalığı olanların %59'u ve KOAH olgularının %55'i sigara içmeye devam ediyordu.

TARTIŞMA

Bu çalışmaya alınan olgular kendi isteği ile sigarayı bırakmak için başvuran kişilerden oluşuyordu. Bir yıllık sigara bırakma başarılarına etki eden tedavi yöntemlerine bakıldığında; farmakolojik tedavi ile birlikte uygulanan davranış tedavisinin, tek başına uygulanan davranış tedavisinden daha etkin olduğu görüldü. Ayrıca farmakolojik tedavilerin etkinlikleri arasında da farklılık vardı ve bupropion sigara bırakma başarısını NRT'ye göre yaklaşık iki kat kadar (1.7 kat) artırıyordu. Tüm bu sigara bırakma programlarına rağmen olguların yarısı bir yıllık takiplerin sonunda halen sigara içmeye devam ediyordu. Diğer taraftan birinci yıl sonunda sigarayı bırakmasına rağmen tekrar sigaraya başlayanların oranı ise, tedavi alt gruplarına göre %7 ile %15 arasın-

Tablo 4. Sigara bırakma yöntemlerinin başarısını etkileyen faktörler.

Tedavi başarısını etkileyen faktörler	p
Başlangıçtaki hava yolu obstrüksiyonu	0.004
Başlangıçtaki karbonmonoksit değeri	0.001
Başlangıçtaki CRP yüksekliği	0.001
Eşlik eden hastalık olması	0.002
Bupropion tedavisi almak	0.002

CRP: C-reaktif protein.

da değişiyordu. Sadece DT ile sigara bırakan olguların nüks oranlarının, farmakolojik tedavi alan gruba göre daha düşük olduğu görüldü.

Kendi isteği ile sigara bırakma girişiminde bulunan ve daha önce başarısız sigara bırakma deneyimi olan olguların oranı yüksekti ve bu oranlar literatürle benzerdi (9,10). Olgular sigara bırakma konusunda motive olsalar da, medikal tedavi desteği olmaksızın istenen sigara bırakma başarısına ulaşamıyorlardı. Bu durumun çalışma grubundaki olguların nikotin bağımlılıklarının orta ve yüksek düzeyde olması ile ilişkili olduğu düşünüldü. Ancak Fagerstrom puanı ile bir yıllık sigara bırakma başarısı ve bırakan olguların tekrar sigaraya başlaması arasında istatistiksel anlamda bir ilişki gösterilemedi.

Daha önce başarısız sigara bırakma girişiminde bulunmanın, yeni sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkilemediği görüldü. Ayrıca başarısız sigara bırakma girişimlerinin sayısı veya sigarasız geçirilen süre de başarı oranlarını düşürmüyordu. Bu durum McEven ve arkadaşlarının İngiltere’de 2626 gönüllüde yapmış olduğu çalışmanın sonuçları ile benzerdi (14). Bazı çalışmaların bulguları, bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, olumsuz deneyimlerin sigara bırakma başarısını azalttığını göstermektedir (11,15).

Çalışmaya alınan olguların hepsine kılavuzlara uygun olarak geniş kapsamlı ve benzer davranış tedavisi verildi. Ayrıca tedavinin etkinliği için hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından düzenli, bireysel ve/veya telefon danışmanlığı hizmeti verildi. Sonuçta elde edilen %41 oranındaki sigara bırakma başarısı literatürdeki çalışmaların bir kısmından daha yüksekti. Yine Cochrane veri tabanından elde edilen sonuçlara göre, grup danışmanlığının bireysel danışmanlıktan daha üstün olduğu gösterilmişti (16). Oysa bizim çalışmamızdaki olguların sonuçları grup danışmanlığı ile elde edilen başarının çok üstündeydi. Diğer taraftan, farmakolojik tedavi ile birleştirilmesi durumunda, tedavi tipinden bağımsız, istatistiksel düzeyde anlamlı olan sigara bırakma başarılarına ulaşıldığı görülmüyordu.

Ortalama üç ay süreyle DT + NRT kullanan olgularda %44.8 oranına ulaşan bir sigara bırakma başarısı elde edilmiştir. Tek başına DT alan olgu-

lara göre, NRT eklenmesi sigara bırakma başarısını %3.8 oranında artırmıştır. Meta analizlerden elde edilen sonuçlarla kıyaslandığında, bu çalışmadaki NRT başarısının diğer çalışmalardan yüksek olduğu görülür (17). Diğer taraftan, tek başına DT alan bu olgulara NRT tedavisinin katkısı halen sınırlı bir oranda kalmaktadır. Bu durum DT ile elde edilen ve zaten yüksek olan başarıların daha fazla artırılmaması ve/veya DT’nin sigara bırakma başarısı üzerindeki olumlu etkisiyle de ilişkili olabilir.

Bu çalışmada kullanılan NRT ürünleri (bant veya sakız) arasında, tedavi başarısı yönünden istatistiksel anlamda farklılık olmadığı görüldü. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermekteydi (18). Nikotin replasman tedavilerinde kullanılan ürünlerin, birisinin diğerine daha üstün olduğuna dair veri bulunmadığı için, hangi ürünün kullanılacağına bireysel olarak (bağımlılık göz önünde bulundurularak etkin dozda) karar verilmelidir. Tekrar sigara içmeye başlayan olguların değerlendirilmesinde ise DT + NRT tedavisinin en başarısız grup olduğu görülmektedir. Erken nüksler NRT tedavilerinde beklenen bir durumdur ve bu çalışmada da doğrulanmıştır (19).

Çalışmaya alınan olgularda, bupropion kullanımı ve sigara bırakma başarısı arasında doğrudan olumlu ilişki gösterilmiştir. Bu sonuçlar, bupropionun sağlıklı veya eşlik eden hastalığı olan olgularda kullanımı ile elde edilen verilerle benzer özellik göstermektedir (20-24). Tedavi başarısı yönünden, bupropion ve kombinasyon tedavileri tekli ve çoklu regresyon analizleri ile değerlendirildiğinde, istatistiksel anlamda etkisi olan tanımlayıcı bir farklılık bulunamamıştır. Bu durum kombinasyon tedavisi alan olguların, nikotin bağımlılıklarının daha yüksek ve sigara bırakma isteklerinin daha düşük olması ile ilişkili bir durum izlenimi yaratsa da istatistiksel veriler bunu desteklememiştir.

Çalışmaya alınan olguların yarısından fazlasında eşlik eden kronik bir hastalık vardı ve bu durum sigara bırakma başarısını doğrudan, tek başına ve olumsuz etkiliyordu. Aslında yaşı ilerleyen ve eşlik eden hastalığı olan olguların sigarayı bırakmak için motivasyonları yüksekti. Diğer taraftan, sigarayı bırakmak için tanımladık-

ları temel gerekçe de sağlık sorunlarıydı. Bu nedenle davranış tedavisi içerisinde destekleyici pozitif unsur olarak kullanıldı. Ancak zaten hasta olan olguların en temel beklentileri yaşam kalitelerini artırmaktı ve çelişkili bir şekilde, sigara da yaşam kalitelerinin bir parçası olarak tanımlanıyordu. Sonuç olarak eşlik eden hastalığı olan olguların, altta yatan hastalıklarından bağımsız, sigara bırakma başarıları azalıyordu. Bu durum 2006 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde hastalıklardan koruma ve kontrol merkezi (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) tarafından yapılan geniş kapsamlı bir çalışmanın sonuçları ile benzerdi; sigara ile ilişkili kronik hastalığı olan olguların, sigara içmeye devam etme oranları (%36.9), kronik hastalığı olmayan gruba göre (%19.3) daha yüksek raporlanmıştı (9).

Çalışmaya dahil edilen olgularda, spesifik olarak hastalıkların sigara bırakma başarısı ile ilişkisine bakıldığında ise, depresyonun en önemli etken olduğu görülmektedir. Depresyon iki yönden önemliydi;

1) Hastalık öyküleri içerisinde çok sık karşılaşılan gruptu ve

2) Hastaların tanımladıkları sorun depresyon olsa da, bu buzdağının görünen kısmı olup aslında çözülmesi daha zor psikiyatrik sorunları maskeleyebiliyordu. Diğer taraftan, sigara bırakma aşamasında yoksunluk belirtileri ile depresyon semptomları birbirine karışmaktaydı. Bu nedenle hastaların nüks oranları yüksekti (%22).

Bu konuyla ilgili yapılmış daha önceki çalışmalardan elde edilen veriler de benzer özellikler göstermektedir (25-27).

Sonuç olarak, sigara içen olgular bir kez bırakmaya karar verilerse en kısa sürede davranış tedavisi ve farmakolojik tedaviden oluşan programlara alınmalıdırlar. Çünkü insan doğası değişken olup, nikotin bağımlılığı da eklenince sigara bırakmaktan vazgeçebilirler. Sigarayı kısa süreli bırakan olgular ise yeniden sigara içmeye başlayabilirler. Sigaranın zararlı etkilerini önlemek ve bağımlılıktan kurtarmak için, kendi isteği ile başvuran ve motivasyonu tam olan olgular sigara bırakmak için en iyi adaylardır. Bu noktada hekimler devreye girerek, yaşam şeklini ye-

niden yapılandırmak anlamına gelen davranış tedavisini mümkünse bireysel olarak uygulamalıdır. Ancak bu tedavinin tek başına yeterli olmayacağını bilerek, kontrendikasyon yoksa uygun farmakolojik tedaviyi veya tedavileri de programa dahil etmek sigara bırakma başarısını artırabilmektedir. Hangi tedavinin, kim için daha uygun olduğuna dair bu gün için tanımlanmış ya da fikir birliğine varılmış kanıta dayalı kılavuzlar yoktur. Bu nedenle; hasta uyumu da göz önünde bulundurularak, farmakolojik tedavilerin seçilmesi uygun olabilir. Olgular reçeteleri ile baş başa bırakılmamalı düzenli takibe alınarak, talepleri doğrultusunda ara değerlendirmelerle, davranış tedavileri desteklenebilmelidir.

KAYNAKLAR

1. WHO tobacco free initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook Geneva Switzerland: World WHO organization 2004.
2. Mathers CD, Loncar D. Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 PLoS Med 2006; 3: e442.
3. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328: 217-9.
4. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Eur Respir J 2007; 29: 390-417.
5. Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific patterns of smoking attributable-mortality in 2000. Control 2004; 13: 388-395.
6. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. Circulation 2005; 112: 489-497.
7. Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. Int J Cancer 2005; 116: 963-971.
8. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD 2009. <http://www.goldcopd.org> sitesinden ulaşılabilir (Erişim tarihi 18.03.2010).
9. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults United States, 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2007; 56: 1157-1161.
10. Office for National Statistics. Smoking-related behaviour and attitudes. 2008. www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Smoking2005.pdf.
11. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006; 332: 458-60.

12. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002; 121: 932-941.
13. Uyar M, Bayram N, Filiz A, et al. Comparison of nicotine patch and bupropion in treating tobacco dependence. *Eur Respir J* 2005; 26(Suppl 49): 388s.
14. 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; 21; 9:28.
15. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006; 8: 739-49.
16. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 2: CD001007.
17. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 3: CD000146.
18. Hajek P, West R, Foulds J, et al. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2033-8.
19. West R, Hajek P, Nilsson F, et al. Individual differences in preferences for and responses to four nicotine replacement products. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 153: 225-30.
20. Uzaslan E. Sigara bırakma yöntemleri. Ed; Özyardımcı N (editör). *Sigara ve Sağlık*. Bursa: 2002: 429-60.
21. Kılınç O. Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler. In: Aytemur ZA, Akçay Ş ve Elbek O. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. İstanbul: AVES Yayıncılık, 2010: 479-484.
22. Demir T. Farmakolojik tedavi I. In: Aytemur ZA, Akçay Ş ve Elbek O. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. İstanbul: AVES Yayıncılık, 2010: 460-6.
23. Uzaslan E. Farmakolojik tedavi II. In: Aytemur ZA, Akçay Ş ve Elbek O. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. İstanbul: AVES Yayıncılık, 2010: 467-73.
24. DeGraff AC. Pharmacologic therapy for nicotine addiction. *Chest* 2002; 122: 392-4.
25. Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 947-53.
26. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the source of major depression: a follow up study. *Lancet* 2001; 357: 1929-32.
27. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998; 17: 35-46.