
Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması

Osman ÖRSEL¹, Sibel ÖRSEL², Sibel ALPAR¹, Nazire UÇAR¹, Tuğrul ŞİPİT¹, Bahar KURT¹

¹ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

² S.B. Ankara Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara.

ÖZET

Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların özellikleri ve uygulanan tedavilerin [nikotin replasman tedavisi (NRT)/davranış eğitimi-motivasyonel destek (DE)] birinci yıl izlem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ekim 1999-Nisan 2002 tarihleri arasında başvuranlara (n= 610), rutin ve spirometrik değerlendirmeleri yapılarak Fagerstrom Testi uygulanmış, sigarayı bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş ve anket uygulanmıştır. İkinci görüşme sonunda tedaviye alınan olguların (n= 561) bir yıllık izlem sonuçları ve demografik verileri gruplar arası ki-kare, Student's t-testi ve tek yönlü ANOVA, tukey post-hoc testleriyle değerlendirilmiştir. Üçyüzyetmişbeş (%66.8) kişiye NRT ve DE, 186 (%33.2) kişiye ise yalnızca DE verilmiştir (Fagerstrom skoru < 6, NRT istemeyenler, tıbbi kontrendikasyon, ekonomik nedenler). İki grup arasında Fagerstrom bağımlılık puanı dışında yaş, cinsiyet, başlama yaşı, paket yılı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. NRT uygulananlarda bırakma oranı birinci yıl sonunda %31.5 iken, uygulanmayanlarda %24.2, tüm grupta ise %29.1'dir ($\chi^2= 3.19$, $p> 0.05$). Bırakma oranları açısından demografik özellikler, sigara içme öyküsü ve nikotin bağımlılığı açısından anlamlı fark olmadığı görüldü. Yan etkilerden cilt reaksiyonları (%7) birinci sıradaydı. Önümüzdeki yıllarda sigara içmenin medikal ve ekonomik boyutları giderek artacaktır. Sigarayı bırakma başarısında NRT kadar davranış eğitimi ve yoğun motivasyonel destek de etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme, NRT, davranış eğitimi-motivasyonel destek.

SUMMARY

The comparison of nicotine replacement therapy and behavioral education in smoking cessation: A study of naturalistic follow-up

Orsel O, Orsel S, Alpar S, Ucar N, Sipit T, Kurt B

Atatürk Chest Disease and Chest Surgery Education and Research Hospital, Ankara, Turkey.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Osman ÖRSEL, Tıp Fakültesi Caddesi Bağlar Sokak No: 17/4, Dikimevi, ANKARA - TÜRKİY

e-mail: osmanorsel@yahoo.com

In this study, we aimed to compare quitting smoking rates after behavioral education (BE) and/or nicotine replacement therapy (NRT). 610 patients applied between October 1999-April 2002 have been acknowledged and evaluated by a questionnaire including demographic variables, smoking history, smoking habits and attitudes, motivation; biochemical assay and spirometric measures were examined. One-year follow-up results and demographic variables of patients who recruited to treatment (n= 435) were analyzed by chi-square, Student-t test, one-way ANOVA and post-hoc tests. 375 (%66.8) case were given NRT and BE; only BE (Fagerstrom < 6, not want to use of NRT, medical and economic reasons) was recommended to 186 (%33.2) case. There was not difference between NRT and BE groups with regards to age, sex, packet year, smoking beginning age except Fagerstrom score. Smoking cessation rates for 1-year were %31.5 in NRT group, %24.2 in BE group, and %29.1 in whole group ($\chi^2= 3.19, p> 0.05$). Quitting rates were similar between age, sex, education, occupation, and complaint groups. Two groups were not statistically different with regards of smoking history and nicotine dependence. The most frequent side effect was skin reactions (%7). The economical and medical burden of smoking increase as time goes on. According to our results, NRT and behavioral education are both efficient in smoking cessation.

Key Words: Smoking, NRT, behavioral education.

Sigara içme birçok ülkede önlenebilir mortalite nedenleri arasında en sık karşılaşılan nedenlerden biridir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre; günümüzde 15 yaş üstü dünya nüfusunun üçte biri, yaklaşık 1 milyar 100 milyon kişi, sigara içmektedir. 1997 yılı verilerine göre; Türkiye’de yetişkin erkeklerin %51’i, kadınların ise %49’u günlük düzenli içicidir (3,4).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde “Sağlıklı İnsan 2010” projesinde sigara içme oranı %12 olarak hedeflenirken, klinisyenler bugünkü yüksek oranlara bakarak (sigara içme oranları yaklaşık %33) farklı bırakma yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğinde hemfikirdir (2). Bu konudaki epidemiyolojik veriler sigara içenlerin %70’inin sigara bırakmayı istediklerini, %46’sının ise en az bir gün süren sigara bırakma girişiminde bulduklarını göstermiştir (5,6). Sigara bırakma konusunda herhangi bir yardım almayanların yalnızca %7.5’inin beş aylık bir sürede sigarasız kalmayı başardıkları, davranışsal ya da farmakolojik bir girişimin ise başarı oranlarını arttırdığı bildirilmektedir (7).

Davranış eğitimi-motivasyonel destek (DE) en yaygın olarak kullanılan ve önerilen yöntemdir. Tek başına veya diğer tedavilerle birlikte kullanımı önerilmekle birlikte literatürde bu kullanım şekilleriyle ilgili farklı bırakma oranları yer almaktadır. Farklı nikotin yöntemleriyle birlikte davranış eğitiminin başarı oranlarının %17-35 arasında değiştiği belirtilmektedir (8). Tek başına eğitim için bir yıllık izleme sonucunda bırakma oranları ortalama olarak %25, grup tedavisi için %28, he-

kim danışmanlığı ve yönlendirme için ise %6-43 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (9).

Nikotin replasman tedavisi (NRT) ise sigara bırakanlara yardım için kullanılan stratejilerin sıklıkla başvurulan bir bileşenidir. İlk olarak kullanılan nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle bozulan emilimi, bağımlılığın sakıza geçmesi nedeniyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranasal sprey ve inhalerler kullanılmaya başlanmıştır. Sigara bırakmada NRT’lerin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az altı aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranı 1.71 kat daha yüksek olarak saptanmış, yöntemler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (nikotin sakızı 1.61, bant 2.07, sprey 2.92, inhaler 3.05). Çalışmanın diğer sonuçları ise nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını etkilemediğidir (10). Farklı nikotin sistemleri kullanan çalışmalar, %17-35 arasında başarı oranları bildirirken, nikotin bant ve plasebo yöntemlerini karşılaştıran bir çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı (sırasıyla %21 ve %14 bir yıl sonunda) bildirilmiştir (11).

Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğimizde başvuran hastaların özellikleri ile uygulanan tedavilerin (NRT + DE ve DE) birinci yıl izlem sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Ekim 1999-Nisan 2002 tarihleri arasında hastanemiz sigara bırakma polikliniğine başvuranlar

(n= 610) çalışmaya alınmıştır. Polikliniğe sigara bırakma tedavisi için veya sigarayla ilişkili hastalıklar ve/veya yakınmalar nedeniyle hastane-deki doktoru tarafından konsülte edilenler başvurmaktadır.

Birinci görüşme sırasında rutin ve spirometrik değerlendirmeleri istenerek Fagerstrom Testi uygulanmış, poliklinikte görevli olan psikologlar tarafından sigarayı bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş ve sigara içme davranışları ve tutumlarını belirlemek üzere anket uygulanmıştır. Sigara bırakma ve tedavi açısından değerlendirilmek üzere ikinci görüşme için randevu verilmiştir. İkinci görüşmede poliklinik doktoru tarafından ilk görüşmede istenilen tetkikler değerlendirilmiş, sigara bırakma konusunda DE verilmiş, hastalar NRT ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmiştir.

NRT uygulanmama nedenleri ise ekonomik nedenlerden dolayı tedavi maliyetini karşılamayanlar, Fagerstrom skoru < 6 olanlar, NRT uygulamayı istemeyenler, tıbbi kontrendikasyon olanlar, aktif psikiyatrik hastalığı olanlar, preterminal veya terminal hastalar, madde ve alkol bağımlılığı olarak belirlenmiştir. NRT uygulaması 24 saatte bir değiştirilen 17.5, 35 ve 52.5 mg nikotin içeren 10, 20, 30 cm² transdermal flasterler şeklinde dörder hafta boyunca azaltılan dozlarda uygulandı. Ancak Fagerstrom skoru 6'dan düşük olduğu halde, daha önce iki defa ve üstünde başarısız bırakma deneyimi olan 16 kişiye düşük doz ve süre NRT tedavisi uygulandı.

Üçüncü görüşme ise tedaviye başladıktan 15 gün sonra yoksunluk dönemi ve NRT grubunda yan etki değerlendirmesi için yapılmıştır. Hastalara bu süre içerisinde gerektiğinde telefonla danışabilecekleri belirtilmiştir. Görüşmelerin birincisi bireysel olarak yapılmakta ve 60 dakika sürmektedir. Diğer iki görüşmede hastalarla grup olarak ortalama 60 dakika süren bir görüşme yapılmaktadır. Görüşmeler sigara bırakma konusunda deneyimli bir klinisyen ve psikologla birlikte yapılmaktadır.

Birinci yılın sonunda başvuran ve tedaviye alınanlar telefonla aranarak; son durumları, sigarasız kalma dönemleri, NTR uygulanmışsa önerilere uyup uymadıkları, uyum sorunu varsa bırak-

ma nedenleri ve yan etki olup olmadığı konusunda görüşme yapılmıştır.

İstatistiksel Yöntem

İkinci görüşmeye gelen (n= 563) ve tedavi programına alınan (üç vizit, telefonla danışma) olgulardan 435 kişi programı tamamlamış, iki kişi eksitus olmuş, bağlantı kurulamayan 124 kişi "sigara içiyor" olarak alınmıştır. Analizler eksitus olan iki kişinin çıkarılmasıyla n= 561 üzerinden yapılmıştır.

Bir yıllık izlem sonuçları ve demografik veriler gruplar arası ki-kare, Student's t-testi ve tek yönlü ANOVA, post-hoc testleriyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Sigara bırakma polikliniğine başvuran olguların %46.7'si kadın, %53.1'i erkek, yaş ortalaması 40.42 ± 10.36, eğitim yılı ortalaması ise 10.88 ± 3.85 yıl olarak saptanmıştır. Polikliniğe başvuranlar aldıkları tedavi biçimine göre gruplanarak karşılaştırılmıştır (Tablo 1). Üçyüzyetmişbeş (%66.8) kişiye NRT ve DE, diğer gruba ekonomik ve diğer nedenlerle (Fagerstrom skoru < 6, istemeyenler, tıbbi kontrendikasyon) yalnızca DE (n= 186, %33.2) verilmiştir. Yalnızca DE alan ve NRT ile birlikte DE alan gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma oranı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Solunum veya kalp problemleri iki grupta benzerdir.

Ağır bağımlılık düzeyinin bir ölçütü olarak alınan günde 25 ve üstünde sigara içme oranı ve uyanınca ilk 30 dakikada sigara içme oranı her iki tedavi grubunda benzer bir dağılıma sahiptir (Tablo 1). Fagerstrom bağımlılık skoru ise NRT uygulananlarda daha yüksekti (t= -5.1, p< 0.001) (Tablo 2).

Tablo 2'de tedavi gruplarının sigara içme davranışları ve bağımlılık düzeyi açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmada yer alan grubun yaş ortalaması 40.4 ± 10.4, sigaraya başlama yaş ortalaması ise 18.6 ± 5.6 olarak saptanmıştır. İki tedavi grubu arasında yaş ve sigaraya başlama yaşı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sigara içme öyküsü açısından bakıldığında 21.8 ± 10.5 yıldır sigara içtikleri, günde içilen sigara sayısının ortalama 25.0 ± 11.2 olduğu, başvurmadan önce 1.3 ± 1.6 kez bırakma

Tablo 1. Demografik özellikler.

Değişkenler	NRT + DE grubu (n= 375, %66.8)		DE grubu (n= 186, %33.2)		İstatistik değerler
Cinsiyet					
Kadın	179	47.7	84	45.2	$\chi^2= 0.3, p> 0.3$
Erkek	196	52.3	102	54.8	
Medeni durum					
Evli olanlar	279	81.6	138	83.6	$\chi^2= 3.6, p> 0.3$
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	112	32.4	62	36.7	$\chi^2= 1.07, p> 0.6$
Lise	102	29.5	43	25.4	
Üniversite	132	38.2	64	37.9	
Çalışan	281	52.3	138	26.0	$\chi^2= 0.1, p> 0.7$
Solunum/kalp ile ilgili hastalığı olanlar	59	22.4	24	19.4	$\chi^2= 7.41, p> 0.5$
Ağır derecede bağımlılık gösterenler, sigara/gün > 25	127	42.1	52	35.1	$\chi^2= 3.1, p> 0.09$
İlk 30 dakikada içenler	205	54.7	113	60.8	$\chi^2= 4.73, p> 0.2$

NRT: Nikotin replasman tedavisi, DE: Davranış eğitimi-motivasyonel destek.

Tablo 2. Grupların sigara içme davranışları ve bağımlılık düzeyi açısından karşılaştırılması.

Değişkenler	NRT + DE grubu (ort ± SS)	DE grubu (ort ± SS)	İstatistik değer (t- testi, p)
Yaş	40.6 ± 10.4	40.1 ± 10.4	t= -0.4, p> 0.6
Sigara başlama yaşı	18.8 ± 5.7	18.4 ± 5.3	t= -0.7, p> 0.5
Paket yılı	23.4 ± 16.7	23.1 ± 17.8	t= -0.5, p> 0.9
Sigara/gün	25.3 ± 11.0	24.3 ± 11.5	t= -0.8, p> 0.4
Fagerstrom bağımlılık puanı	7.0 ± 1.6	6.3 ± 1.9	t= -5.1, p< 0.001
Sigara bırakma girişimi	1.3 ± 1.7	1.3 ± 1.5	t= -0.3, p> 0.8

NRT: Nikotin replasman tedavisi, DE: Davranış eğitimi-motivasyonel destek.

girişiminde buldukları saptanmıştır; her iki grup bu değişkenler açısından benzerdir.

Tablo 3'te bir yıl izlem sonunda sigarayı bırakan grubun içmeyi sürdürenlerle demografik özellikler, sigara içme davranışları ve bağımlılık düzeyi açısından karşılaştırılması yer almaktadır. NRT uygulananlarda bırakma oranı birinci yıl sonunda %31.5 iken, uygulanmayanlarda %24.2, tüm grupta ise %29.1 olarak saptandı ($\chi^2= 3.19, p= 0.08$). NRT ve DE tedavi grubunda olanlarda sigara bırakma oranları yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır.

Bırakma oranları açısından cinsiyet, eğitim, meslek ve yakınma grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Bırakan ve bırakmayan grup-

lar arasında sigara içme öyküsü ve nikotin bağımlılığı açısından anlamlı fark olmadığı görüldü.

Yan etkilerden cilt reaksiyonları (%7.2) birinci sıradaydı. Başvuranların %57.4'ünde yan etki saptanmazken, grubun %25.5'inde veri eksikliği nedeniyle değerlendirilemedi. Diğer yan etkiler her iki grupta benzerdi.

TARTIŞMA

Sigara bırakma polikliniği doğal izlem verilerinin ele alındığı çalışmamızda sigara bırakma oranı tüm grupta %29.1 olarak saptanırken, tedavi grupları arasında (DE ve NRT + DE; sırasıyla %24.2 ve %31.5) bu açıdan bir farklılık saptan-

Tablo 3. Bir yıl sonunda sigara içmeyi bırakanların özelliklerinin karşılaştırılması.

	Sigara içmeyi bırakanlar	Sigara içmeyi sürdürenler	İstatistik değer (x ² testi, t-değeri)
Tedavi biçimi; NRT + DE	118 (%31.5)	257 (%68.5)	x ² = 3.19, p< 0.08
Cinsiyet; kadın	84 (%15.0)	179 (%31.9)	x ² = 1.9, p> 0.2
Yaş	40.8 ± 11.03	40.3 ± 10.08	t= -0.5, p> 0.62
Sigara başlama yaşı	19.1 ± 5.57	18.5 ± 5.56	t= -1.01, p> 0.31
Paket yılı	22.5 ± 17.0	23.7 ± 17.1	t= 0.62, p> 0.54
Sigara/gün	24.8 ± 12.06	25.0 ± 10.8	t= 0.2, p> 0.8
Fagerstrom puanı	6.62 ± 1.76	6.9 ± 1.8	t= 1.58, p> 0.11

NRT: Nikotin replasman tedavisi, DE: Davranış eğitimi-motivasyonel destek.

Tablo 4. Tedavi sırasında görülen yan etkiler.

Değişkenler	NRT + DE grubu		DE grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lokal cilt reaksiyonları	27	7.2	0	0	27	1.4
Gerginlik, sinirlilik	8	2.1	5	2.7	13	2.3
Uykusuzluk	15	3.5	10	5.4	23	4.1
Kabızlık	5	1.3	4	2.2	9	1.6
Baş ağrısı	6	1.6	4	2.2	10	1.8
Çarpıntı	5	1.3	1	0.5	6	1.1
Yan etki bildirmeyenler	210	56.0	112	60.2	322	57.4

NRT: Nikotin replasman tedavisi, DE: Davranış eğitimi-motivasyonel destek.

mamıştır. Sigara bırakma konusunda yapılan çalışmalarda, kullanılan yöntemlere, kişinin kendi başına bırakmasına, izlem süresine ve kendi bildirim (self-report) ya da CO analizi ile sigara bırakmanın doğrulanmasına göre bildirilen başarı oranları değişmektedir (9,10,12). Kendi başına bırakıldığı durumlarda başarı oranının çok düşük olduğu, %97'sinin yeniden sigaraya içmeye başladığı belirtilmektedir (13). Değişik sigara bırakma yöntemlerinin gözden geçirilmesinde altı ay sonundaki başarı oranlarına bakıldığında, kendi başına bırakma için verilen oranlar %0-33 arasında değişmektedir. Davranış modifikasyonu için verilen eğitimle bırakmada ise oranlar %13-50 arasındadır. Nikotin sakızında %17-33, davranış tedavisiyle kombine edildiği durumlarda %23-50'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir. Hekim danışmanlığı %5-21 arasında başarıyla sonuçlanırken, bu oranın akciğer ve kalp hastaları gibi riskli gruplarda %21-69 gibi yüksek oranlara ulaştığı gözlenmektedir (9,10). Etter ve arkadaşları ise sigara bırakma çalışma-

larında, bırakmayı isteyenlerin ya da sağlık açısından risk altında olan grubun yer aldığını, bu nedenle nikotinin farmakolojik ve plasebo etkisinin yeterli olarak çalışmadığını belirtmektedirler. Bu nedenle bırakmayı istemeyen 879 kişinin yer aldığı ve altı ay izlenen grupta yaptıkları çalışmada, NRT ve plasebo gruplarında istatistiksel açıdan farklı olmayan %2-4 arasında bırakma oranları saptamışlar, nikotin yerine koyma tedavisinin sigara bırakmada etkili olmadığı sonucuna varmışlardır (14).

Nikotin transdermal bantın kullanıldığı çalışmalarda ise, tek başına doktor tarafından verilmesine ya da reçetesiz kullanımına, kullanılma süresine, birlikte danışma ve davranış eğitimi verilmesine göre başarı oranları değişmektedir (15-17). Doktor kontrolünde, destek ve danışma verilerek farmakoterapi ve davranış eğitiminin uygulandığı bir çalışmada, bir yıl sonunda sigara bırakma oranı %23.7 olarak verilmektedir (18). Hastanede en az iki gün yatarak tedavi gören hastalarda benzer bir program uygulayan bir di-

ğer çalışmada, altı ay sonunda yoğun danışma ve NRT alanlarda %35, NRT ve düşük düzeyde danışma alanlarda (10 dakika boyunca sigaranın zararları anlatılmış) ise %21 olarak başarı oranı verilmektedir (19). Hand ve arkadaşları tarafından yapılan hastane örnekleme olan bir çalışmada ise NRT + destek ve destek gruplarında bir yıl sonunda sırasıyla %15 ve %14 gibi daha düşük başarı oranları verilmektedir (19). İlan yoluyla sigara içenlere ulaşılan bir çalışmada ise altı ay sonunda reçetesiz bant için %9.2, reçeteli bant için %3.0 başarı oranı verilmiştir (13). Erken dönem kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan ve sigara içen hastalarla, göğüs hastalıkları kliniğinde nikotin sakızı ve inhaler (atrovent) tedavisi kullanılarak yapılan bir çalışmada, tedavi uyumu yüksek olanlarda %55, orta derecede olanlarda %34, beş yılın sonunda tüm grupta (tedavi alan ve almayan) %22 olarak saptanmıştır (20). Çalışmamızın göğüs hastalıkları polikliniğinde yapıldığı, ilk üç görüşmede (60 dakika, 30 dakika, 30 dakika süren grup ve bireysel görüşmeler) yoğun destek ve davranış eğitimi verildiği göz önüne alındığında, %31.5 başarı oranının diğer çalışmalardaki oranlara benzer olduğunu düşünmekteyiz. Fakat hastaların sigara içme konusundaki bildirimlerinin CO analiziyle kontrol edilmesi nedeniyle, bu oranın öz bildirime dayalı bir yükseklik mi yoksa tüm çalışmalarda en yüksek oranların bildirildiği özelleşmiş bir klinikte yapılmasından mı kaynaklandığının ayrımını yapmak mümkün olmamaktadır.

Bu alanda yapılan çalışmalardan bir bölümü, girişimlerin nikotin bağımlılığı derecesine göre oluşturulduğu “basamak tedavi” ya da kişinin özelliklerine göre oluşturulan “kişiye göre tedavi” yöntemleri olarak adlandırılmaktadır. Bu yöntemleri yüksek ve düşük risk grubu olarak adlandırılan iki sigara içen grupta karşılaştıran Smith ve arkadaşları, NRT uygulanması sonrasında basamak şeklinde bilişsel-davranışçı/beceri eğitimi, motivasyonel görüşme/destekleyici terapi ve kısa girişim terapisi uygulanan gruplar arasında uzun süreli sigara içmeme oranları açısından farklılık saptamadıklarını belirtmektedir (5). Bu çalışmadaki bir diğer önemli sonuç da “kısa bireysel danışma (5-10 dakika, 2 seans)” ve “kısa girişim terapisinin (tek seans)” toplam üç

görüşmede tamamlanması ve diğer yöntemler kadar etkili bulunmasıdır. Simon ve arkadaşlarının uyguladığı “yoğun sigara bırakma danışması”, 30-60 dakika süren bireysel görüşme ve her biri 30 dakika süren, telefonla danışma verilen toplam beş kontrol telefon görüşmesinden oluşmaktadır (2). Polikliniğimizde benzer bir program uygulanarak, psikologla birlikte 60 dakika süren bireysel görüşme, sigara bırakma öncesinde ve 15 gün sonra grup olarak uygulanan iki görüşme ve telefonla arayarak içme durumları kontrol edilmiştir. Bir yıl izlem sonunda polikliniğimizde saptanan sigara bırakma başarı oranlarında, NRT + DE ve DE grupları arasında fark saptanmamıştır, hastaya yeterli süre ayrılmasının verilen öneri ve desteğin yoğunluğu ile davranış eğitimi verilmesinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Basamak veya uygun tedavi yöntemlerini araştıran çalışmalarda yer alan bir diğer konu da nikotin bağımlılığı derecesine göre NRT dozunun ayarlanmasıdır (21,22). Çalışmamızda nikotin dozu, Fagerstrom puanına göre düzenlenerek verilmiş, ama kontrollü olarak karşılaştırılmamıştır. Nikotin bağımlılık düzeyine göre kontrollü olarak NRT uygulanmaması ya da NRT'ye rağmen sigara içmeye devam edenlerde NRT dozunun artırılması tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından araştırılmalıdır. Bu konuda yapılan bir çalışmada, NRT'ye rağmen sigara içmeye devam edenlerde NRT dozunun artırılmasının başlangıçta başarı oranlarını arttırdığını, fakat uzun dönemde sonucun değişmediği bildirilmektedir (22).

Doğal izlem olan çalışmamızda, sigara bırakma polikliniği verileri kullanıldığı için tedavi gruplarına hastalar random olarak dağıtılmamış, ama gruplar arasında demografik özellikler, sigara içme davranışları açısından farklılık saptanmamıştır. Nikotin bağımlılık düzeyi açısından Fagerstrom puanına göre NRT + DE grubu daha yüksek puan almıştır. Çalışmamızın bir eksikliği ise sigara bırakmanın sözel bildirimle saptanmış olmasıdır. Davranış eğitimi/motivasyonel destek olarak adlandırdığımız yoğun olarak uygulanan öneri ve destekleme yaklaşımının sigara bırakma oranlarının yüksekliğinde etkili olduğu birçok çalışmada vurgulanan ve saptanan bir bulgudur (2,5). Polikliniğin yoğunluğu nedeniyle uyguladığımız telefonla danışma ve hastaların

sigara içme durumunun kontrol edilmesi birçok çalışmada uygulanan ve etkili olduğu bildirilen bir yöntemdir (2,23-25).

1993 yılında yapılan bir meta-analizde, sigara bırakma konusundaki danışma tedavilerinin etkinliklerinin son 10-15 yıl içerisinde giderek arttığı belirtilmektedir (13). Fakat son zamanlarda yapılan bir meta-analizde, sigara bırakma tedavilerinin etkinliklerinin giderek azaldığı, bu durumun “beceri geliştirme” gibi sık kullanılan yöntemlere sıklıkla maruz kalmaya ya da sigara içen grubun artık “güç tedavi edilen” gruptan oluşmasına (örneğin; psikiyatrik komorbidite) bağlı olabileceği belirtilmektedir (26,27). Birçok araştırmacı, bugün sigara içenlerin bırakmayla ilgili özgül güçlükleri olduğunu, depresyon, nikotin bağımlılığı, kilo alma korkusu gibi ve mevcut tedavilerin yetersiz kaldığını belirtmektedir (26). Bupropion gibi antidepresan ilaçlarla yapılan tedavilerin sonuçları da istenen düzeyde değildir (28). Kombinasyon tedavilerle etkinlik arttırmaya çalışılmakta, fakat hangi kombinasyonun hangi hasta için uygun olduğu konusunda yeterli ölçüt bulunmamaktadır (29-32).

Sonuç olarak, bugün uygulanan sigara bırakma tedavilerindeki başarı oranları istenilen düzeyde değildir. Bunun dışında bugünkü sigara bırakma tedavileri sigarayı bırakan bireylerde uzun süreli sigara içmemeyi sağlayamamaktadır. Önümüzdeki yıllarda sigara içmenin medikal ve ekonomik boyutları giderek artacaktır. Çalışmamızın sonuçlarına göre sigarayı bırakma başarısında NRT kadar davranış eğitimi ve yoğun motivasyonel destek de etkilidir. Fakat sigaranın kullanılma oranları ve yol açtığı hastalıklar göz önüne alındığında, farklı gruplara göre sigara bırakma tedavilerinin geliştirilmesi, tedavi kombinasyonlarının etkinliğinin belirlenmesi ve yaygın olarak uygulanması gerektiği açıktır.

KAYNAKLAR

1. Hand S, Edwards S, Campell IA, Cannings A. Controlled trial of three weeks nicotine replacement treatment in hospital patients also given advice and support. *Thorax* 2002; 57: 715-8.
2. Simon AJ, Carmody TP, Hudes HS, et al. Intensive smoking cessation counselling versus minimal counselling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *Am J Med* 2003; 114: 555-62.
3. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M, et al. The Physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci* 2000; 9: 63-9.
4. Çan G. Sigara epidemiyolojisi. Özyardımcı N (editör). Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002: 49-59.
5. Smiths SS, Jorenby DE, FC Fiore, et al. Strike while iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 429-39.
6. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. US Public Health Service Support. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
7. 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: 685-91.
8. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271: 1940-7.
9. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. Özyardımcı N (editör). Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002: 429-60.
10. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343: 139-42.
11. Campell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Respir Med* 1991; 85: 155-7.
12. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: Double blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000; 321: 329-33.
13. Shiffman S, Rolf CN, Hellesbusch SJ, et al. Real-world efficacy of prescription and over the counter nicotine replacement therapy. *Addiction* 2002; 97: 505-16.
14. Etter FJ, Laszlo ERN, Zellweger JP, et al. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit: A randomized trial. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 487-95.
15. DeGraff AC. Pharmacologic therapy for nicotine addiction. *Chest* 2002; 122: 392-4.
16. Hays TJ, Croghan IT, Schroeder DR, et al. Over the counter nicotine patch therapy for smoking cessation: Results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. *Am J Public Health* 1999; 89: 1701-7.
17. Dey P, Foy R, Woodman M, et al. Should smoking cessation cost a packet? A pilot randomized controlled trial of the cost effectiveness of distributing nicotine therapy free of charge. *British J General Practice* 1999; 49: 127-8.
18. D'Angelo MES, Reid RD, Brown KS, Pipe AL. Gender differences in predictors for long term smoking cessation following physician advice and nicotine replacement therapy. *Canadian J Public Health* 2001; 92: 418-22.

19. Ussher M, West R, McEwen A, et al. Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Addiction* 2003; 98: 523-32.
20. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist SA. Effects of randomized assignment to a smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: The lung health study. *Am J Med* 1999; 106: 410-6.
21. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the european cease trial. *Eur Respir J* 1999; 13: 238-46.
22. Russell MAH, Stapleton JA, Feyerabend C, et al. Targeting heavy smokers in general practice: Randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *British Med J* 1993; 306: 1308-12.
23. Macleod ZR, Charles MA, Amaldi VC and Adams M. Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: A randomised controlled trial. *MJA* 2003; 179: 349-52.
24. Westman EC, Levin ED, Rose JE. The nicotine patch in smoking cessation: A randomized trial with telephone counseling. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1917-23.
25. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GA, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med* 2002; 347: 1087-93.
26. Hitsman B, Mahabeshwarkar A, Se graves AK, et al. Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. *J Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 547-54.
27. Keuthen NJ, Niaura RS, Borelli B, et al. Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 244-50.
28. Jamerson BD, Nides Mitchell, Jorenby DE, et al. Late-term smoking cessation despite initial failure: An evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy, and placebo. *Clinical Therapeutics* 2001; 23: 744-52.
29. Costa CL, Younes RN, Lourenço MTC. Stopping smoking, a prospective, randomized, double-blind study comparing nortriptyline to placebo. *Chest* 2002; 122: 403-8.
30. Hall S, Humfleet GL, Reus VI, et al. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 930-6.
31. Razavi D, Vandecasteele H, Primo C, et al. Maintaining abstinence from cigarette smoking: Effectiveness of group counselling and factors predicting outcome. *European J Cancer* 1999; 35: 1238-47.
32. Niaura R, Borelli B, Goldstein MG, et al. Multicenter trial of fluoxetine as an adjunct to behavioral smoking cessation treatment. *J Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70: 887-96.