



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM TARAMASININ
SİGARA BIRAKTIRMADAKİ ROLÜ**

Dr. Reşat YEŞİLOĞLU

GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ali Nihat ANNAKKAYA

DÜZCE-2008

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM TARAMASININ
SİGARA BIRAKTIRMADAKİ ROLÜ**

Dr. Reşat YEŞİLOĞLU

GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ali Nihat ANNAKKAYA

DÜZCE-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yanında çalışmaktan onur ve gurur duyduğum, özellikle hasta hekim iletişimini örnek aldığım, sabır ve hoşgörüsünü benden hiç esirgemeyen, değerli hocam Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Peri Meram Arbak'a,

Değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, özellikle zekâsına hayran olduğum, tezimin her aşamasında büyük yardım ve destek aldığım, kendisiyle çalışmaktan onur ve gurur duyduğum değerli tez hocam Sayın Doç. Dr. Ali Nihat Annakkaya'ya,

Her an, her yerde ve her koşulda bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, asistanlık eğitim sürecimde her konuda ilgisini ve yardımını esirgemeyen, sayesinde yoğun bakım yaklaşımı edindiğim, yanında çalışmaktan onur ve gurur duyduğum değerli hocam Sayın Doç. Dr. Öner Abidin Balbay'a,

Asistanlık eğitimimde 3 yıl birlikte çalışma şansına sahip olduğum ve çalışmaktan keyif duyduğum, hoşgörü ve sabrını hiç esirgemeyen Uz. Dr. Cahit Bilgin'e,

Rotasyon eğitimimde katkıları olan Dâhiliye, Radyoloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve Kardiyoloji Ana Bilim Dallarındaki tüm öğretim üyelerine,

Berber çalışmaya başladığımız ilk günden itibaren, her zaman yanımda olan, benden manevi desteğini hiç esirgemeyen, birlikte çok şey paylaştığımız, çok değerli dostum Dr.Naciye Karataş'a,

Her zaman desteğini gördüğüm, beraber olmaktan mutluluk duyduğum değerli dostlarım Dr. Ali Can Önal, Dr. İsmail Erdoğu'ya

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili Göğüs Hastalıkları asistan arkadaşlarıma, tez çalışmamda bana yardımcı olan poliklinik hemşiremiz Nevin Özer'e,

Beni yetiştiren çok sevdiğim anneme, babama ve kardeşlerime en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Reşat Yeşiloğlu

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1-2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sigara Tarihçesi ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Sigaranın İçeriği	4
2.3. Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Etkileri	5-6
2.4 Pasif Sigara İçimi	7
2.5 Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi	8
2.6 Nikotin Bağımlılığı Tedavisinde Hekimin Rolü	9-11
2.7 Sigarayı Bırakma Tedavileri	12
2.7.1. Farmakoterapi	12-14
2.7.2. Sigara Bıraktırmaya Yönelik Davranışsal Yöntemler	14-17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
3.1. Çalışma Grubu	18
3.2. Çalışmaya dahil olma kriterleri	18
3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri	18
3.4. Çalışma Düzeni	18
3.5. Tanımlamalar	19
3.6. İstatistiksel Analiz	19
4. BULGULAR	20-27
5. TARTIŞMA	28-30
6. SONUÇ	31
7. ÖZET	32-33
8. İNGİLİZCE ÖZET	34-35
9. KAYNAKLAR	36-39
10. RESİMLEMELER LİSTESİ	40
11. ÖZGEÇMİŞ	41
12.EKLER	42

SİMGE VE KISALTMALAR

CO: Karbonmonoksit

ÇSD: Çevresel sigara dumanı

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ELCAP: Early lung cancer action program

EPA: Çevresel koruma ajansı

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KHDAK: Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri

KHAK: Küçük hücreli akciğer kanseri

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

NNS: Nikotin Nazal Sprey

NRT: Nikotin replasman tedavisi

SFT: Solunum fonksiyon testi

TTS: Nikotin Transdermal Terapötik Sistem

5A: Tütün Kullanımını Bırakmak İsteyen Hastaya Yardımcı Olacak

Kısa Süreli Yöntemler

5R: Sigarayı Bırakmak İstemeyen Hastalarda Bırakma Motivasyonunu Artırma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kullanımı ile ciddi ve ölümcül pek çok hastalık arasında ilişkilerin ortaya konmasından sonra sigara kullanımının kontrolü için çalışmalar başlatılmıştır. Sigara alışkanlığını hiç edinmemek en etkili ve yararlı yöntem olmakla beraber, sigara içmekte olanların bu davranışlarından vazgeçmelerini sağlamak üzere de çaba gösterilmesi önemlidir.

Dünya genelinde 1,2 milyar insanın sigara içtiği ve bu sayının 2025 yılında 1,6 milyara yükselmesi beklenmektedir.¹ Her yıl sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle beş milyon kişinin yaşamını yitirdiği, bugünkü sigara içme oranları devam ederse, bugün hayatta olan 500 milyon kişinin sigara nedeniyle öleceği düşünülmektedir.² Ülkemizde ise yaklaşık 17 milyon kişinin sigara içtiği, sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 100.000 kişinin yaşamını yitirdiği, bu sayının 2035 yılında 240.000'e yükseleceği beklenmektedir.³

Sigara dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir araştırmaya göre 15 yaş ve üstü erkeklerin %62,8'i, kadınların %24,3'ü tüm nüfusun ise %43,6'sı sigara içmektedir.⁴ Sigara önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedenidir. Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir.⁵

Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedir. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır.⁶ Sigara içinde mevcut olan nikotinin merkezi sinir sistemi üzerine nöroregulator, biyokimyasal ve psikolojik etkileri vardır. Bu nedenle nikotin tekrar kullanımı yönünde istek oluşturur.

Günümüzde artık tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilen sigara alışkanlığının bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğeri ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki tedavi yaklaşımı da başarı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır.⁷ Hekimin hastasına bir kez bile sigarayı bırakmayı tavsiye etmesi, hastaların %5'inin sigarayı bırakmasını sağlamaktadır.⁸

Bu nedenle, klinik pratikte, uzmanlık alanı ne olursa olsun tüm sağlık görevlileri, hastalarının sigara kullanımlarını sorgulamalı ve bırakmaya teşvik etmelidirler.

Sigara içiminde; davranış alışkanlığı, fizik ve psikolojik bağımlılık rol oynamaktadır. Sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak için birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunların başlıcalarından biri olan davranış yöntemi; hasta eğitimi, bireysel yada grup terapileri, ters güdülenme ve tiksindirme, psikoterapi, transendental meditasyon, hipnoz, akupunktur, desensitizasyon ve duygusal deprivasyonu içerir. Akciğer hastalıkları tanısı testlerinin sigara içme davranışı üzerine etkisini araştıran çalışmalar sigara bırakma motivasyonunu artırdıklarını göstermişlerdir.⁹ Tarama yöntemleri sigara bırakma motivasyonu artırarak sigara bırakmada etkili olabilmektedir. Bu yöntemlerde kullanılan akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi (SFT) ve bilgisayarlı tomografide saptanan anormal bulgular sigara bırakma oranlarını artırmaktadır.¹⁰⁻¹² Hasta olmak veya hasta olma kaygısı kişide sigara bırakma motivasyonunu artırmaktadır. Bu çalışmada Düzce ilinde 30 yaş ve üzeri sigara içenlerde akciğer kanseri semptom taramasının sigara bırakmadaki rolünün araştırılması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigaranın Tarihçesi ve Epidemiyolojisi

On altıncı yüzyıla kadar Avrupa toplumlarınca bilinmeyen tütün 4000 yıllık geçmişe sahiptir. Meksika, Orta ve Güney Amerika yerlilerinin tütün çiğnedikleri saptanmıştır. Dünyada en yaygın tüketilen tütün ürünü sigaradır. Amerika'nın keşfi ile birlikte Avrupa'nın tanımaya başladığı tütün 1880 yılında tütün sarma makinesinin icadı ile birlikte kesintisiz kâğıt şeritlere dökülerek otomatik olarak biçimlendirilip sigara haline getirilmeye başlanmıştır.¹³

Dünya genelinde 1,2 milyar insanın sigara içtiği ve bu sayının 2025 yılında 1,6 milyara yükselmesi beklenmektedir.¹ Her yıl sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle beş milyon kişinin yaşamını yitirdiği, bugünkü sigara içme oranları devam ederse, bugün hayatta olan 500 milyon kişinin sigara nedeniyle öleceği düşünülmektedir.² Ülkemizde ise yaklaşık 17 milyon kişinin sigara içtiği, sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 100.000 kişinin yaşamını yitirdiği, bu sayının 2035 yılında 240.000'e yükseleceği beklenmektedir.³

Ülkemizin de yer aldığı bölge, dünya tütün tüketiminde birinci sıradadır. Kıtalar arasında %55 oranı ile Asya en yoğun sigara tüketilen bölge konumundadır. Çin, dünya sigara tüketiminde birinciliği elinde bulundurmaktadır.¹⁴ Türkiye, sigara tüketiminde Avrupa'da Yunanistan'dan sonra ikinci, dünyada ise ilk 10 ülke arasındadır. Dünyada 15 yaş üzerinde her üç eriştinden biri, ülkemizde ise yaklaşık her iki eriştinden biri sigara tüketmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sigara bağımlılığı tanımı, her gün, günde en az bir adet sigara tüketimi olarak belirtildiğinden, ülkemizde yaklaşık 20 milyon sigara bağımlısı bulunmaktadır. Ne yazık ki, sigara tüketimi ülkemizde son 20 yılda %80 oranında artmıştır.³

Sigara dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir araştırmaya göre 15 yaş ve üstü erkeklerin %62,8'i, kadınların %24,3'ü tüm nüfusun ise %43,6'sı sigara içmektedir. Bu çalışmada sigara içme ölçütü paket taşıma olarak alınmıştır. Bu nedenle sigara içme düzeyinin çalışmada ifade edilenlerden daha yüksek olduğu söylenebilir.^{4,15}

2.2. Sigaranın İçeriği

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000' den fazla madde içerir. (Tablo-1)¹⁶.

Tablo-1 Sigara dumanındaki bazı maddeler

Partikül fazı	Başlıca etki	Gazfazi	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik/ karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı Uyarıcı veya parasempatik N-kolinergik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen oksidler	İrritan. pro- inflamatuvar, sliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/ karsinojenik	Aldehidler	İrritan, pro- inflamatuvar, sliotoksik
Fenol	İrritan. Mutajenik/ karsinojenik	Hidrocyanik asid	İrritan, pro- inflamatuvar, sliotoksik
Kresol	İrritan. Mutajenik/ karsinojenik	Akrolein	İrritan, pro- inflamatuvar, sliotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/ karsinojenik	Amonyak	İrritan, pro- inflamatuvar, sliotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/ karsinojenik	Nitrosaminler	Mutajenik/ karsinojenik
Katekol	Mutajenik/ karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/ karsinojenik
Indol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik/ karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

Sigara dumanı iki faza ayrılmaktadır; partikül ve gaz fazı. Cambridgeglass-fiber filtresi kullanılarak sigara dumanının her iki fazı tanımlanmıştır. Buna göre partikül fazı, cam fiber filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran; partikül fazının nem ve nikotinden ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katran karsinojenik olan polisiklik aromatik hidrokarbonlar (non-volatil nitrozamin, aromatik aminler, benzopirin) içermektedir.¹⁷

Aktif sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana mainstream (ana duman), sigaranın yanan uçlarından gelen dumana ise sidestream (yan duman) adı verilmektedir. Ana akım dumanının %92' inde gaz, %8'sinde partikül komponenti bulunmaktadır. 1 ml' de 0,3-3,3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0,2-0,5 µm dir, yani solunabilir düzeydedir. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan dumandan, çok az bir bölümü ise ana dumandan oluşmaktadır. Yan duman, ana duman ile karşılaştırıldığında çok yüksek seviyede toksik gaz komponentleri içermektedir.¹⁸

2.3. Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara direkt ölümlerle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir (Tablo-2).

Tablo-2 Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar

Akut ülserli dişeti hastalığı	Kas zedelenmesi
Kalp spazmı (20 kez artan risk)	Boyun ağrısı
Sırt ağrısı	Nistagmus (anormal göz hastalıkları)
Bacak ve kol damarlarının tıkanması (Buerger)	Göz içi mantar hastalıkları
Oniki parmak barsağı ülseri	Osteoporoz
Katarakt (2 kat artan risk)	Osteoartrit (eklem zedelenmesi)
Katarakt (arka kapsül altı-3 kez artan risk)	Penis (ereksyon bozukluğu)
Kalınbarsak polipleri	Çevresel damar hastalığı
Crohn hastalıkları	Pnömoni
Depresyon	Sedef hastalığı (2 kat artan risk)
Şeker hastalığı (Tip 2)	Cilt kırışıklığı (2 kat artan risk)
İşitme kaybı	Mide ülseri
Grip	Tendon zedelenmesi
İmpotans (2 kat artan risk)	Tütün körlüğü
Görme siniri hastalığı (16 kez artan risk)	Diş dökülmesi
Eklem bağ zedelenmesi	Romatizma-ağır içicilerde
Maküler dejenerasyon (2 kat artan risk)	Tüberküloz
Sigara içenlerde işlev bozukluğu	
Ejekülasyon(hacim azalması)	Sperm sayısı azalması
Doğurganlık azalması (%30)	Sperm hareketi azalması
Bağışıklık sistemi bozulması	Spermin yumurta dölleme yeteneğinin azalması
Erken menopoz (ortalama 1,74 yıl önce)	Sperm şekil bozuklukları

Tablo-2(devam) Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar	
Sigara içicilerde bulguları daha ağır olan hastalıklar	
Astım	Hipertiroidi (Grave's hastalığı)
Kronik nezle	Multipl skleroz
Şeker hastalığı, görme bozukluğu	Görme siniri iltihabı
Sigara içicilerde daha ağır ve inatçı olan hastalıklar	
Nezle	Pnömoni
İltihabi barsak hastalığı	Tüberküloz
Grip	

Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir.¹⁹ Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindedir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir (Tablo-3).

Tablo-3 Sigaraya bağlı ölümcül hastalıklar

Kanserler	Kalp ve dolaşım	Diğerleri
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	Bronşit ve amfizem
Ağız ve trakea	Aort anevrizması	Pnömoni
Yemek borusu	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ve duodenum ülseri
Mesane	Damar kireçlenmesi	
Böbrek	Felç-inme	
Mide		
Pankreas		
Kan kanseri		

Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur.²⁰ Sigara içenlerde birçok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Genel olarak sigara içenlerin FEV1 değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Proteolitik ve anti- proteolitik dengesizliğe, bronş aşırı duyarlılığına yol açtığı ve inflamatuvar etkilere yol açtığı gösterilmiştir.²¹

Akciğer kanseri, dünyada en sık rastlanan kanser olup, kansere bağlı ölümlerin en başta gelen sebebidir. Her 30 saniyede bir, dünyada bir kişi akciğer kanserinden ölmektedir.²²

Akciğer kanserlerinin %80-90'ı, sigara içenlerde ortaya çıkmaktadır. Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişim riski, hiç sigara içmemişlere göre 10-65 kat artmaktadır. Pasif sigara içicilerinde ise normal popülasyona göre bu riskin %20 arttığı bilinmektedir.²³ Türkiye'deki en

büyük akciğer kanseri çalışması verilerine göre olguların %90.4'ü erkek, %9,6'sı kadındır ve %79,5'i küçük hücreli olmayan akciğer kanseri (KHDAK), %20.5'i küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'dir.²⁴ Ülkemize ait istatistiksel veriler çok sağlıklı olmamakla birlikte yılda 30000-40000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olduğu tahmin edilmektedir.²⁵ Ülkemizde yapılmış ilk popülasyona dayalı kanser kayıt çalışmasına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38.6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaştırılmış insidans hızı 61.6/100.000' dir.²⁶

2.4. Pasif Sigara İçimi

Kişinin sigara içilen yerde bulunmasından ötürü, havaya karışan çevresel sigara dumanını (ÇSD) solumasıdır. Önemli olan sigaradan tüten duman, yani yan akımdır. Aslında bilinen 4000 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha fazla miktarda bulunur.²⁷

Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan başkasının dumanından-duman altı olmaktan ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebelerdir.²⁸ ABD'de 1992 yılında çevresel koruma ajansı (EPA) ÇSD'nı Sınıf A (bilinen insan) karsinojen olarak tanımlayan bir rapor yayımlamıştır. Bu rapora göre ABD'de her yıl 3.000 yeni akciğer kanseri, içmeyen kişilerde pasif sigara maruziyetine bağlıdır. Ev içinde ÇSD'na maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir. Maternal sigaraya maruz kalan infantlarda yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski artırmaktadır. EPA raporuna göre ÇSD, ABD'de her yıl, 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000-300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığına yol açmaktadır.^{27,29}

İstemsiz sigara dumanı maruziyeti ile koroner arter hastalığı (KAH) riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma içicilerle aynı evde yaşayan içmeyenlerin riskinin %20-50 daha fazla olduğunu göstermiştir. Dahası birçok çalışmada maruziyet dozu-yanıt ilişkisi de gösterilmiştir. Amerikan Kalp Birliği 1,2 kat daha az bir risk bile olsa çevresel sigara maruziyetine bağlı olarak yılda 30.000-40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir.³⁰

2.5. Nikotin Bağımlılığı ve Değerlendirilmesi

Sigara bağımlılığı çevre ve genetik etkilerin bir arada rol oynadığı karmaşık bir davranıştır. Psikolojik etkenlerin ve alışkanlıkların da payı olmakla birlikte bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içindeki nikotindir. Nikotin tütün bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloiddir. Sigara yapmak için kullanılan tütünde %0,5-8 nikotin bulunur. Nikotin, kötüye

kullanılan önemli ilaçlar arasında, amfetamin, metilfenidat, kokain, kafein, teobromin ile birlikte psikomotor stimulanlar içinde yer alır. Nikotin çok güçlü fiziksel ve psikolojik bağımlılık ve yoksunluk sendromu oluşturur.

Nikotin beyindeki özgül nikotinic asetilkolin reseptörleri üzerinden etki eder ve nikotinin akut ödüllendirici etkisinden sorumlu olduğu düşünülen dopamin salınımını uyarır. Nikotin ve kötüye kullanım potansiyeli olan diğer ilaçların ön beyindeki nucleus accumbense uzanan dopamin salgılayan nöronların 'ödül döngüsü' etkinliğini artırdığı bilinmektedir.³¹

Presinaptik alanda asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırır. Dopamin ve norepinefrin salınımı zevk almayı sağlamakta ve iştahı azaltmakta, asetilkolin ise performans ve bellek gücünde artışa yol açmaktadır. Beta endorfinlerin salınımı ise anksiyete ve gerginlikte azalmaya yol açar. Nikotin zona kompakta, substansia nigra ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlemesini artırmaktadır. Locus coeruleustaki nikotin reseptörleri ve orta beyindeki mezolimbik dopaminerjik sistem hem uyanıklığı hem de bilişsel işlevleri (locus coeruleus) güçlendirir ve beynin haz merkezini aktive eder (mezolimbik sistem).

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan test, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir.³² Bu testin genel mantığına baktığımız zaman; kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir. Bağımlılık düzeyi yüksek olan tiryakilerin sigarayı bırakmaları da zor olabilir. Bu nedenle bu kişilerin sigarayı bırakmaları için daha fazla çaba gösterilmesi gereklidir.

DSM-IV kriterlerine göre nikotin bağımlılığı başlıca altı kriterden üç veya daha fazlası için tanımlanmaktadır.³³

1-Tolerans (sigara içilmesine karşın sersemlik, bulantı gibi yan etkilerin görülmemesi)

2-Yoksunluk;

a. Haftalar süresince günlük sigara içimi,

b. Aniden sigarayı bırakınca aşağıda belirtilenlerden en az biri:

Disfori, keyifsizlik,

Uykusuzluk,

İrritabilite, öfke kontrolünde güçlük,

Anksiyete,

Konsantrasyon güçlüğü,

Huzursuzluk,

Düşük kalp hızı,

İştah artışı veya kilo alım;

3-Nikotin kullanımını azaltma veya kesme girişiminde yinelenen başarısızlıklar

4-Sigara içimi kısıtlandığı için sosyal çevre veya iş ortamındaki etkinliklere katılımın azaltılması veya hiç kalmaması

5-Tıbbi ve psikolojik zararlarına karşın sigara içiminin sürmesi

6-İstenenden daha fazla, daha sık tüketim.

2.6. Nikotin Bağımlılığı Tedavisinde Hekimin Rolü

Sigara alışkanlığında nikotinden dolayı olan bağımlılığın yanı sıra psikolojik olarak bir davranış alışkanlığı da rol oynar. Sigara içme davranışı çoğunlukla özel bazı ortamlarda ve koşullarda olmaktadır. Tiryakilerin çoğu yemekten sonra, arkadaş toplantılarında, çay-kahve gibi içeceklerle birlikte, özellikle sigara içen arkadaşlarla olan birlikteliklerde sigara içerler. Bu özelliklerin bilinmesi, sigarayı bırakma çabaları bakımından önem taşır. Sigarayı bırakan kişilerin, kendilerine sigara çağırışını yapacak bu tür ortamlardan ve ilişkilerden uzak durmaları gerekir. Sigara alışkanlığından vazgeçmek için çeşitli yaklaşımlar ve yöntemler söz konusudur. Bazı kimseler kendi istekleri ile sigarayı bırakmayı başarırlar. Sigarayı bırakma konusunda kişinin bu yöndeki kararı çok önemli olmakla birlikte, profesyonel destek almadan kendi çabası ile sigarayı bırakmayı başaranların sayısı fazla değildir. Kendi kendine sigarayı bırakanların büyük bölümü bir müddet sonra tekrar sigara içmeye başlamaktadır. Bu nedenle, sigara bırakma konusunda profesyonel destek alınması önerilmektedir. Sigara bırakma ile ilgili önemli bir nokta, nikotin bağımlılığının bir hastalık olarak algılanması ve bu anlayış ile tedavi edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü nikotin bağımlılığını bir hastalık olarak tanımlamış ve bu durumu hastalıkların sınıflandırılması listelerinde ayrı bir kod numarası ile belirtmiştir. Nikotin bağımlılığı bir hastalık olduğuna göre tedavisinin de hekim tarafından yapılması ve tedavi yaklaşımı olarak da bilimsel olarak kanıtlanmış (evidence-based, kanıta dayalı) bir yöntemin kullanılması gereklidir.

Sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri **farmakoterapi**, diğeri ise **bilışsel-davranışçı yaklaşımlarla** motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olmasına rağmen, önerilen iki tedavinin birlikte uygulanmasıdır.⁷ Aynı zamanda tedavinin başarısı, yoğunluğu ile doğru orantılıdır. Sigaranın bırakılması sırasında kişilerin yaşadığı dört deneyim (dönem) vardır.³⁴

Bunlar: **1)** Düşünce öncesi; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi bir biçimde düşünmediği dönem, **2)** Düşünme; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğü ve planladığı dönem,

3) Hareket; kişinin sigarayı bırakmayı denediği ve bırakmaya çalıştığı dönem, 4) Bırakmış kalma; kişinin sigara içmeyi bıraktıktan sonra tekrar içmekten kaçınması ve bırakmış kalmasıdır.

Bütün bu dönemlerde hekim telkin ve desteğinin sigaranın bırakılması konusunda büyük önemi vardır. Hekim sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastasının, bırakması açısından uyararak bu konuyu ciddi olarak düşünme yönünde motive edebilir. Sigarayı bırakmaya hazır ve kararlı olan bir hastaya ise hekim sigarayı bırakma teknikleri ve programları hakkında bilgi vererek destek olabilir. Yani hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği bu konuda motivasyonu olmayan hastayı, bırakma konusunda motive etmek, bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek vermek, bırakma yöntemlerini öğretmek ve tıbbi tedavi vermektir. Hekimlerin bu konudaki desteği dört aşamada değerlendirilebilir: **Sorgulama, öneri, tedavi ve izleme.**³⁵

Sorgulama; Hekim, her klinik görüşmede hastaya sigara içip içmediğini, ne kadar içtiğini, bırakmayı düşünüp düşünmediğini, daha önceki bırakma deneyimlerini sorar ve nikotin bağımlılık derecesini belirler.

Öneri; Hekim çok net ve anlaşılır bir dille hastaya sigarayı bırakmasını önerir. Bu önerinin hastanın motivasyonunu güçlendirmesi için sigaranın zararları, kişisel risk etmenleri, sigarayı bırakmasının kendisine ve ailesine getireceği yararlar açıklanabilir. Kişilerin sigarayı bırakmasına destek olan motivasyon etmenleri farklıdır ve biri için geçerli olan neden diğeri hiç etkilemeyebilir. Kişilerin sigarayı bırakmasındaki en önemli etmenlerin kendi sağlıklarını korumak ve çocuklarına iyi örnek olmak olduğu bildirilmiştir. Ancak; sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeni ile mortalite açısından büyük risk taşımalarına karşın sigara içmeyi sürdüren kişiler vardır. Bu nedenle sigara ve sağlık ilişkisinin anlatılması birçok olguyu sigarayı bırakmayı denemesi konusunda motive etmeyebilir. Çünkü sigara içme alışkanlığının farklı bileşenleri vardır. Bu nedenle hekim hastasının sigara içme alışkanlığının sürmesi durumunda, sigarayı bırakmasını önermeyi ve destek olmayı sürdürmelidir.

Tedavi; bu aşamada hekim sigarayı bırakmak isteyen hastasına bırakma yöntemlerinden birini önerir. Birçok hasta kendi başına bırakabildiği gibi, diğer yöntemlerden de (farmakolojik tedavi, grup psikoterapileri, vb) yararlanılabilir. Hasta ile birlikte sigarayı bırakma tarihine karar verilir. Sigarayı bırakırken hastaya yardımcı olacak bu konuda yaşayabileceği sorunları açıklayan broşür, kitap, vb verilebilir. Kişinin sigara ile birlikte yapmaya alışık olduğu, sigara ile özdeşleştirdiği aktiviteler; çay, kahve, içki içmek, televizyon seyretmek, kitap okumak, el işi yapmak, arkadaş toplantıları gibi davranışları birlikte irdelenir.

Çünkü sigaranın bırakılması aşamasında bu özdeş aktivitelerin sürdürülmesi sıkça sigara içme isteğini çağrıştıracaktır.

İzleme; bu dönemde hekim sigarayı bırakan hastasını belirli aralıklarla görmek üzere kontrole çağırır. İlk iki hafta içinde öngörüşme, bırakmayı izleyen ilk ay haftalık, bunu izleyen 3., 6., 12. aylarda ise yeniden görüşmeler önerilmektedir. İlk yıl içinde hastanın izlenmesi mektup göndermek ya da telefon görüşmeleri ile de sıklaştırılabilir. İzleme döneminde hastanın sigarayı bırakmış kalma durumu, motivasyonun sürekliliği, yeniden başlama (relaps) eğilimi değerlendirilir. Genellikle relapslar, sigara içmenin bırakıldığı ilk haftalar içinde olmaktadır. Sigarayı bırakan kişi ilk iki kontrolüne kadar sigara içmemişse bırakmış kalma olasılığı yüksektir. Ancak relapslar başarısızlık olarak değerlendirilmemelidir ve yeniden bırakma yönünde kişi motive edilmelidir. Sigara alışkanlığı ve bağımlılığı ile ilgili en önemli basamak sigara kullanımı taramasıdır. Hekim ancak sigara kullanma durumunu sorduğunda ve bırakma isteğini saptadığında hastasının bırakmasına yardım edebilir (**5A**) veya bırakmaya motive edebilir (**5R**).³⁶

Tütün Kullanımını Bırakmak İsteyen Hastaya Yardımcı Olacak Kısa Süreli Yöntemler (5A)

- A1. Sorun (ask): Her muayenede bütün tütün kullanıcılarını sistematik olarak belirleyin.
- A2. Öğüt verin (advice): Açık, güçlü ve kişiye özel bir tarzla her tütün kullanıcısına bırakması gerektiğini ısrarla anlatın.
- A3. Değerlendirin (assess): Bırakma denemesi yapmaya ne ölçüde istekli olduğunu belirleyin
- A4. Destekleyin (assist): Hastaya sigarayı bırakmayı planlamada yardımcı olun
- A5. Düzenleme (arrange): İzlem görüşmelerinin programlanması

Sigarayı Bırakmak İstemeyen Hastalarda Bırakma Motivasyonunu Artırma (5R)

- R-1) Uygunluk (relevance): Hasta ile tütün kullanımını bırakmasının kişisel olarak neden uygun olacağı konuşulur.
- R-2) Riskler (risks): Tütün kullanımının olası olumsuz riskleri konuşulur.
- R-3) Ödüller (rewards): Bırakmanın yararları konuşulur.
- R-4) Engeller (roadblocks): Hastanın sigarayı bırakmaya yönelik engelleri ve sorunları belirlemesi istenir ve bunlara yönelik tedavi unsurları konuşulur.
- R-5) Yineleme (repetition): Motive olmayan bir hastanın klinik bir ortama her gelişinde motive edici girişim yinelenmelidir.

Sigarayı yeni bırakmış olgularda ise amaç nüksü önlemek olduğundan sigarayı bırakmaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar ve tekrar sigara içimine neden olabilecek faktörleri belirlenmeli ve çözüm önerileri getirilmelidir.

2.7. Sigarayı Bırakma Tedavileri

2.7.1. Farmakoterapi

Sigaranın içinde bulunan nikotinin merkezi sinir sistemi üzerine nöroreglatuar, biyokimyasal ve psikolojik etkileri vardır. Bu nedenle nikotin sigaranın yeniden kullanımı yönünde istek oluşturur. Nikotinin psikofarmakolojik etkileri: Hoşlanma, mutluluk, gevşeme, dikkat artışı, performansta artış, reaksiyon zamanında kısalma, endişede azalma, streste azalma, açlık hissinde ve kilo almada azalma şeklindedir. Ayrıca nikotin yoksunluk belirtilerini hissetmeme de psikofarmakolojik bir etkidir. Günün ilk saatlerinde ilk sigara içilmesi ile beraber kişinin iş performansı artar, dikkati artar, endişe ve depresyonu azalır bu nedenle de kişi kendini iyi hisseder. Nikotin alımıyla oluşan bu olumlu tablo kişide sigara içiminin bütün sosyal, psikolojik, davranışsal bileşenleriyle bağlantılar kuran; kompulsif kullanım, klasik şartlanma edimsel şartlanma ile sonuçlanır

Sigaranın bırakılması nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan ve The Food and Drug Administration (FDA) onaylı iki grup farmakolojik yöntem vardır. **Nikotin replasman tedavisi (NRT)** ve **nikotin içermeyen farmakoterapi**.³⁶.

Nazal nikotin sprey ve solüsyonları, transdermal nikotin preparatları ile uygulanan nikotin replasman tedavileri doktorların hastalara telkin ve önerileri ile birlikte hastayı en iyi sonuca ulaştırmaktadır.^{37,38}

Nikotin replasman tedavisi (NRT):

Nikotin sakızları: 2-4 mg nikotin içerir. Daha çok 2 mg'lıklarıyla kullanılır. Saatte ortalama 1 tane çiğnenir. Günde en fazla 30 parça çiğnenir. Kan nikotin düzeyi 11.8 ng/ml, 4mg'lıklarda ise 23.2 ng/ml civarında tutulur, saatte ortalama 1 sigara içenlerde ise kan nikotin düzeyi 18.3 ng/ml'dir. Bu yöntemle sigara bırakma başarısı %35-63 arasında değişmektedir. Kanda stabil bir düzey sağlanmamasıyla ve kişinin sürekli çiklet çiğnemek zorunda kalması yöntemin dezavantajlarından. Tedavi periyodu 3 aydır. Yan etkisi ağız ve boğaz acısı, hıçkırık, çene yorulması, salivasyon, bulantı, kusma ve diğer gastrointestinal semptomları nadiren ağız ülseri, baş ağrısı ve palpitasyonudur.

Nikotin Transdermal Terapötik Sistem (TTS): En fazla önerilen yaklaşımlardan birisidir. İyi tolere edilir. 16 ve 24 saat süreyle uygulanan formları vardır. On altı saatliklerin 5, 10, 15 mg'lıklarıyla, 24 saatliklerin 7, 14, 21 mg'lıkları bulunmaktadır. Saçsız deriye yapıştırılarak, günde bir kez uygulanır. Kullanma süresi 4-20 hafta arasında değişmektedir. Bu yöntemle bırakma oranları %39, %4, %69'dur ve psikoterapi ile birlikte %86'ya varan oranlar bildirilmektedir.

Nikotin Nazal Sprey (NNS): Nikotin nazal sprej (NNS), her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülür ve her defasında 1 mg alınması amaçlanır (Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir). Nikotin nazal sprej vücuda nikotinin en hızlı alınış şeklidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. NNS'in yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun NRT olduğu düşünülmektedir.³⁹ Önerilen doz 10-40 paf/gündür. Tedavi süresi 3 ay-12 ay arası değişmektedir. NNS'in yan etkisi mukozal irritasyona bağı nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük ve aksırıktır.

Nikotin Pastili: 2-4 mg dilaltı tabletler mevcuttur. Yaklaşık altı hafta boyunca hemen hemen her 1-2 saatte bir pastil kullanılır (Günde maksimum 9 pastil). Altı hafta sonra doz azaltılarak 12 haftaya kadar kullanılabilir. Kullanımı ve saklanması kolaydır. Çok fazla kullanıldığında hıçkırık, bulantı, dispepsi ve karında şişlik gibi etkileri olabilir.

Koroner arter hastalıkları, ciddi hipertansiyon, aritmi, periferik damar hastalıkları, hipertiroidizm, diyabet, böbrek ve karaciğer yetersizliği, peptik ülser, özafageal reflü, gebelik ve lohusalıkta uygulanmaması önerilir. Ancak bu hastalıklarda sigarayı kesme de gereklidir. Eğer farmakolojik olmayan yaklaşımlarla sigaradan vazgeçilemiyorsa nikotin replasman tedavisi doktor kontrolünde denemelidir.^{37,40}

Nikotin içermeyen Farmakolojik Tedaviler

Bupropion Hcl: Nontrisiklik, aminoketon bir antidepressif bir ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve NRT'si ile birlikte kullanılmaktadır.³⁹ Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olmaktadır.⁴¹ Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır ve tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4.günden itibaren 300mg (150mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Bupropion tedavisi devam ederken sigara bırakılır ve tedavi

aynı dozda sürdürülür. Bupropionun yan etkileri uykusuzluk, baş ağrısı, ağız kuruluğu ve epilepsi riskinde artmaz. Bupropion kullananlarda konvülsiyon görülme riski 1:1000 olduğu için bu ilaç epileptik hastalarda kontrendikedir.

Varenicline (Champix) : Varenicline ile yapılan faz II ve faz III klinik çalışmaların sonuçları umut verici bulunmuştur. Nikotin reseptörü parsiyel agonisti ve selektif nikotinik reseptör modulatörü olarak tanımlandı. Parsiyel agonist (alfa4 - beta2) olarak yoksunluk semptomları önler ve bağımlılık yapmaz. Üç dört haftada azaltılarak dozu ayarlanır. Yan etkileri halsizlik, uykusuzluk, meteorizm ve tat alma bozukluğudur.

Rimonabant: Selektif cannabinoid-1 reseptör antagonisti olarak adlandırılan ilaçların (CB1) beyinde sigara içenlerde değiştiği varsayılan enerji denge sistemini düzenlediğine inanılır ve antagonistlerinin şişman kişilerde kilo kaybı yapabileceği gösterilmiştir. Bileşiğin en umut vericisi CB1 reseptör antagonisti **rimonabant**dir. Korteks ve nükleus accumbenste dopamin, noradrenalin ve 5-HT seviyelerini artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca sigaraya tekrar başlama (relaps) riskini de azalttığı öne sürülmüştür. Rimonabant birkaç yan etkisi ile (halsizlik, yorgunluk, tremor) iyi tolere edilir.

Nortriptilin: Nortriptilin noradrenalinin (ve olasılıkla serotonin, 5HT) geri alımını bloke ederek yoksunluk ve depresif semptomları azaltır. Etkisinin sağlam kanıtlarına ve kısmen düşük maliyetine rağmen genellikle NRT veya bupropion uygun görülmediğinde ikincil tedavi olarak düşünülmüştür. Yan etkileri taşikardi, bulanık görme, üriner retansiyon, ağız kuruluğu, kabızlık ve hipotansiyondur.

Klonidin: Hipertansiyon tedavisinde kullanılan bir alfa-2- noradrenerjik agonisttir. Alkol ve opioid yoksunluk semptomlarında azalma gösterilmiştir. Bir çalışmada daha önceki bırakma girişimlerinde başarılı olamayan tiryakilerde klonidin ile 4 hafta sonunda plasebo ile karşılaştırıldığında yoksunluk oranlarında 2 kat düzelleme saptanmıştır ve bu etki 6 ay sürmüştür.⁴² Yan etkileri kabızlık, yorgunluk, güçsüzlük, ağız kuruluğudur, nadiren allerjik reaksiyon, bradikardi, birden kesilmesinde tansiyonda ciddi değişiklikler görülür.

Nikotin Aşısı: Aşıların ardındaki esas konağa enjekte edilen antijendir. Konağın immün sistemi bu antijeni yabancı cisim olarak algılayacaktır ve antikor üretimine yol açacaktır. Nikotinin kendisi çok antijenik olmayan küçük bir moleküldür. İmmün yanıtı artırmak amacıyla nikotin büyük moleküllere, genellikle proteinlere bağlanabilir ve antijeniteyi artırır. Nikotin molekülü beyine rahatça geçecek kadar küçük olmasına rağmen nikotin- antikor kombine yapısı kan- beyin bariyerinden geçiş için çok büyüktür, bu nedenle beyinde nikotinin etkisini azaltır veya elimine eder. Bu teorik olarak nikotinin psikoaktif

etkisinin önemli kısmını önleyecek ve sigaranın denemeye değer etkisini azaltarak devam eden tüketimi azaltacaktır.

2.7.2. Sigara Bıraktırmaya Yönelik Davranışsal Yöntemler

Sigara içiminde; davranış alışkanlığı, fizik ve psikolojik bağımlılık rol oynamaktadır. Sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak için birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunların başlıcalarından biri olan davranışçı yöntem; hasta eğitimi, bireysel ya da grup terapilerini, ters güdülenme ve tiksindirme, psikoterapi, transendental meditasyon, hipnoz, akupunktur, desensitizasyon ve duygusal deprivasyonu içerir.

Davranışçı Yöntemler: Bu yöntemlerde 2 farklı yaklaşım söz konusudur. Birisi nefret tedavisini içeren cezalandırmayı kullanır, diğeri pozitif olarak güçlendirmeyi yeğler ki kendi kendini yönetme prosedürlerini içerir. Nefret ettirme tekniklerinden **elektrikle uyarma tedavisi** bir dönem yaygın kullanılmış ancak elde edilen sonuçlar yüz güldürücü olmamıştır.

Bıktırma veya doyurma yönteminde kişiye rahatsızlık verici bir duygu oluşana kadar sigara içirilir ve tiksinti yaratarak bıraktırmak amaçlanır. %18-60 oranında bırakma elde edilmiş ancak uzun süreli takip sonuçları olmadığı için başarı oranı tam olarak değerlendirilmemiştir. **Hızlı sigara içme** yönteminde hastaların hızlı bir şekilde sigara içmeleri (6 saniyede 1 nefes) ve bu sırada yüzlerine sigara dumanı içeren hava verilmesi şeklinde uygulanmıştır. Kısa dönem ve uzun dönemde başarısı %60 oranındadır. Sonuçlar çelişkilidir. Bayat sigarayı aşırı derecede içirme, nefes tutturma gibi yöntemler de söz konusudur. Kendi kendini yönetme teknikleri ise genellikle liderler, öncüler veya terapistler tarafından yönetilir. **Self monitoring** adlı, içilen sigaranın yazılarak kaydedilmesi veya **nikotin fading** denilen sigaranın giderek azaltılması gibi yöntemler uygulanır.³⁷

Hipnoz: Başarı oranı değişik çalışmalarda %4-88 oranında bildirilmektedir. Tekli, birkaç kişilik veya grup oturumunda uygulanabilir. Yüksek trans kapasitesi olan hastalar bu yöntemle sigarayı daha rahat bırakmakta ancak tekrar başlama oranları da yüksek bildirilmektedir.⁴³

Akupunktur: Akupunktur için kimi araştırmacı başarı oranının çok yüksek olduğunu savunurken, çoğunluğu akupunkturun sigarayı bıraktırmada sadece yardımcı bir yöntem olabileceğini ileri sürmektedir.⁴³

Sigara bıraktırma klinikleri: Bu kliniklerde kendi arzusu ile başvuran hastalar yatırılarak genellikle grup ve destekleyici psikoterapi ağırlıklı tedaviler uygulanmıştır. Tedavi sırasında bırakma oranları %80 iken bir yıllık takiplerinde bu oran %15-29'lara düşmektedir.^{37,38}

Bırak- Kazan Kampanyaları: Bin dokuz yüz doksan dört yılından beri Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünya genelinde yapılmaktadır. 1994 yılında kampanyaya 13 ülkeden 60.000 kişi, 1996 yılında 25 ülkeden 70.000 kişi, 1998 yılında 48 ülkeden 200.000 kişi ve 2000 yılında 71 ülkeden 420.000 kişi katılmıştır. BIRAK-KAZAN kampanyalarının hedefi, bir bırakma günü belirleyerek, bırakma düşüncesini harekete geçirmek, ödül kazanma fikrinin bırakma girişimini bırakma teşebbüsüne dönüştürmesi, ödül beklentisinin bırakmanın zorluklarını aşma konusunda destek sağlaması, birçok insanın aynı anda sigaradan uzak kalmasıyla sosyal desteğin en üst düzeye çıkması, kitlesel bir olay olduğu için kampanyanın medyada önemli bir yer işgal ederek bu yolla konunun kitlelerin gündemine girmesi ve sigara ve sağlık konusundaki genel bilinçlenmeye katkı sağlamasıdır. Sigaraya bağlı bir hastalığı olan ve motive olmuş kişilerde yoğun farmakolojik ve psikolojik desteklerle sağlanan sigarayı bırakma oranı % 50'dir. Herhangi bir müdahale olmadan sigara içenlerin %1'inin sigarayı kendiliğinden bırakmaları beklenir. Doktorların hastalarına yaptıkları tavsiyelerle sigarayı bırakma oranı % 3 ile 5 arasındadır. BIRAK-KAZAN kampanyaları sigara içme prevalanslarını büyük oranda düşürmese de, toplum üzerindeki etkileri oldukça fazladır. Daha önemlisi BIRAK-KAZAN kampanyalarına katılıp 4 hafta sigara içmeyenlerin yaklaşık %15-35'inin bir yıl sonra da hala sigara içmedikleri gözlenmiştir. Bu nedenle BIRAK-KAZAN kampanyaları sigara tiryakilerine ulaşmanın en maliyet etkili yöntemidir. Bu da 2000 kampanyasına katılan 420.000 kişiden 60 ile 100 bininin bu kampanya ile sigarayı bıraktıkları anlamına gelir. 1996, 1998, 2002, 2004 ve 2006 yıllarında da BIRAK-KAZAN kampanyaları ülkemizde düzenlenmiştir. 1996 yılında kampanyaya ülke genelinde 3625 kişi (% 0,02), 1998 kampanyasına da 7387 kişi (%0,056) katılmıştır. 2002 yılında ülke genelinde 98.845 kişi, 2004 yılında 59.909 kişi, 2006 yılında ise 107.767 kişi katılım sağlamıştır. Kampanyanın bölgesel olarak uygulandığı Elazığ ilinde İl Sağlık Müdürlüğü'nün özel gayretleri ile 1996 yılında %1,37, 1998 yılında %3,85 oranında katılım sağlanarak dünya genelinde oldukça yüksek bir orana ulaşılmıştır. Bin dokuz yüz doksan dört yılından beri dünya genelinde yapılan kampanyalarda ise sigara içenlerin İsveç'te %2,78'inin, Finlandiya'da %2'sinin ve İran'da %1.85'inin kampanyaya katılmaları sağlanmıştır.

Bilinçlendirme Kampanyaları: Tütün tüketiminin azaltılmasına yönelik bilinçlendirme programları hedef kitleye göre planlanır. Toplumsal baskı kurmaya yönelik etkinliklerin bilinçlendirme kampanyaları ile etkileşim içinde olması, hem kaçınılmaz hem de yararlıdır. Bilinçlendirme çalışmalarında, kişilerin kendilerini ve sağlıklarını korumak istedikleri kişileri (çocukları, eşleri, iş arkadaşları gibi) kapsayan programların başarı şansı

daha fazla olabilir. Elbette yapılabilirse bunların aktif katılımı ile başarı şansı artar. Dünya Sağlık Örgütü 31 Mayıs'ı sigarasız gün olarak kabul etmiştir ve her yıl değişen sloganlarla bilinçlendirme ve mücadele çalışmalarının global düzeyde yapılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Formula 1 yarışları örneğinde olduğu gibi çok uluslu sigara tekellerinin spor, sanat ve kültürel etkinliklerdeki sponsorluğunun ve reklamlarının önlenmesi, gizli reklamlarının ortaya çıkartılması ve halka anlatılması kampanyaları düzenlenmelidir. Bu tür bilinçlendirmeler sonucunda oluşan toplumsal baskı ile politikacılar ve yerel yöneticiler de harekete geçmek zorunda kalacaklardır. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Çerçeve Anlaşması ile sigara paketleri üzerinde tütünün sağlık üzerine etkileri için uyarı yazıları konulması gündeme gelmiştir. Yazılı uyarının yanı sıra resimli hatta sesli uyarıların konulması gündemdedir. Paketler üzerinde uyarı yazısının boyutu, içeriği ve resim içerip içermemesi bırakma ve bilgilendirme açısından önem taşımaktadır; a) Sigara paketlerindeki uyarı mesajlarının resimlerle birlikte yer alması bırakma ve başlanmasını önlemek için resimsiz uyarılara kıyasla 60 kat daha etkili oluyor, b) Uyarı mesajının paket yüzeyinin %60'ını kaplaması sigara markasının tanıma süresini artırıyor ve marka imajını sarsıyor, c) Uyarı yazının boyutlarının iki kat artırılması dikkati uyarıya çekmesi açısından iki kattan daha fazla artırmaktadır ve bu yazının etkisini 3,5 kat artırmaktadır, d) Daha büyük resimler küçük resimlere kıyasla, renkli resimler siyah resimlere göre daha etkilidir. Gençlerin %80'i erişkinlerin 2/3'ü resimli uyarıların daha dikkat çekici olduğunu belirtmişlerdir, e) Sigara içenlerin %50'si uyarı yazılarını günde en az bir kez okuduklarını belirtmişlerdir, f) Bu uyarı yazılarının kararsız içiciler üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Paketlerdeki mesaj ve resimlerin etkilerinin azalmasına karşı yeni mesajlar ve resimlerin eklenmesi ve mesajların paketlerde dönüşümlü olması sağlanmıştır, g) İçiciler tarafından uyarı yazılarında sigara dumanındaki toksin içeriğinin açıklanmasının daha da etkin olacağı belirtilmiştir ve bırakma konusunda da yardım içermesini de istemişlerdir.⁴⁴

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Grubu

Düzce ilinde, 2007 tarihinde, deprem sonrası yapılan, yaklaşık 31,000 kişinin yaşadığı 9000 adet kalıcı konutlarda randomize 700 hane seçilerek 30 yaş ve üstü, sigara anamnezi olan 500 olgu çalışmaya alındı.

3.2. Çalışmaya dahil olma kriterleri

Düzce ilinde 30 yaş üstü yaş grubunda bulunup, sigara anamnezi olması (aktif içici veya özgeçmişinde en az 5 paket/yıl sigara içme öyküsü).

3.3. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Sigara polikliniğimize başvuran, sigara bırakmaya yönelik tedavi alan, daha önce kanser hikâyesi olan, 6 ay sonra telefonla ulaşılamayacak kişiler çalışmaya alınmadı.

3.4. Çalışma Düzeni

Olguların demografik özellikleri, sigara alışkanlıkları ve akciğer kanseri semptomları (hemoptizi, kronik öksürük, göğüs ağrısı, kilo kaybı, ses kısıklığı ve çomak parmak) bir anket formuyla yüz yüze görüşmeyle sorgulandı (Ek-1). Sigaranın akciğer kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu vurgulandı ve bu semptomlardan en az bir tanesi olanlara Göğüs Hastalıkları poliklinik kontrolü önerildi. 500 olgunun 25 tanesi geçmişte sigarayı çeşitli yıllarda bırakmış olgulardan oluşmaktaydı. Bu olgular çalışma grubunun kendiliğinden bırakma oranlarını hesaplamada kullanıldı. Halen aktif sigara içen 475 olgunun 353'üne 6 ay sonra telefonla ulaşılarak sigara alışkanlıkları yeniden sorgulandı.

Veriler anket formu ile toplandı. Anketin birinci bölümünde yaş, cinsiyet, Düzce'de oturma süresi, mesleği, telefon numarası, sigara içme durumu (kaç yıldır, günde kaç adet içiyor, bıraktı ise bırakalı ne kadar oldu) sorgulandı. Anketin ikinci bölümünde akciğer kanseri semptom sorgulaması (hemoptizi, kronik öksürük, göğüs ağrısı, kilo kaybı, ses kısıklığı ve çomak parmak) yapıldı.

3.5. Tanımlamalar

Kronik öksürük; 3 hafta veya daha uzun süre devam eden öksürük

Kilo kaybı; 12 aylık bir periyod içinde vücut ağırlığının istemsiz olarak %5 veya daha fazlasının kaybedilmesi

Hemoptizi; Sigara içtiği dönemde en az bir kez öksürükle birlikte kan gelmesi

Göğüs ağrısı; Travma sonrası olmayan 10 dakikadan uzun süren her türlü göğüs ağrısı

Ses kısıklığı; 1 haftadan uzun süren ses kısıklığı veya seste değişim

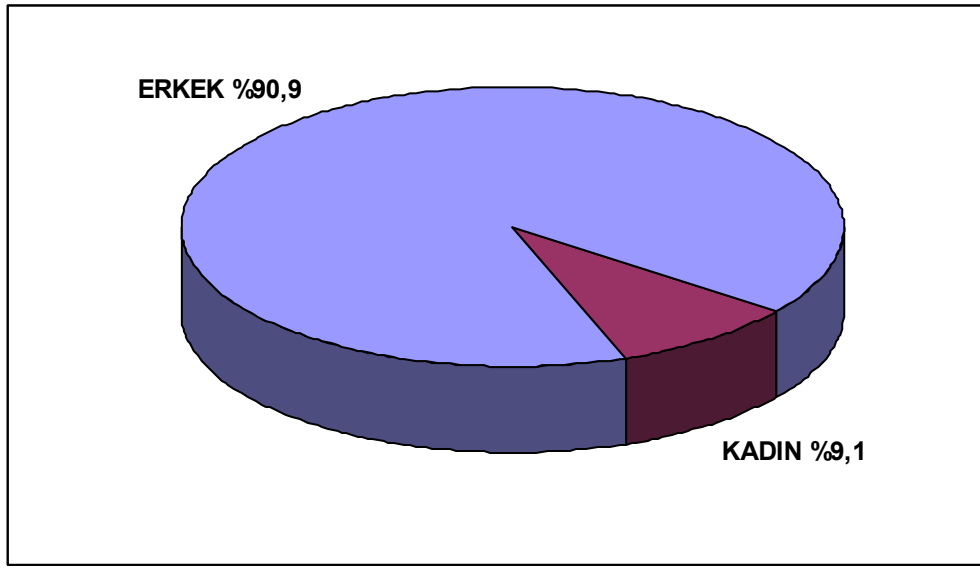
Çomak parmak; Hekimin muayene ile tespiti

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 10,0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programına girildi. Sigarayı bırakanlar ve bırakmayanların, yaş ve sigara tüketim özelliklerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında T test kullanıldı. Yine sigarayı bırakanlar ve bırakmayanların, cinsiyet ve akciğer kanseri semptomlarının karşılaştırılmasında ve çalışma grubunun kendiliğinden bırakma oranlarıyla karşılaştırmasında ki-kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Toplam 353 sigara içen olgunun 32 (%9,1) kadın, 321 (%90,9) erkekti. Yaş ortalaması 46 ± 9 , ortalama 36 ± 24 paket/yıl sigara anamnezi olan olgulardan oluşuyordu (Tablo-4 ve Şekil-1).

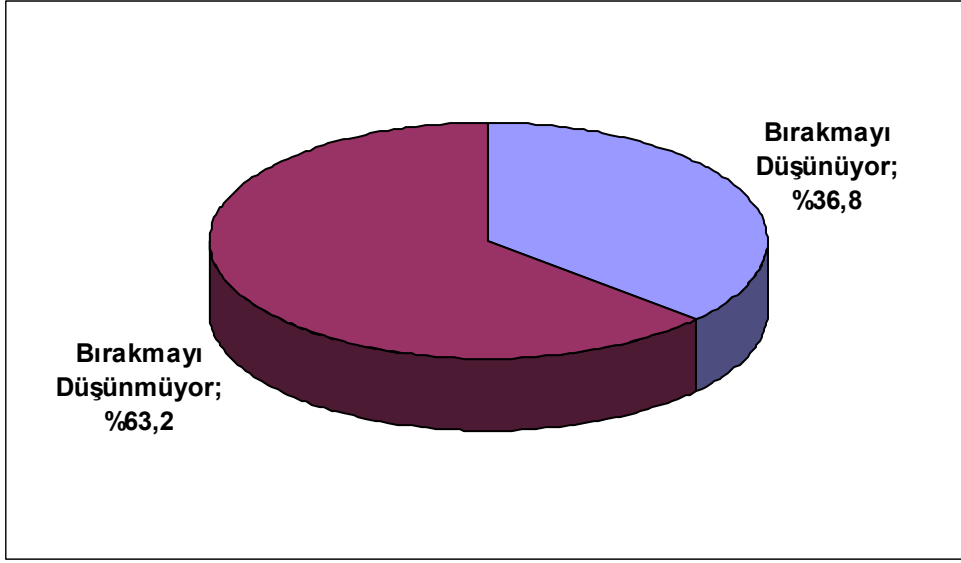


Şekil-1 Olguların cinsiyet dağılımı

Tablo-4 Olguların yaş ve sigara kullanma özellikleri

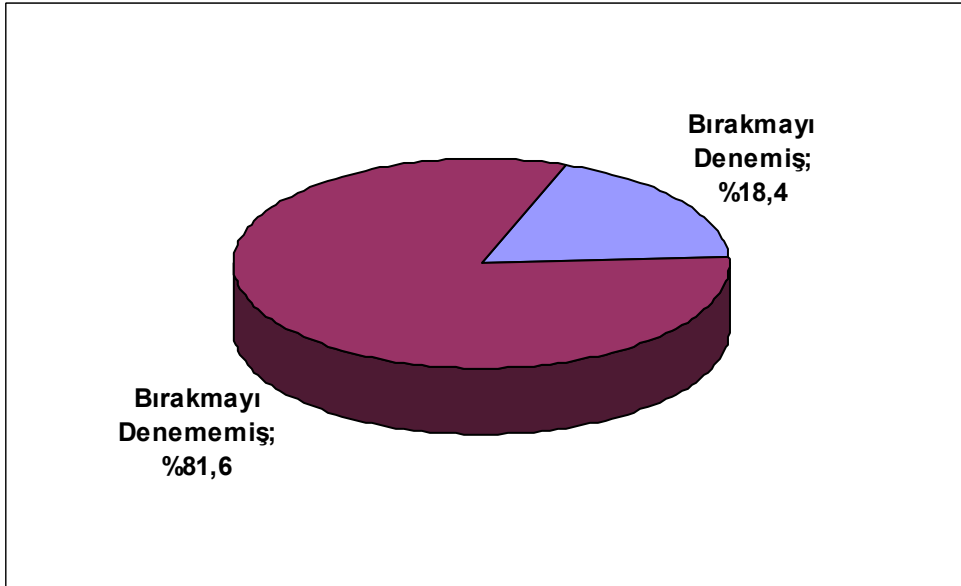
	Ortalama \pm SD
Yaş (yıl)	46 ± 9
Günlük içilen sigara (adet)	25 ± 12
Sigara kullanım süresi (yıl)	27 ± 10
Sigara öyküsü (paket-yıl)	36 ± 24

SD: standart deviasyon;



Şekil-2 Sigara bırakmayı düşünenlerin oranı

Olguların 130'u (%36,8) sigarayı bırakmayı düşünüyordu ve 65'i (%18,4) sigarayı bırakmayı denemişti (Şekil-2 ve 3).



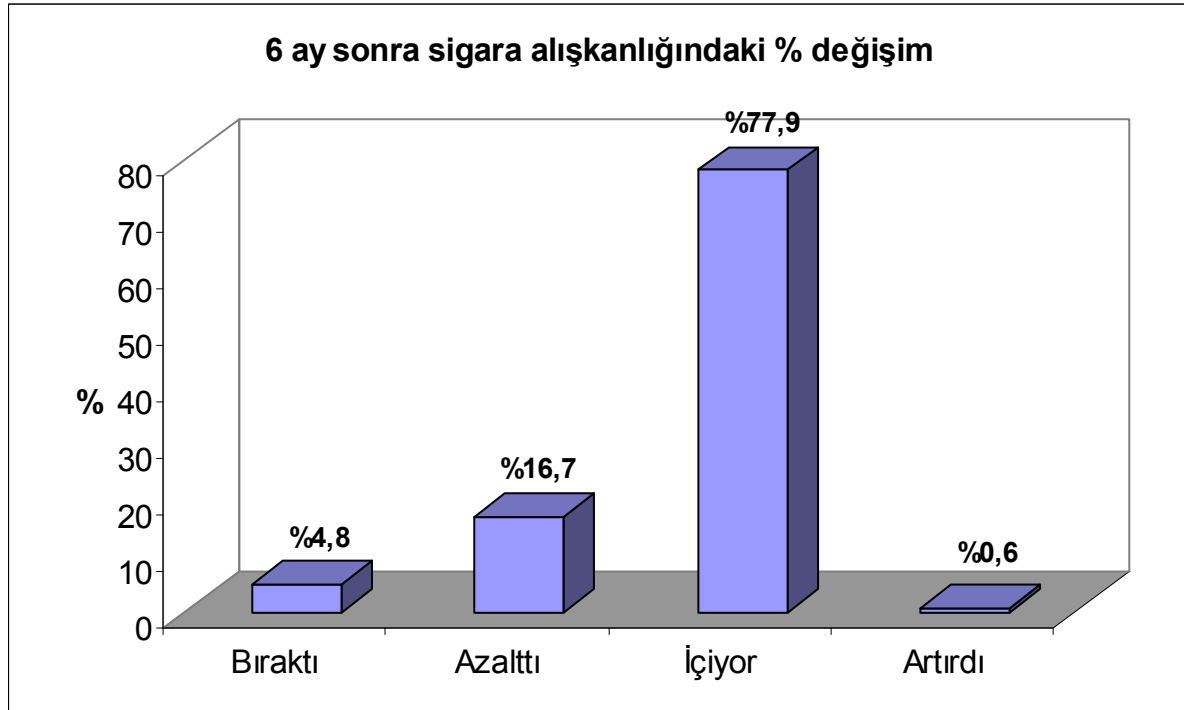
Şekil-3 Sigara bırakmayı daha önce deneyenlerin oranı

Yapılan semptom sorgulamasında en sık oranda kronik öksürük ve göğüs ağrısı, en az oranda ise hemoptizi ve kilo kaybı gözlemlendi (Tablo-5).

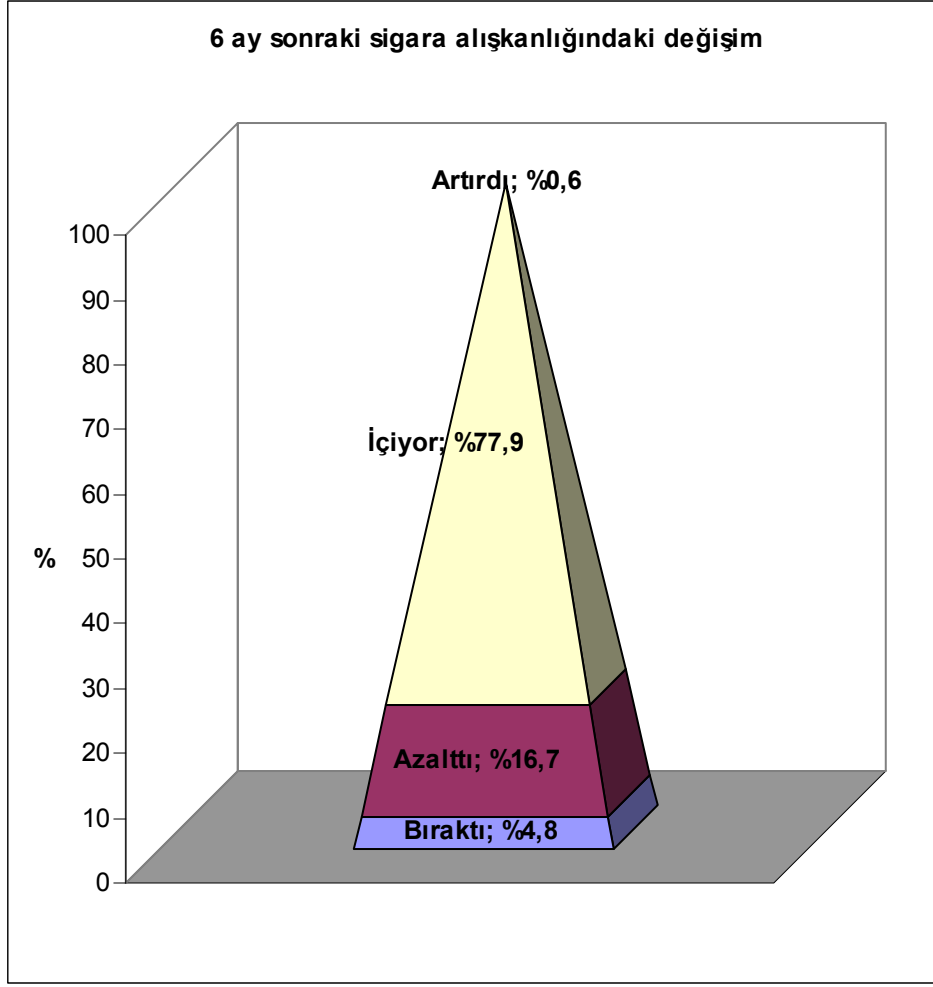
Tablo-5 Olgularda Sorgulanan Akciğer Kanseri Semptomlarının sıklığı

	Olgu Sayısı	%
Kronik Öksürük	36	10.2
Göğüs Ağrısı	28	7.9
Ses Kısıklığı	21	5.9
Çomak Parmak	21	5.9
Kilo Kaybı	14	4.0
Hemoptizi	1	0.3

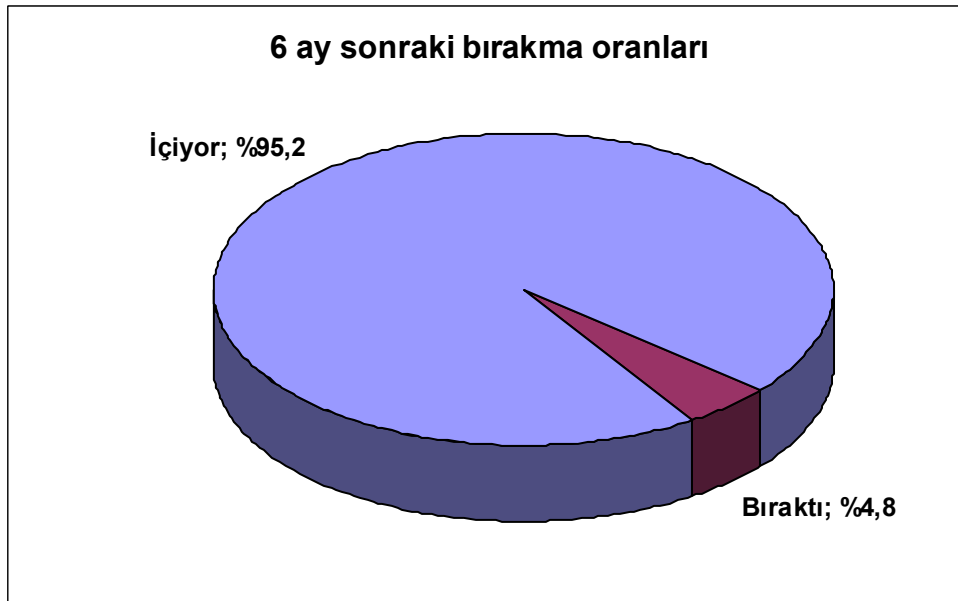
6 ay sonraki kontrolde 17 olgu (%4,8) sigarayı bırakmış, 59 olgu (%16) sigarayı azaltmış, 2 olgu (%0,6) ise artırmıştı (Şekil-4a-b ve 5). Sigarayı bırakanların hiçbiri ilk görüşmede bırakmayı düşündüğünü söyleyenler veya daha önce bırakmayı deneyenlerden değildi.



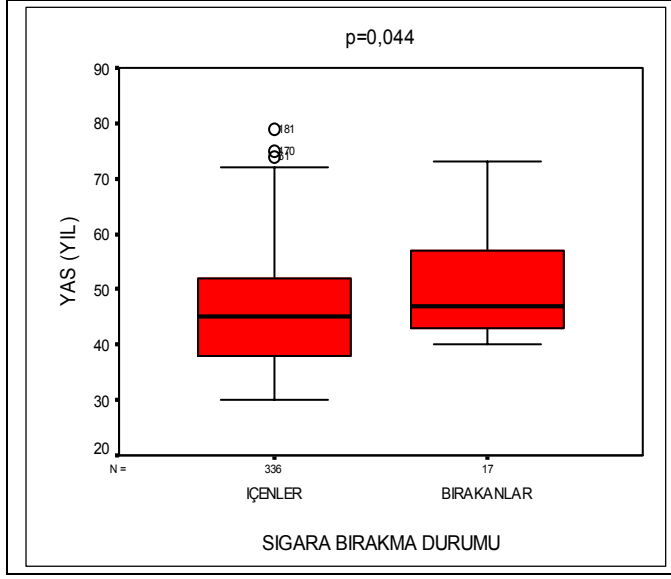
Şekil-4a Çalışmaya katılan olguların sigara kullanım alışkanlığındaki 6 ay sonraki değişim



Şekil-4b Çalışmaya katılan olguların 6 ay sonra sigara alışkanlığındaki değişim

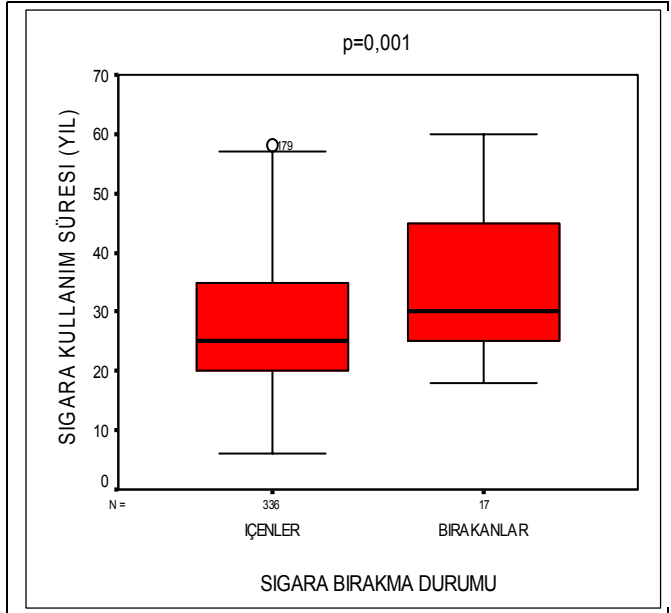


Şekil-5 Çalışmaya katılan olguların 6 ay sonraki sigara bırakma oranları



Şekil-6 Sigarayı bırakanlarla içenlerin yaş açısından karşılaştırılması.

Sigarayı bırakanların yaş ortalaması daha yüksekti ($p=0.044$) ve daha uzun süredir sigara içme öyküleri vardı ($p=0.001$) (Şekil-6 ve 7).



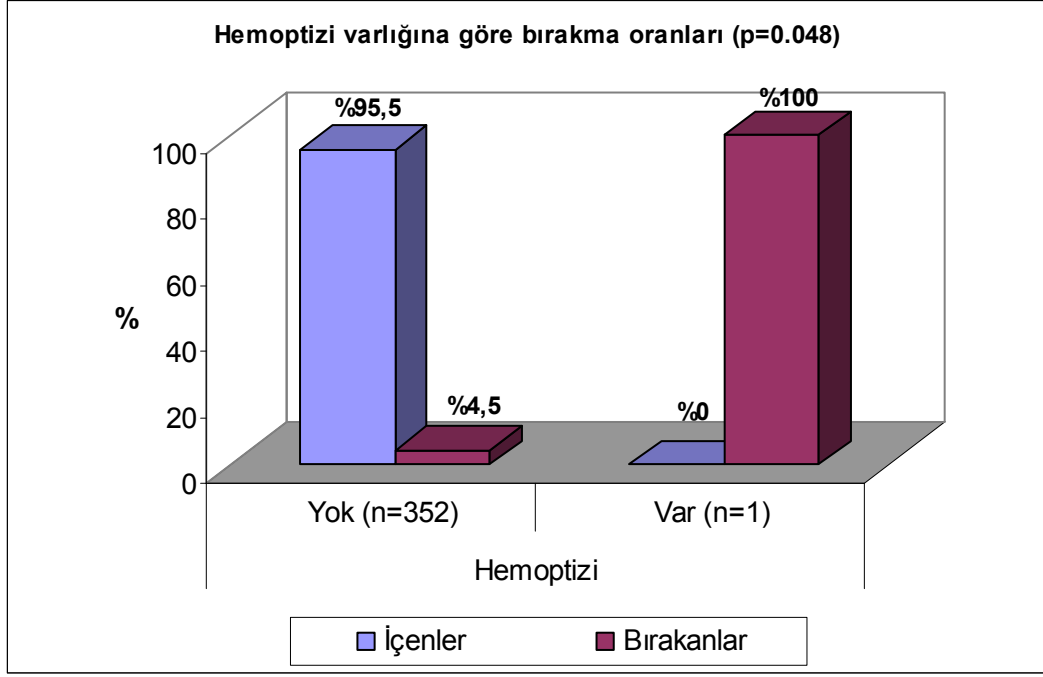
Şekil-7 Sigarayı bırakanlarla içenlerin sigara kullanım sürelerinin karşılaştırılması.

Erkekler ve kadınlar arasında bırakma oranları benzer bulundu.

Tablo-6 Cinsiyet ve Semptomlara göre bırakma oranlarının karşılaştırılması

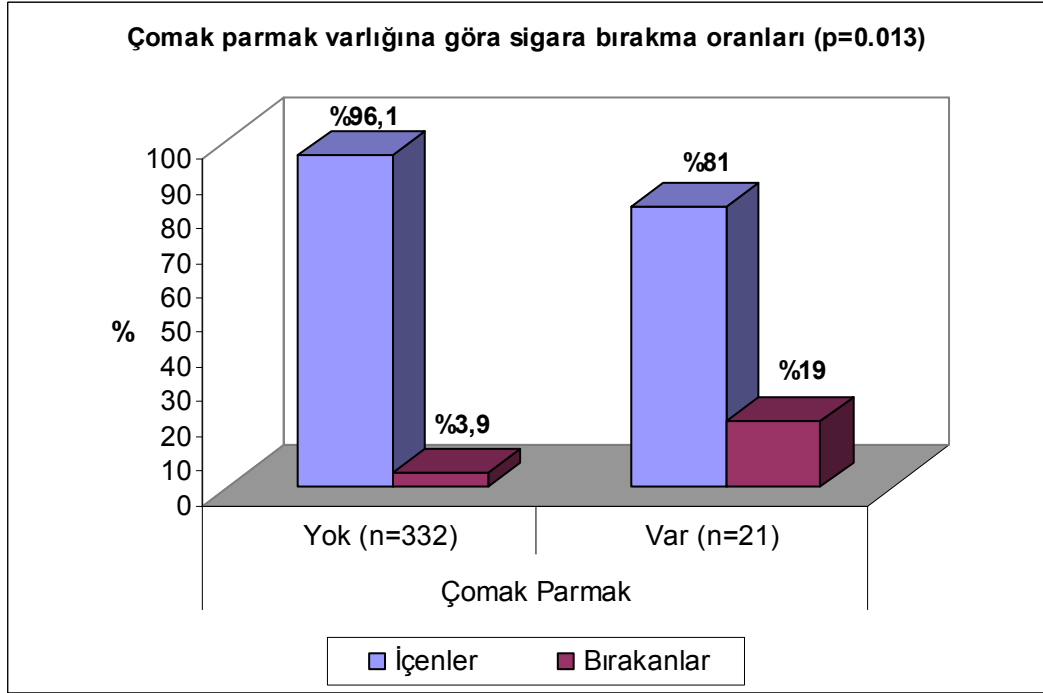
	İçenler		Bırakanlar		p
	N	(%)	N	(%)	
Cinsiyet					
<i>Erkek (n=321)</i>	305	(95.0)	16	(5.0)	<i>1.000</i>
<i>Kadın (n=32)</i>	31	(96.9)	1	(3.1)	
Kronik Öksürük					
<i>Yok (n=317)</i>	301	(95.0)	16	(5.0)	<i>1.000</i>
<i>Var (n=36)</i>	35	(97.2)	1	(2.8)	
Göğüs Ağrısı					
<i>Yok (n=325)</i>	310	(95.4)	15	(4.6)	<i>0.635</i>
<i>Var (n=28)</i>	26	(92.9)	2	(7.1)	
Ses Kısıklığı					
<i>Yok (n=332)</i>	317	(95.5)	15	(4.5)	<i>0.268</i>
<i>Var (n=21)</i>	19	(90.5)	2	(9.5)	
Çomak Parmak					
<i>Yok (n=332)</i>	319	(96.1)	13	(3.9)	<i>0.013</i>
<i>Var (n=21)</i>	17	(81.0)	4	(19.0)	
Kilo Kaybı					
<i>Yok (n=339)</i>	323	(95.3)	16	(4.7)	<i>0.506</i>
<i>Var (n=14)</i>	13	(92.9)	1	(7.1)	
Hemoptizi					
<i>Yok (n=352)</i>	336	(95.5)	16	(4.5)	<i>0.048</i>
<i>Var (n=1)</i>	-	(-)	1	(100)	
Genel Semptom durumu					
<i>Hiç Yok (n=270)</i>	260	(96.3)	10	(3.7)	<i>0.086</i>
<i>Herhangi biri Var (n=83)</i>	76	(91.6)	7	(8.4)	

Kronik öksürük yakınması sigara bırakma oranlarını etkilemiyordu. Göğüs ağrısı, ses kısıklığı veya kilo kaybı olması sigara bırakma oranlarını artırmaktaydı ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Hemoptizi veya çomak parmak olması sigara bırakma oranlarını istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırmaktaydı. Bu semptomlardan herhangi birinin olması durumunda hiç semptom olmamasına göre 2 kat fazla sigara bırakma oranı gözlemlendi. Aradaki fark istatistiksel anlamlılığa yakındı (Tablo-6).



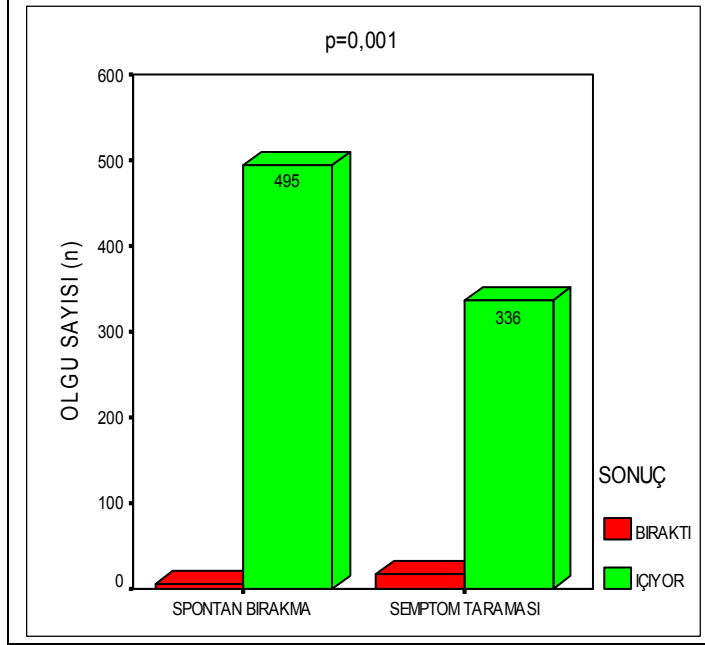
Şekil-8 Hemoptizi varlığına göre bırakma oranları

Hemoptizi ve çomak parmak semptomlarının varlığı sigara bırakma oranlarını anlamlı olarak artırmaktaydı (sırasıyla p=0.048, p=0.013) (Şekil-8 ve 9).



Şekil-9 Çomak parmak varlığına göre bırakma oranları

Başlangıçta sorgulanan 500 sigara anamnezli olgunun 25'i ortalama 5 yılda sigarayı bırakmıştı (yılda ortalama 5 olgu). Çalışma grubunun yıllık spontan bırakma oranı %1 (5/500) idi. Bu çalışmada akciğer kanseri semptom sorgulamasından 6 ay sonraki bırakma oranı (%4,8), kendiliğinden sigarayı bırakma oranından (%1) anlamlı olarak yüksekti (p=0,001) (Şekil-10)



Şekil-10 Semptom taraması yapılan olguların bırakma oranı ile aynı topluluğun spontan sigara bırakma oranlarının karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada akciğer kanseri semptom taramasıyla 6 ay sonunda toplumun yıllık kendiliğinden sigara bırakma oranlarının yaklaşık 5 katı (%4.8'e %1) bırakma oranlarına ulaşıldı. İleri yaş, uzun süredir içici olmak ve hemoptizi, çomak parmak gibi semptomların varlığı bırakmayı motive ediyordu.

Halen nikotin bağımlılığının en uygun tedavisinin özellikle davranış terapileri ile beraber nikotin replasman tedavisi ve bupropion şeklindeki farmakolojik yardımlar olduğu belirtilmektedir.⁷ Bunun yanında hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az 6 ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde hekimlerin sadece hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-%13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-%40) olarak saptanmıştır. Hamilelerin, pulmoner ve kardiovasküler hastalığı olan kişilerin hekimlerin yönlendirmesi ile sigarayı bırakma oranları diğer olgulara göre daha yüksektir. Hamilelerde bu oran %1-35 arasında değişmektedir. Hekimlerin desteği ile sigaranın bırakılma oranının akciğer hastalarında %10-76 (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %31.5), kalp hastalarında %11-73 (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %43) olarak bulunmuştur.⁴³ Ani ölüm veya yakın bir zamanda ölüm korkusu sigaranın bırakılmasında en güçlü motivatörlerdendir. Yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmiş olguların hekimin desteği ile sigarayı bırakma oranı %60'a kadar yükselmektedir.⁴⁵ Sigara içicilerin var olan pulmoner ve sistemik hastalıklarının sigara bırakma başarısını anlamlı olarak değiştirdiği belirtilmiştir. Bunu destekler şekilde yakın dönemde kliniğimizde yapılan çalışmada KOAH'lı olguların %83,3'ünün refakatçilerinin %20'sinin, kanserlilerin %76,7'sinin refakatçilerinin %10,7'sinin, astımlıların %57,1'inin refakatçilerinin %25,9'unun sigarayı bıraktığı gösterildi.⁴⁶

Ostroff ve arkadaşlarının akciğer kanseri taramasının sigara davranışı üzerine etkilerini araştırdıkları ve ELCAP (Early lung cancer action program) da uyguladıkları düşük doz bilgisayarlı tomografi taraması sonucunda sigara bırakma motivasyonunda artış saptadılar. Bu çalışmada 134 yüksek riskli aktif sigara içicisine düşük doz bilgisayarlı tomografi çekildikten 6 ay sonra telefonla görüşülerek sigara içme tarzını değiştirip değiştirmedikleri sorulmuş. Olguların 31 (%23)'i sigarayı bırakmış, 35 (%27)'i azaltmış, 64 (%47) 'ü aynı düzeyde sürdürürken, 4 (%2,9)'ü sigarayı artırdıklarını belirtmişlerdi. Akciğer kanseri kaygısı olan ve nodül saptanan olguların bırakma oranları diğerlerine göre daha fazla

bulunmuştu. ELCAP da en büyük yan etki kişinin akciğer kanseri tarama programına kaydı sonrası “**lisanslı sigara içicisi**” olarak yanlış algılanıp devamlı sigara içme riskini artırmasıydı.⁴⁷ Biz bu çalışmamızda akciğer kanseri semptomlarını sorgulayarak gerekli motivasyonu sağlamaya çalıştık. Literatürdeki kadar yüksek oranlar elde edilmese de kendiliğinden bırakmaya göre anlamlı bir artış elde edildi ve özellikle lisanslı içici riskinin gerçekleşmediği gözlemlendi.

Akciğer hastalıkları tanısız testlerinin sigara içme davranışı üzerine etkisini araştıran çalışmalarının sigara bırakma motivasyonunu artırdıkları gösterilmiştir.⁹

Karbonmonoksit (CO) ölçümü, sigaranın oluşturduğu etkiyi anlamalarında hastalara yardımcı olabilecek etkili bir yol olup, sigara bırakma motivasyonunu artırmaktadır. On ppm'in altında herhangi bir CO ölçümü hastanın o sırada sigara içmediğini gösteren bir belirtidir. Bir çalışmada CO monitorizasyonu gösterilen hastaların sadece sigara bırakma önerisi alan kontrol grubundan daha fazla sigara bırakma eğiliminde oldukları gösterilmiştir.⁴⁸ CO monitorizasyonu sigara bırakma girişimi devam ederken izlem için önemlidir ve sigarayı bıraktıktan sonra azalan CO konsantrasyonları sigara bırakmada ek motivasyon aracı olarak kullanılabilir.⁷

Akciğerin sağlıklı değerlendirilmesi ve hava akımı kısıtlılığını göstermesi yönünden önemli bir teknik olan solunum fonksiyon testi (SFT) bazı çalışmalarda sigara bırakmayı artırmak için kullanılmıştır. Başarı oranları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da spirometre yapılan grup lehine bulunmuştur.⁴⁹ Benzer şekilde sigara polikliniğine başvuran ve kontrollerinde akciğer filminde patoloji görülen ve kendilerine söylenen olgularda sigara bırakma oranları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.¹⁰

Çalışmamızda akciğer kanseri semptomları sorgulandı. Literatürde akciğer kanserlerinde ilk semptom ve bulguların sıklığı öksürük (% 8-75), kilo kaybı (% 0-68), dispne (% 3-60), göğüs ağrısı (% 20-49), hemoptizi (% 6-35) olarak verilmektedir.⁵⁰ Semptomların hiçbiri akciğer kanseri için spesifik olmamakla birlikte sigaranın akciğer kanseri için önemli bir risk faktörü olduğunun vurgulanması ve bu semptomlardan en az bir tanesi olanlara Göğüs Hastalıkları poliklinik kontrolü önerilmesiyle motivasyon sağlandı. Bu çalışmada kronik öksürük dışında sorgulanan tüm semptomların literatürle uyumlu olarak bırakma oranlarını artırdığı gözlemlendi. Ancak bu artışlar çomak parmak ve hemoptizide istatistiksel anlamlılık düzeyini aşmaktaydı.

Hekimin tek bir görüşmede dahi hastasına sigarayı bırakmayı tavsiye etmesinin bağımlıların %3-5' inin sigarayı bırakmasına neden olduğu gösterilmiştir.^{8,35} Bu tamamıyla

bizim çalışmamızdakiyle benzer bir orandır. Ancak bu çalışmadaki bırakma oranları daha önemlidir. Çünkü burada hastanın şikayeti ile hekime başvurması değil, hekimin rasgele sigara içicilerinde şikayet sorgulaması söz konusudur.

Tütün bağımlılığı, uzun süreli ve kalıcı bırakma hedefine ulaşıncaya kadar defalarca öneri ve tedavi gerektiren kronik bir durumdur. Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedir. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır.⁶ ELCAP çalışmasında Sigarayı bırakanlar arasında % 58 inin sigarayı bırakmaya ilk başta soğuk bakmakta olan olgular olduğu görülmüştür.⁴⁷ Çalışmamızda olgularımızın 130'u (%36,8) sigara bırakmayı düşünüyordu ve 65'i (%18,4) sigarayı bırakmayı denemişti. İlginç olarak sigarayı bırakanların hiçbiri ilk görüşmede bırakmayı düşündüğünü söyleyenler veya daha önce bırakmayı deneyenlerden değildi. Bu önemli sonuç ELCAP'daki verileri desteklemektedir.

Gelişmiş batı ülkelerinde, erkekler ve kadınlar benzer oranda sigara içerken, Türkiye de sigara içme alışkanlığı genel olarak erkeklerde daha yaygındır.⁵¹ Çalışmamıza dahil olan sigara içen olguların büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı. Kadın ve erkeklerde benzer oranlarda bırakma sonuçları elde edildi.

Tillgren ve ark. yaşları 16-84 arasında olan 5104 kişilik randomize çalışmalarında günlük tüketilen sigara miktarının, sigara içilen sene sayısının ve yaşın sigarayı bırakma başarısıyla ilişkili olduklarını bildirmişlerdir.⁵² Literatürde hem kadın hem de erkeklerde sigarayı bırakmanın yaş ile beraber arttığı raporlanmıştır.⁵³ Çalışmamız literatürle uyumluydu; sigarayı bırakanların yaş ortalaması daha yüksekti ve daha uzun süredir sigara içme öyküleri vardı.

Ocak-Aralık 2001 tarihleri arasında Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Polikliniğine başvuran 49 olgunun 6 aylık izlemi sonunda %22,4'ü sigarayı bırakmıştı. Erkeklerin bırakma oranı (%32,1), kadınlardan (%9,5) daha fazla bulunmuştu.⁵⁴ Aynı bölgede yapılan bu çalışmadaki 6 aylık bırakma oranlarının göreceli olarak düşük olması, sigara polikliniklerinde uygulanan yoğun destek, medikal tedaviler ve bu olguların zaten bu amaç için gelmiş istekli olgular olması ile açıklanabilir. Bu çalışmanın sigaradan rahatsız olduğu için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayan, rasgele seçilen olgular üzerinde yapıldığı göz önüne alındığında %4,8'lik bırakma oranı önem kazanmaktadır.

6. SONUÇ

Akciğer kanseri semptom taramasıyla sigara bırakma oranları artırılabilir. Bu çalışmada doktorların poliklinik hastalarına yaptıkları telkinle benzer düzeyde sigara bırakma oranlarına ulaşılmıştır. Sigara bırakma poliklinikleri yanında bu tip çalışmalar da sigara mücadelesine katkıda bulunabilir

1. ÖZET

Giriş ve amaç: Sigara kullanımıyla ciddi ve ölümcül hastalıklar arasında ilişkilerin ortaya konmasından sonra sigara kontrolü için çalışmalar başlatılmıştır. Sigaraya hiç başlamamak en etkili ve yararlı yöntem olmakla beraber, sigara içmekte olanların bu davranışlarından vazgeçmelerini sağlamak üzere de çaba gösterilmesi önemlidir. Tarama yöntemleri sigara bırakma motivasyonu artırarak sigara bırakmada etkili olabilmektedir. Bu çalışmada Düzce ilinde 30 yaş ve üzeri sigara içenlerde akciğer kanseri semptom taramasının sigara bırakmadaki rolünü araştırmak amaçlandı.

Yöntem: Düzce ilinde, deprem sonrası yapılan kalıcı konutlarda randomize 700 hane seçilerek 30 yaş üzeri sigara anamnezi olan 500 olgu çalışmaya alındı. Olguların demografik özellikleri, sigara alışkanlıkları ve akciğer kanseri semptomları (hemoptizi, kronik öksürük, göğüs ağrısı, kilo kaybı, ses kısıklığı ve çomak parmak) bir anket formuyla yüz yüze görüşmeyle sorgulandı. Sigaranın akciğer kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu vurgulandı ve bu semptomlardan en az bir tanesi olanlara Göğüs Hastalıkları poliklinik kontrolü önerildi. 500 olgunun 25 tanesi geçmişte sigarayı çeşitli yıllarda bırakmış olgulardan oluşmaktaydı. Bu olgular çalışma grubunun kendiliğinden bırakma oranlarını hesaplamada kullanıldı. Halen aktif sigara içen 475 olgunun 353'üne 6 ay sonra telefonla ulaşılarak sigara alışkanlıkları yeniden sorgulandı.

Bulgular: Toplam 353 sigara içen olgunun 32 (%9,1) kadın, 321 (%90,9) erkekti. Yaş ortalaması 46 ± 9 , ortalama 36 ± 24 paket/yıl sigara anamnezi olan olgulardan oluşuyordu. 130'u (%36,8) sigarayı bırakmayı düşünüyordu ve 65'i (%18,4) sigarayı bırakmayı denemişti. 6 ay sonraki kontrolde 17 olgu (%4,8) sigarayı bırakmış, 59 olgu (%16) sigarayı azaltmış, 2 olgu (%0,6) ise artırmıştı. Sigarayı bırakanların hiçbiri ilk görüşmede bırakmayı düşündüğünü söyleyenler veya daha önce bırakmayı deneyenlerden değildi. Sigarayı bırakanların yaş ortalaması daha yüksekti ($p=0.044$) ve daha uzun süredir sigara içme öyküleri vardı ($p=0.001$). Hemoptizi ve çomak parmak semptomlarının varlığı sigara bırakma oranlarını anlamlı olarak artırmaktaydı (sırasıyla $p=0.048$, $p=0.013$). Başlangıçta sorgulanan 500 sigara anamnezli olgunun 25'i ortalama 5 yılda sigarayı bırakmıştı (yılda ortalama 5 olgu). Çalışma grubunun yıllık kendiliğinden bırakma oranı %1 (5/500) idi. Bu çalışmada akciğer kanseri semptom sorgulamasından 6 ay sonraki bırakma oranı (%4,8), kendiliğinden sigarayı bırakma oranından (%1) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$).

Sonuç: Akciğer kanseri semptom taramasıyla sigara bırakma oranları artırılabilir. Bu çalışmada doktorların poliklinik hastalarına yaptıkları telkinle benzer düzeyde sigara bırakma oranlarına ulaşılmıştır. Sigara bırakma poliklinikleri yanında bu tip çalışmalar da sigara mücadelesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: sigara bırakma; akciğer kanseri tarama; hemoptizi; çomak parmak

8. SUMMARY

The Role of Screening Lung Cancer Symptoms on Smoking Cessation

Introduction: After the relationships were proved between smoking and serious, mortal diseases some studies conducted to control smoking. Although no beginning smoking is the most effective and useful way, it is important to strive for smoking cessation. In this study it is purposed to research whether the symptoms of the lung cancer among 30 years old and older cases in Düzce has a role on smoking cessation.

Materials and Methods: In Duzce randomized 700 household were chosen from the permanent houses built after the earthquake and 500 cases who have smoking history were included in this study. Demographic features, smoking habits and symptoms of lung cancer (hemoptysis , chronic cough, chest pain, lose of weight, hoarseness and clubbing) were evaluated by a questionnaire with a face to face manner. Smoking had been a very important risk factor was emphasized. And everyone who had at least a symptom of lung cancer was advised to have a policlinic control. 25 of 500 cases were the ones who had given up smoking in the past years. These cases were used to evaluate the self cessation ratios.353 out of the 475 active smoker were interrogated after 6 months for their smoking habits by phone.

Results: Among these 353 cases, there were 32(%9.1) women and 321 (%90.9) men, mean age was 46 ± 9 years, mean duration of history of smoking was 36 ± 24 pocket /year. 130 cases (%36.8) were intended to smoking cessation and 65 had tried smoking cessation. At the control after 6 months 17(%4.8) of them had given up smoking, 59 (%16) of them had decreased, and 2(%0,6) of them had increased. Cases who had given up smoking were not the ones who had an intention to smoking cessation and had tried cessating at the first meeting. Cases who had given up smoking had an older mean age ($p=0.044$) and they had smoking histories for a long time ($p=0.001$). Having symptoms like hemoptysis and clubbing were increased smoking cessation ratios expressively ($p=0.048,p=0.013$). Cases (25) who were interrogated at first visit had cessated smoking averagely in 5 years. Spontaneous smoking cessation of the study group was %1 (%0.001).

Conclusions: Smoking cessation ratios can be increased by researching symptoms of lung cancer. In this study, similar smoking cessation ratios were reached compared to the

suggestions of physicians during policlinic controls. As well as the smoking cessation policlinics, also these kinds of studies can have contributions among struggling with smoking.

Key Words

Smoking cessation, lung cancer screening, hemoptysis, clubbing

9. KAYNAKLAR

1. Tobacco Free Initiative, World Health Organization. Why is tobacco a public health priority? Available at: <http://www.who.int/tobacco/en>. Accessed March 21, 2004.
2. World Health Organization (WHO). Why is tobacco public health priority? 2007. Url: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html, 02.11.2007
3. Akdur R, Soydal T. Uluslararası Katılımlı Üçüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Bildirisi. Tütünsüz Yaşam Dergisi 2006;2:1-3
4. Türk Toplumunda Sigara İçme Davranışları ve Sigara İçme ve Sigara Karşıtı Kampanyalara Karşı Tutumlar. TC Sağlık Bakanlığı Raporu, PİAR, Ocak 1988
5. World Bank. Curbing the epidemics: Governments and the economics of tobacco control. Washington DC: The World Bank; 1999.
6. Tütün Kullanımında Global Trendler. Sigara İçmenin Sağlık Üzerindeki Sonuçları, Salgını Durdurmak. Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi. Dünya Bankası Yayını. Çev. Taş Ş. İstanbul Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş.;2000:1-28
7. Jackson G, Bobak A, Chorlton I. Smoking Cessation: A consensus statement with special reference to primary care. Int J Clin Pract 2001; 55: 385-92.
8. Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID et al. "Sick of smoking": Evaluation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. Med J Aust 1990;152:518-21
9. Risser NL, Belcher DW. Adding spirometry, carbon monoxide, and pulmonary symptom results to smoking cessation counseling: a randomized trial. J Gen Intern Med 1990;5:16–22.
10. Balbay Ö, Annakkaya AN, Arbak P, Erbaş M, Bilgin C. Do clinic and chest X-ray findings of patients effect treatment compliance?. ERS Annual Congress, 14-18 September 2002, Sweden, Vol. 20, Suppl. 38, 547s, Official Journal of the European Respiratory Society, 2002
11. Hepper NG, Drage CW, Davies SF, Rupp WM, LaMothe J, Schoenfelder PG, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: a community-oriented program including professional education and screening by a voluntary health agency. Am Rev Respir Dis 1980;121(1):97-104.

12. Townsend CO, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, et al. Relation between smoking cessation and receiving results from three annual spiral chest computed tomography scans for lung carcinoma screening. *Cancer* 2005;103(10):2154-62.
13. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN, Sigara İçme Konusundaki Davranış ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını; Yayın No: 7, Ankara, 1997
14. Yang G, Fan L, Tan J, et al: Smoking in China: Findings of the 1996 National Prevalence Survey. *JAMA* 1999;282:1247-1253
15. Soydal T, Ergüder T, Türkiye'de Sigara sorunu ve Mücadelesi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara 2002
16. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST; eds. *The Impact of Air Pollution on Respiratory Health*. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. *Eur Respir Mon*, 2002;21:161-79.
17. Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxyhydrate and peroxyhydrate. *Ann NY Acad Sci* 1993;686:12-28
18. Ambrose JA, Barua RS: The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:1731-1737
19. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No:2. http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html#_edn7; 2003.
20. US Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services. 1982
21. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1579-80
22. Kamangar F. et al. Patterns of Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World, *J Clin Oncol* 2006;24:2137-2150
23. Wei Q, Spitz MR. The role of DNA repair capacity in susceptibility to lung cancer: A review. *Cancer and Metastasis Reviews* 1997;16:295-307
24. Goksel T, Akkoçlu A. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994-1998. *Respiration* 2002;69:207-10.
25. Bilgel N. Türkiye'de sigara içme yaygınlığı. In: Özyardımcı N (Editor). *Sigara ve Sağlık*. 1. baskı, Bursa: 2002;59-73
26. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. *Eur J Cancer* 2001;37:83-92.

27. U.S. Environmental Protection Agency (U.S.EPA). Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. EPA/600/6-90/006F. Washington, DC, EPA Office of Research and Development. 1992
28. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30
29. Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M. Trends in respiratory morbidity of children in relation to their passive smoking exposure. *Cent Eur J Public Health*. 2006 Dec;14(4):180-5
30. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2004
31. Berrettini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2005;162:1441-51
32. Pomerlau CS, Carton SM, Lutzke ML ve ark. Reliability of the Fagestrom Tolerance Questionnaire and Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addict Behav* 1994;653:278-84
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1995
34. Manley MW, Epps RP, Glynn TJ: The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am* 1992; 76; 477-94
35. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997; 52:282-84,
36. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002;346(7): 506-12
37. Tür A. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri: Yalman A (ed).1995:181-93.
38. Schwartz JL.Methods of smoking cessation *Med. Clin. North America* 1992;76:451 -75.
39. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27
40. McBride PE, Plane MB, Underbokhe G et al. Smoking screening and management in primary care practices. *Arch-Fam-Med*. 1997; 6: 165-72
41. West R, McNeill A, Raw Martin. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99

42. Glassman AH, Stetner F, Walsh BT, et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988; 259: 2863-6
43. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada 1978 – 1985, Public Health Service, National Cancer Institute. NIH Publication No. 87-2940, 1087
44. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco>
45. Stuart K, Borland R, McMurray N Self-efficacy, health locus of control and smoking cessation. *Add Beh* 1994;19:1-12
46. Özmen K, Dumlu T, Arbak P, Balbay Ö, Annakkaya AN. Astım, KOAH ve Akciğer Kanseri Hastalarında ve Refakatçilerinde Sigara Alışkanlığı. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 30. Ulusal Kongresi; 26-30 Ekim 2008 Bodrum, Muğla 2008
47. Jamie S. Ostroff, Ph.D.,2 Natasha Buckshee, 'Smoking Cessation Following CT Screening for Early Detection Of Lung Cancer ' *PreventiveMedicine* 2001;33;613-621
48. Jamrozik K, Vessey M, Fowler G et al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *BMJ* 1984;288:1499-1503
49. Johan B, Jan D et al. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: A randomized clinical trial. *Resp Medicine* 2006;100:2012-2017
50. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial Evaluation of the patient with lung cancer. Symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003; 123: 97S-104S.
51. A Statement of Joint Committee on smoking and health: Smoking and Health: Physician Responsibility. Special Report. *Chest* 1995;108:1118-1121
52. Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjo A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 1996;50:625–630.
53. Fernandez E, Garcia M, Schiaffi no A et al. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in catolina, Spain. *Prev Med* 2001;32:218-23
54. Balbay Ö, Annakkaya AN, Aytar G, Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;3:10-14

10. RESİMLEMELER LİSTESİ

10.1. Tablolar	Sayfa No
Tablo-1 Sigara dumanındaki bazı maddeler	4
Tablo-2 Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar	5-6
Tablo-3 Sigaraya bağlı ölümcül hastalıklar	6
Tablo-4 Olguların yaş ve sigara kullanma özellikleri	20
Tablo-5 Olgularda Sorgulanan Akciğer Kanseri Semptomlarının sıklığı	22
Tablo-6 Cinsiyet ve Semptomlara göre bırakma oranlarının karşılaştırılması	25

10.2. Şekiller	Sayfa No
Şekil-1 Olguların cinsiyet dağılımı	20
Şekil-2 Sigara bırakmayı düşünenlerin oranı	21
Şekil-3 Sigara bırakmayı daha önce deneyenlerin oranı	21
Şekil-4a Çalışmaya katılan olguların 6 ay sonra sigara alışkanlığındaki değişim	22
Şekil-4b Çalışmaya katılan olguların 6 ay sonra sigara alışkanlığındaki değişim	23
Şekil-5 Çalışmaya katılan olguların 6 ay sonraki sigara bırakma oranları	23
Şekil-6 Sigarayı bırakanlarla içenlerin yaş açısından karşılaştırılması	24
Şekil-7 Sigarayı bırakanlarla içenlerin sigara kullanım sürelerinin karşılaştırılması	24
Şekil-8 Hemoptizi varlığına göre bırakma oranları	26
Şekil-9 Çomak parmak varlığına göre bırakma oranları	26
Şekil-10 Semptom taraması yapılan olguların bırakma oranı ile aynı topluluğun spontan sigara bırakma oranlarının karşılaştırılması	27

11. ÖZGEÇMİŞ

28.04.1978 tarihinde Hatay/Antakya'da doğdum. İlköğrenimi Çekmece köyü İlkokulunda, Orta öğrenimimi Süleyman Nazif Ortaokulu'nda ve lise öğrenimimi Antakya Kurtuluş Lisesi'nde tamamladım. 1994 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üniversite eğitimime başladım ve 30.06.2000 tarihinde mezun oldum. 01.05.2001 yılında Çorum Ülken Pınar Merkez Sağlık Ocağına pratisyen hekim olarak atandım. Burada 16 ay çalıştım. Nisan 2002 de Tıpta Uzmanlık Sınavında Düzce Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Bölümünü kazandım. Burada 16 ay çalıştıktan sonra Eylül 2003 de Tıpta Uzmanlık Sınavında Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları bölümünü kazandım. 15.12.2003 tarihinden itibaren Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

Akciğer Kanseri Semptom Taramasının Sigara Bıraktırmadaki Rolü

No:

Tarih:

Adres:

Telefon:

İsim:

Yaş:

Cins:

Meslek:

Ne süredir Düzce'de yaşadığı:

Boy:

Kilo:

SİGARA

Kaç yıldır:

Günde kaç paket:

Bırakalı ne kadar oldu:

AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SORGULAMASI

Hemoptizi:

Kronik Öksürük:

Göğüs Ağrısı:

Kilo Kaybı:

Ses Kısıklığı:

Çomak parmak: