



Türk Toraks Derneği

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

tarafından hazırlanmıştır - 2014

SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU



Türk Toraks Derneği

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

tarafından hazırlanmıştır - 2014

SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU

Ankara, 2014



Türk Toraks Derneği

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

YAZARLAR

Cengiz ÖZGE (BAŞKAN)

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Zeynep Ayfer AYTEMUR

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Nazmi BİLİR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Hamid BOZTAŞ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Gamze ÇAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Osman ELBEK

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Nur ENGİNDENİZ

Psikiyatri Uzmanı Serbest Hekim

Umut KARASU

Balıkesir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Oğuz KILINÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Osman ÖRSEL

Ankara Atatürk Senatoryumu Göğüs Hastalıkları Kliniği

Funda ÖZTUNA

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Pınar PAZARLI BOSTAN

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Leyla SAĞLAM

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Esra UZASLAN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

İlhan YARGIÇ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Zeki YÜNCÜ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

BASKI

MİKİ MATBAACILIK SAN. TİC. LTD. ŞTİ.

Matbaacılar Sitesi 1516-1. Sk. No: 27 İvedik / Yenimahalle - ANKARA

0312 395 21 28 • www.miki matbaasi.com



İçindekiler

1.Nasıl bir sorunla karşı karşıyayız ?	5
2.Tütün Ürünleri ve Tütün Ürünleri Kullanımı Epidemiyolojisi	8
3.Psikodinamik Açıdan Madde Kullanım Bozukluğu	12
4.Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi	17
5.Olguların Evrelendirilmesi	23
6.Bağımlılığın Değerlendirilmesi	26
7.Sigara bırakmada 5A, 5R	28
8.Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler.....	32
9. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi.....	35
10.Bırakma Döneminde İzlem.....	42
11.Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler.....	44
12.Özel Durumlarda Sigara Bırakma	48
A.Kronik Hastalıklarda Sigara Bırakma	48
B.Gençlerde Sigara Bırakma	52
C.Gebelikte Sigara Bırakma	56
D.Ağır Mental Hastalıklar, Depresyon ve Sigara Bırakma.....	60
13.Nüks Olgulara Yaklaşım	68
14.Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri.....	72

01

Nasıl Bir Sorunla Karşı Karşıyayız

Giriş

Dünyada en çok ölüme yol açan iki nedenden birisi açlık, diğeri tütün kullanımınıdır. Gerçekten de tütün kullanımı, gerek doğrudan gerekse pasif duman maruziyeti nedeniyle pek çok ölümcül sağlık sorununa yol açmaktadır (1).

Hiç kuşku yok ki dünyada her gün 12 bin insanı öldüren bu sorunun nedeni; tütünü alıp fabrikalarda bir meta haline getiren ve ürettiği bu meta ile önündeki her sınırı ortadan kaldırıp dünya genelinde kazanç ve kâr peşinde koşmaya başlayan tütün endüstrisidir. Bu nedenle tütün kontrolünde amaç tütün endüstrisinin ölümlere yol açan para kazanma hırasının kontrol altına alınmasıdır. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de ifade ettiği gibi "Bütün salgın hastalıklarda bir bulaşma yolu vardır ve hastalık ve ölümlerin yayılmasına yol açan bir de aracı vardır. Tütün salgını konusunda bu araç bir virüs, bakteri veya bir başka mikroorganizma değildir –bu araç bir endüstri ve çalışma stratejisidir." (1).

Tütün Endüstrisi ve Çalışma Stratejisi

Bir ülkede tütün işleyen/üreten bir yapının kamunun mülkiyetinden çıkartılıp, piyasanın tümüyle para kazanmaktan başka bir amacı olmayan tütün endüstrisine terk edilmesi, o ülkede tütün kontrol politikası açısından dezavantaj yaratan bir durumdur (2). Öte yandan dünya çapında uygulamaya konulan benzer neoliberal politikalar nedeniyle "gelişmekte olan" ve "geri kalmış" ülkelerde tütün ekerek geçimini sağlayan insanların yoksulluğa itilmesini pahasına, ulusötesi tütün endüstrisinin gelişmiş ülkelerde azalan tütün kullanım oranları nedeniyle kâr oranlarının düşmesi önlenmiştir. Bugün itibarıyla British American Tobacco (BAT)'nın tütün satışlarının %70'inin Afrika, Asya, Doğu Avrupa ve Latin Amerika ülkelerine yapıyor olması (3), uygulanan politikanın ulusötesi tütün endüstrisi açısından başarıya ulaştığını kanıtlamaktadır.

Tütün Kontrolü Politikaları

Bilimsel veriler tütün ürünlerinin yüksek fiyatla satışa sunulmasının, dumansız hava sahası yaratmanın, konu hakkında medya kampanyası yapmanın, tütün ürünlerinin zararlarını ve tüketim

kısıtlamalarını belirten uyarı yazıları kullanmanın, isteyen bireylere sigara bırakma desteği sunmanın ve tütün endüstrisinin reklâm yapmasını önlemenin tütün kontrolünün temel bileşenleri olduğunu belirtmektedir (1). Oysa kapsamlı sigara bırakma hizmetlerinden yararlanabilen, tütün dumanının pasif etkileniminden veya tütün endüstrisinin reklâm kampanyalarından korunabilen kişi sayısı dünya nüfusunun ancak %5'i kadarıdır (1).

Hekime Düşen...

Türkiye'de göğüs hastalıkları uzmanlarının uzmanlık örgütü olan Türk Toraks Derneği (TTD)'ne üye olan ve araştırmaya katılan göğüs hastalıkları uzmanlarının %69'unun hiç sigara kullanmadığı bilinmektedir (4). Bu araştırmanın sevindirici bir bulgusu olarak TTD üyesi olan kadın göğüs hastalıkları uzmanları, erkeklere kıyasla anlamlı biçimde daha az sigara kullanmaktadır (sigara kullanmama oranı kadınlar için %74, erkekler için %60, p=0.001) (4). Ancak ne üzücüdür ki, tütün salgınının yarattığı tahribatı en iyi bilen ve şahit olan göğüs hastalıkları uzmanlarının %10'u halen düzenli veya arasıra sigara içmektedir (5). Yapılan başka bir araştırmaya göre ise sigara içiciliği riskini, erkek cinsiyet ve 2004 yılından önce tıp fakültesinden mezun olma 1,8; sigara bırakma polikliniği faaliyeti yürütmek 1,3 ve eğitim hastaneleri ve/veya tıp fakültelerinin eğitim kadrosunda olmamak 1,2 kat artırmaktadır (6).

Öte yandan TTD'ye üye olan göğüs hastalıkları uzmanlarının dahi ancak %52'sinin sigara bırakma konusunda mesleki eğitim almış olması (4), tütün kontrolü konusunda Türkiye'de göğüs hastalıkları uzmanlarının dahi yeterli düzeyde bilgiye erişemediğine işaret etmektedir. Oysa sigara bırakma yardımı eğitimi almış olmak bir hekimin sigara bırakma polikliniğinde çalışmasını ve bu sayede tütün salgınına mesleği aracılığıyla müdahil olmasını 3,6 kat artırmaktadır (7). Benzer biçimde bir göğüs hastalıkları hekiminin mesleki faaliyetlerinin bir parçası olarak sigara bırakma polikliniğinde çalışma oranını, "rol model"liğin bir yansıması olarak aktif içici olmamak 2,7, il tütün kontrol kurulu üyesi olmak 2,0 ve özel sektörde çalışmak 1,9 kat artırmaktadır (7).

Rol Modellik

Hiç kuşku yoktur ki her hekim –göğüs hastalıkları uzmanı olsun ya da olmasın her hekim- mesleğinin kendisine yüklediği sorumlulukların bir gereği olarak tütün kontrolü mücadelesini hayatının bir parçası haline getirmelidir. Çünkü Hipokrat’tan bu yana “önce zarar vermeme” ilkesi hekimlik mesleğinin temel düsturu olmuştur. Tütün salgını ise her şeyden önce sağlığa, ekonomiye ve doğaya zarar vermektedir.

Sigara Bırakma Faaliyetleri

Sigara bırakma faaliyetleri her ne kadar hekimlerin her yerde ve her alanda sürdürmesi gereken “iyi klinik uygulama” olmasına karşın; bu faaliyetlerin bir sistematik program dahilinde Sigara Bırakma Poliklinik’lerinde yürütülmesi başarı şansını artırmaktadır.

Bilindiği üzere tütün bağımlılığın gelişmesinde davranışsal boyut en az farmakolojik boyut kadar önemlidir. İşin ilginç sigara bırakma sürecinde de benzer biçimde davranışsal boyut kritik öneme sahiptir. Sigara bırakma, farklı aşamaları olan bir döngüsel süreç olduğundan dolayı sigara bırakma hizmeti sunacak her hekim hasta merkezli olmalı; süreç içerisinde hastaya eşitler ilişkisi dahilinde karşılıklı bilgi paylaşımı çerçevesinde yaklaşmalı; bağımlılığın hasta tarafından aşılacağını bilmeli ve bu nedenle hasta motivasyonunu yükseltmeye çalışmalı; hastanın süreç içerisinde çeşitli nedenlerle geliştireceği itirazları ve ambivalansları hastanın bilgiye olan merakı ve bağımlılığın doğal seyri olarak algılamalı ve “doğru” bilgiyi hastaya dikte etmek yerine, girişimini hastanın evresine uygun olarak eşleştirmeli, hedefleri hastayla birlikte belirlemeli, hastaya tercihleri olan bir yaklaşım sunmalı ve en önemlisi suçlayıcı ve yargılayıcı olmadan hastayı kendi çelişkileriyle yüzleştirerek onun kendi kararlarını kendisinin almasını sağlamalıdır.

Öte yandan hiç kuşku yok ki her hekim, mesleki faaliyetleri sırasında hastayla karşılaştığı her durumda, en azından hastasının tütün kullanıp kullanmadığını öğrenmek, eğer kullanıyorsa ona güçlü biçimde bırakmayı önermek ve hasta kabul ediyorsa onu sigara bırakma faaliyetlerine yönlendirmek zorundadır.

Politik Çalışmalar

TTD üyesi olan göğüs hastalıkları uzmanlarının ancak %9’unun illerinde var olan tütün kontrol kurulunun üyesi olması, tütün kontrolü mücadelesinin geleceği

açısından dikkat çekici bir sorundur (4). Çünkü tütün salgının önlenmesi konusunda hekimlerin üstlenmesi gereken sorumluluklardan birisi de politik çalışmalardır: Gerekli yasal düzenlemelerin oluşması ve var olan düzenlemelerin etkin biçimde uygulanması için sürdürülecek lobi faaliyetleri, tütün kontrol mücadelesine toplumsal destek kazandıracak etkinlikler ve illerde kurulmuş İl Tütün Kontrol Kurulu Faaliyetleri’ne katılmak bu başlık altında sayılabilecek girişimlerdir. Bu çerçevede tütün endüstrisinin değişen şartlara uyum kapasitesini azaltmak ve ölümden para kazanan bu endüstriyi birgün tümüyle ortadan kaldırmak hekimlerin toplumsal sorumlulukları arasındadır. Zaten Türk Tabipleri Birliği de “Toplumsal Sorumluluklar Bildirgesi”nde diğer konuların yanı sıra ürünlerin satışı konusunda da hekimlere sorumluluk yüklemektedir (8).

Son Söz Yerine...

Türkiye’de doksanlı yılların başından beri ısrar, sabır ve inatla sürdürülen tütün kontrolü mücadelesi bugün oldukça yetkin bir düzeye ulaşmıştır. Bu çerçevede Türkiye, bugün itibarıyla tütün kontrolü açısından dünyanın önde gelen ülkelerinden birisi haline gelmiştir.

Öte yandan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre Türkiye’de sigara içenlerin %44.8’i son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemişlerdir (9). Gelecek bir ay içerisinde Türkiye’de sigarayı bırakmayı düşünen kişi sayısı 8.4 milyondur (9). Çok açık ki veriler, Türkiye’nin tütün kullanımını bırakmaya hazır olduğuna işaret etmektedir. Ancak ne yazık ki sağlık kuruluşuna başvuran hastaların ancak %49’una sigara içip içmediği sorulmaktadır (9). Bu durum hekimlerin konu hakkındaki farkındalıklarının ivedilikle artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca DSÖ’nün de ifade ettiği gibi acil olarak Türkiye’deki sağlık sistemi bağımlılık tedavisine uyumlu hale getirilmeli, birinci basamak hizmetlerine entegre edilmeli ve farmakolojik tedavi ucuz ve ulaşılabilir olmalıdır (1).

Ayrıca tütün ürünlerinin paketlerinin de Avustralya’da uygulamaya konulması karar altına alınan paketler gibi Türkiye’de de tek tip ve logodan arındırılmış biçime dönüştürülmesi ve DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nde de belirtildiği gibi, tütün kontrolü ile ilgili halk sağlığı politikaları geliştirilmesi ve uygulamalarının, tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkar çevrelerinden korunması önümüzdeki dönemin tütün kontrolü mücadelesinin temel taşlarından birisi olmalıdır.

Son olarak tütün kullanımı hakkında yapılan araştırmalarda düşük mesleki statü varlığının, kiralık evde yaşamanın, araba sahibi olmamanın, işsizliğin, kalabalık evde yaşamanın, hapishane mahkûmlarının, göçmenlerin ve sokakta yaşayanların anlamlı oranda daha fazla tütün kullandığını göstermiştir. (10). Gerçekten de yoksullar ve “öteki”ler, tütünün zararları hakkında daha az farkındalığa sahiptirler, tütün endüstrisinin politikaları karşısında korunmasız durumdadırlar, stres yönetiminde zorluk yaşarlar, maddi yoksunlukla başa çıkmanın getirdiği güçlüklerle hayatlarını sürdürürler ve ne yazık ki kötü giden hayatlarında tütün kullanımını kendileri için tek “ödül” olarak tanımlarlar (11). Bu nedenle tüm dünyada tütün kontrolüne yönelik saptanan politikaların, yoksullara ve sosyal dışlanma yaşayan gruplara yönelik koruma önlemleri ile harmanlanması gerekmektedir. Çünkü bu dünyada gücü elinde bulunduranlar hayatı belirlemektedir. Bu bağlamda dünyada faaliyet gösteren altı tütün firmasının sadece 2010 yılı kârının 35 milyar dolara ulaştığı düşünüldüğünde (12), önlem alınmadığı durumlarda özellikle yoksullar ve yoksunlar başta olmak üzere insanlığın neler kaybedebileceğini düşünmek hiç de zor değildir.

KAYNAKLAR

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008. / DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER – KUVVET- Paketi. (Bilir N –Çev Ed.), Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
2. Elbek O. Tütünün Ekonomi Polisiği, Biamag, <http://bianet.org/biamag/tarim/123970-tutunun-ekonomi-politigi> -Erişim Tarihi: 16 Ağustos 2011.
3. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bull World Health Organization, 2000; 78: 902-910.
4. Bostan Pazarlı P, Elbek O, Kılınc O, Akçay Ş, Kıran S. Türk Toraks Derneği Üyesi Olan Göğüs Hastalıkları Hekimlerinin Tütün Kontrolü Alanında Tutum Ve Davranışları. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi 5. Yıllık Kongresi, 8-11 Mayıs 2011, Kocaeli.
5. Bostan Pazarlı P, Aytemur Ayfer Z, Hacıevliyagil SS, Öztuna F, Örsel O, Kıran S. Sigara İçen ve Göğüs Hastalıkları Hekimi Olan TTD Üyelerinin Bırakma İsteğinin Değerlendirilmesi. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi 5. Yıllık Kongresi, 8-11 Mayıs 2011, Kocaeli.
6. Bostan Pazarlı P, Aytemur Ayfer Z, Hacıevliyagil SS, Öztuna F, Örsel O, Kıran S. TTD Üyesi Olan Göğüs Hastalıkları Hekimlerinde Sigara İçme Durumu ve İlişkili Faktörler. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi 5. Yıllık Kongresi, 8-11 Mayıs 2011, Kocaeli.
7. Bostan Pazarlı P, Elbek O, Kılınc O, Akçay Ş, Kıran S. TTD Üyesi Olan Göğüs Hastalıkları Hekimlerinin Sigara Bırakma Polikliniği Yapmaları İle İlişkili Faktörler. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi 5. Yıllık Kongresi, 8-11 Mayıs 2011, Kocaeli.
8. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi Sonuç Raporu, İçinde: Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Haziran 2008, Birinci Baskı, Sayfa: 16-17. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bildirgeler.pdf -Erişim Tarihi: 16 Ağustos 2011.
9. T. C. Sağlık Bakanlığı, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Mayıs 2010, http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf -Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2010.
10. Jarvis MC & Wardle J. Kişisel Sağlık Davranışlarında Sosyal Kalıplanma: Sigara İçme Durumu. İçinde: Marmot M, Wilkinson RG (ed.) Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. İnsev Yayınları, 2009.
11. Elbek O. Tütün ve Yoksulluk, Dördüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, Haziran 2010, Elazığ, Sayfa: 80-85.
12. Eriksen M, Mackay J, Ross H; American Cancer Society & World Lung Foundation. The Tobacco Atlas Fourth Edition (<http://www.tobaccoatlas>).



02

Tütün Ürünleri ve Tütün Ürünleri Kullanımı Epidemiyolojisi

Tütün Ürünleri Ve Tütün Ürünü Kullanım Türleri

Bitkiler sistematüğinde patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) Güney Amerika yerlilerinin yüzyıllardan beri kullandıkları bir bitkidir. Dünyanın tütünle tanışması ise 1492 yılında Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfinden sonra olmuştur. Portekiz'deki Fransız elçisi Jean Nicot, Amerika yerlilerinin baş ağrısı tedavisi için kullandıklarını bildiği bu bitkiyi 1559 yılında Fransız kraliçesine takdim eder ve tütün kraliçenin baş ağrısına iyi gelir. Daha sonra 1828 yılında tütün bitkisinden izole edilen alkaloid maddeye "nikotin" adı verilmiştir. O yıllarda Avrupa'da tütün kıymetli bir bitkidir ve ancak saraylarda ve konaklarda varlıklı kişilerin kullandığı bir üründür (1).

Tütün (nicotiana) familyasında 65 dolayında tür bulunmakla birlikte bugün için tütün ürünlerinin yapımında başlıca iki tütün türü (Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica) kullanılmaktadır. Tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan ve içme (tüttürme), buruna çekme, emme ya da çiğneme şeklinde kullanılan ürünlere "tütün ürünü, tütün mamulü" adı verilir. Çeşitli teknolojik işlemlerden geçirilerek hazırlanan ve pazara sunulan başlıca tütün ürünleri şunlardır (2):

- Sigara
- Sarmalık kıyılmış tütün
- Pipo tütünü
- Puro ve sigarillo
- Nargilelik tütün
- Enfiye tütünü
- Çiğnemelik (ağızdan kullanıma yönelik) tütün

Tütün Ürünleri Kullanımı

Tütün ürünü kullanımı çeşitli türlerde olabilir. Yaşamı boyunca hiç tütün ürünü kullanmamış (life-long nonsmoker) olan kişiler sigara içmeyen kişilerdir. Tütün ürünü kullanımı bakımından başlıca üç grup söz konusudur:

- a) Sigara içmemiş (non-smoker): Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kişiler.
- b) Sigarayı bırakmış (ex-smoker): Eskiden sigara içmiş olan, ancak bir süreden beri (en az 6 ay) içmeyen kişiler.

- c) Sigara içen (Current smoker): Halen düzenli veya düzenli olmayan şekilde sigara içen kişiler.

Yaşamının herhangi bir döneminde 100 tanenin üzerinde sigara içmiş olan kişiler "sigara içicisi" (ever smoker) olarak adlandırılır. Bu ürünleri hergün düzenli olarak içen (daily smoker) kişiler olabildiği gibi, bazı kişiler bu ürünleri aralıklı olarak kullanıyor olabilir (occasional smoker). Arada bir sigara içenler dışında sigarayı hergün içenler veya hergün içmese bile kısa aralıklarla devamlı olarak sigara içen kişiler "halen kullanan-düzenli içici" (current – regular smoker) olarak adlandırılır. Sonuç olarak tütün ürünleri kullanım sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda hangi tanımın dikkate alındığı önem taşımaktadır.

Dünyada tütün ürünü kullanan kişi sayısının en çok olduğu ülke Çin'dir. En kalabalık nüfusa sahip olması bakımından, sigara içen kişi sayısının da bu ülkede en fazla olması doğaldır. Sigara içen kişi sayısı bakımından bu ülkeyi Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD izlemektedir. Türkiye dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır (3). Dünya genelinde yetişkin yaş grubunda erkeklerin yaklaşık yarısı, kadınların da altıda biri sigara içmektedir. Ancak sigara kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasında dikkat çeken özellikler vardır. Kanada, İngiltere, İsveç gibi ülkelerde sigara kullanım sıklığı erkekler ve kadınlarda benzer sıklıkta olup yüzde 20-25 dolayındadır. Buna karşılık Endonezya, Çin, Tayland, Endonezya gibi ülkelerde sigara kullanım sıklığı yüksektir (yüzde 35-40 dolayı) ve bu ülkelerde erkekler arasında tütün kullanım sıklığı yüzde 50 ve üzerinde bulunurken kadınlarda oldukça düşük (yüzde 5 ve altı) düzeylerde dir. Bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığı Tablo 1'de görülmektedir (3).

Tütün ve sigara kullanımı bakımından dünyada son 100 yıllık süre içinde 4 evre yaşandığı ifade edilmektedir. Bugün dördüncü evreye ulaşmış olan ülkeler yıllar önce birinci-ikinci evreleri yaşayarak bugünkü evreye ulaşmışlardır (Şekil 1) (1).

1. evre: Bu evre tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu ama zaman içinde artmasının beklendiği evredir. Artma öncelikle erkekler arasında olacaktır.

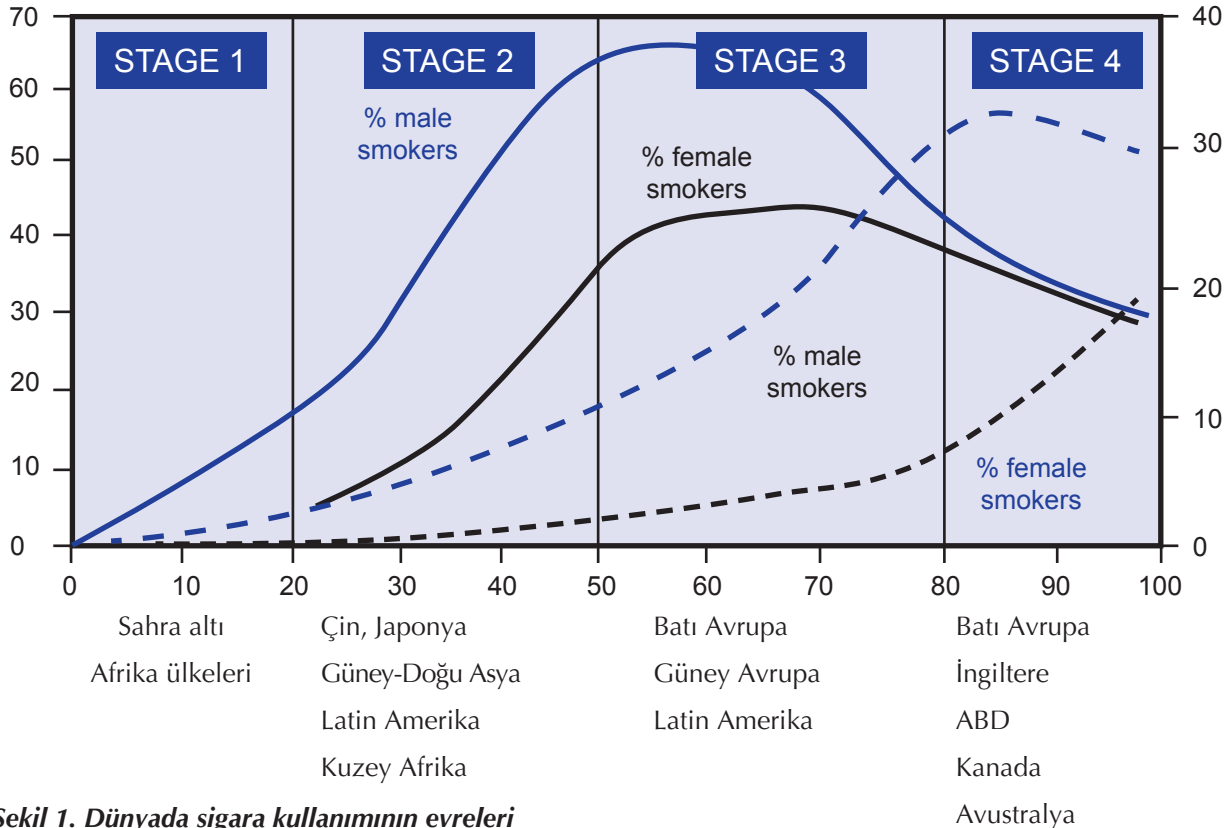
Tablo 1. Bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığı

Ülke, yıl	Yaş grubu	Tütün kullanımı (%) (halen kullanan)		
		Toplam	Erkek	Kadın
Rusya (2009)	15+	39,1	60,2	21,7
Polonya (2009)	15+	27,0	33,5	21,0
Uruguay (2009)	15+	25,0	30,7	19,8
Çin (2010)	15+	28,1	52,9	2,4
Tayland (2009)	15+	23,7	46,5	3,1
Endonezya (2004)	15+	-	63,1	4,5
Kanada (2009)	15+	17,5	19,2	15,9
İngiltere (2009)	16+	-	23,0	21,0
Brezilya (2008)	15+	17,2	21,6	13,0
Mısır (2008)	15+	19,4	37,7	0,5

- evre: Tütün kullanımı bakımından hızlı artışın yaşandığı dönemdir. Artış daha çok erkeklerde, ancak kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu evrede tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarında da artmalar başlamıştır.
- evre: Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının çok görüldüğü ve erkeklerde ölümlerin hızla

arttığı ilerleyen yıllarda erkeklerde sigara kullanımının azalmaya başladığı dönemdir.

- evre: Bu evrede tütün kullanımında hem erkeklerde hem de kadınlarda önemli azalma gözlenmektedir. Erkeklerde ölümlerde de azalma olmaktadır, ancak kadınlarda ölümler halen artmaktadır.

**Şekil 1. Dünyada sigara kullanımının evreleri**

Türkiye’de Tütün Ürünleri Kullanımı

Türkiye tütün üreten bir ülkedir ve dünyanın toplam tütün üretiminin %1,7’sini karşılamaktadır. Önceleri daha fazla olan tütün üretimi son 20 yıl içinde azalmıştır. Türkiye’de tütün ve tütün ürünü üretimi, satış ve pazarlaması 1980’li yıllara kadar devlet kontrolünde TEKEL eli ile yapılmıştır. Ancak 1984 yılından başlayarak bir dizi düzenleme sonucunda TEKEL çok uluslu tütün firmasına satılmış ve tütün ve tütün ürünlerinin üretimi ve satışı yabancı tütün şirketlerinin kontrolüne girmiştir. 1980’lerin sonlarına kadar tütün ithalatı yok iken 1988 yılından başlayarak tütün ithal edilmeye başlanmış, yıllar içinde ithal edilen tütün miktarı, ülkede üretilen tütün miktarına ulaşmıştır (4).

Özellikle TEKEL’in özelleştirilmesi ve satılması sürecine paralel olarak Türkiye’de sigara kullanımı hızlı artış göstermiştir. Bu artış 1990’lı yılların sonlarına kadar sürmüştü, sonra artış hızı düşmüştü, 2000’li yılların ortalarından itibaren de tütün ve sigara satışları azalmaya başlamıştır. Türkiye’de yetişkinlerde (15 ve üzeri yaşlar) halen tütün ürünü kullanım sıklığı %31,2’dir (erkeklerde %48, kadınlarda %15) (5). Hergün sigara içenler %27,4’tür. Hergün sigara içenlerde en yüksek sıklık 25-44 yaşlar arasındadır (Tablo 2). Eğitim düzeylerine göre inceleme yapıldığında ise hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanım sıklığı lise düzeyine kadar artış göstermekte, üniversite eğitimi olanlarda ise azalmaktadır.

Tablo 2. Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Hergün Sigara Kullanma Yüzdeleri, KYTA, 2008

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Toplam
15-24	34,9	9,1	21,7
25-44	53,1	16,2	34,7
46-64	44,3	10,3	27,0
65,+	17,9	1,6	8,7
Toplam	43,8	11,6	27,4

Türkiye’de 2003 ve 2009 yıllarında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA, GYTS: Global Youth Tobacco Survey) sonuçlarına göre tütün ürünü kullanım sıklığı artış göstermektedir (Tablo 3)

(6). Bu çalışmada saptanan önemli bir bulgu da on gençten birisinin gelecek bir yıl içinde sigara içmeye başlayabileceğini belirtmiş olmasıdır.

Tablo 3: Türkiye’de Gençler Arasında Tütün Kullanım Sıklığı, KGTA, 2003 ve 2009

Tütün Ürünü Kullanımı	2003			2009		
	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)	Erkek (%)	Kız (%)	Toplam (%)
Sigara içmeyi denemiş olan	31,7	19,7	26,3	32,5	25,4	29,6
Sigara içmeye 10 yaşından önce başlayan	34,9	23,7	30,7	31,6	31,7	30,5
Halen sigara içen	9,4	3,5	6,9	10,2	5,3	8,4
Önümüzdeki yıl sigaraya başlamayı düşünen	8,2	5,3	7,0	10,6	9,8	10,2

Dünyada Tütün Kontrolü Çalışmaları

Dünyada tütün kontrolü düşüncesi 1950’li yıllarda tütün (sigara) kullanımının sağlık üzerindeki zararları ile ilgili kanıtların ortaya konmasından sonra gelişmiştir. İlk kez 1964 yılında Amerikan

Surgeon General Raporu’nda sigara kullanımının sağlık için zararlı olduğu ifadesi yer almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk kez 1970 yılında tütünün sağlık için zararlı olduğuna işaret etmiş, 1980 yılında da “Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin” sloganı ile,

sağlık ile sigaranın bir arada olamayacağına işaret etmiştir. Bu yıllarda çeşitli ülkelerde de tütün kontrolü yönünde yasal düzenlemeler yapılmıştır. Tütün kontrolü konusuna uluslararası alanda bir düzenleme yapılması gereği üzerine Dünya Sağlık Örgütü uzunca süren tartışmalar sonunda 2003 yılındaki Genel Kurulunda Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni (FCTC; Framework Convention on Tobacco Control) (7) üye ülkelerin oybirliği ile kabul etmiş, 5 yıl sonra Sözleşmede yer alan konuların etkili şekilde uygulanmasına olanak sağlamak üzere tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER – KUVVET) hazırlamıştır (3).

Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları ve Sonuçları(8)

Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları 1996 yılında kabul edilen “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No 4207) ile yasal dayanak bulmuştur. Daha sonra bu Kanun’un kapsamının genişletilmesi ile 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye “tam sigara dumanısız” ülke olmuştur. Bütün kapalı mekanların sigara dumanından arındırılmış olması, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı ile tütün endüstrisi tarafından sponsorluk yapılmasının yasaklanması, televizyon kanallarında tütün kullanımının zararları konusunda eğitici yayınlar yapılması şeklinde kapsamlı bir tütün kontrolü yasasına sahip olmak bu başarının temelini oluşturmuştur. Tütün kontrolü uygulamalarının başlıca sonuçları şu şekildedir (9):

- Tütün (sigara) kullanım sıklığı azalmıştır
- Sigara dumanından pasif etkilenim azalmıştır
- Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları azalmıştır
- Toplumun tütün yasasına desteği artmıştır.

Bu olumlu gelişmelere karşın tütün kontrolü yasasının uygulaması bakımından bazı güçlükler vardır, özellikle ikram sektörü işletmelerinde ve kamu binalarında ihlaller olmakta, tütün endüstrisinin reklam ve tanıtım çabaları yeterinde

izlenememektedir. Bu açılardan daha etkili denetimler yapılması ve yaptırımların uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, Tütün ve Tütün Kontrolü (Ed. ZA Aytemur, Ş Akçay. O Elbek) içinde sayfa 21-35, Türk Toraks Derneği Yayını, 2010.
2. Seydioğulları M, Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Tütün ve Tütün Kontrolü (Ed. ZA Aytemur, Ş Akçay. O Elbek) içinde sayfa 3-20, Türk Toraks Derneği Yayını, 2010.
3. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008. / DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER – KUVVET- Paketi. (Bilir N –Çev Ed.), Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
4. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, and Önder Z. Tobacco Control in Turkey. WHO Europe, 2009.
5. Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey, Turkey Report (2008), Publication, No. 803, Ankara, 2010.
6. Ergüder T. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey – 2003 and 2009 (in press).
7. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003.
8. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Stender KM. Tobacco Control in Turkey; Story of Commitment and Leadership, World Health Organization, Copenhagen 2012.
9. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Türkiye’de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirmesi Projesi Raporu, Aralık 2010.



03

Psikodinamik Açından Madde Kullanım Bozukluğu

Giriş

Madde bağımlılığı bu maddeyi beden ve ruh sağlığını; aile sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede fazla ve tekrarlayıcı bir biçimde içme, bunları alma isteğini kontrol edememe ve durduramama ile belirli bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Maddeyi ilk deneme aşamasında çevresel şartlar sorumlu tutulurken, maddeyi yeniden kullanmada biyolojik yatkınlığın sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Madde kullanım bozukluklarının kalıtsal bir yanı olduğu düşünülmeyle beraber yapılan çalışmalarda çevresel ve sosyal şartlarla psikodinamik etkenlerin de etkili olduğu vurgulanmaktadır.

Madde kullanım bozukluğu üzerine yapılan çalışmalar ve yazılan makalelerde nikotin bağımlılığı konusuna çok az değinilmiştir. Bu alandaki çalışmalar daha çok alkol ve diğer maddeler üzerinedir. Son yıllara kadar tütün tüketiminin sosyal açıdan kabul gören bir yanı olmasında bunun payı çoktur. 1970'li yıllardaki bilimsel çalışma ortamlarında hatta bebeklerle yapılan çalışmalarda bile gerek çalışmacıların gerekse ebeveynlerin ellerinde sigara olan görüntüleri hatırlanacak olursa konunun önemi daha iyi anlaşılır. Ancak son yıllarda sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı sosyal açıdan da kabul görmemekte ve bu bağımlılıkla mücadele için etkin tedavi yöntemleri geliştirilmeye çalışılmaktadır (1).

Sosyalleşme süreci ve Bağımlılık

Bağımlılığın oluşmasında toplumsal süreçler önemlidir. Bu süreci aydınlatmada, çevrenin etkisi ve sosyal etki üzerinde durulması gerekir. Bireyin madde kullanımını toplumun diğer üyeleri de şekillendirir. Maddeyi deneme aşamasında kullananlar bu sırada yakınındaki kişileri taklit etmeye, özendiği bir modeli örnek almaya ve toplumda kabul gören bir davranışı uygulamaya çalışır. Böylece toplumda kendine bir yer edinmeye çalışır. Bağımlılık sürecinde sosyalleşme problemleri-davranış ve sapkınlık-olağan dışılık teorisi, sosyal öğrenme teorisi, sapkın davranışların öncülü kendine zarar verme teorisi, sosyalizasyon çerçevesi teorisi ile açıklanmıştır. Sosyal öğrenme teorisine göre diğerleri ergene 2 yolla etki etmektedir. Birinci yol taklittir. Bu sırada ergen kendine model olarak aldığı kişinin tutum ve davranışlarını taklit eder. Diğer insanların davranış ve tutumlarını gözlemler ya da taklit eder. İkinci yol ise sosyal destek

sürecidir. Bu süreçte ergen diğerlerinin davranış ve değer yargılarını içselleştirir. Çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişkinin kalitesi çocuğun ebeveynlerin onaylamadığı tutum ve davranışlarda bulunmasına engel olur (2).

Çocukların sosyalizasyonunun da ailenin temel ve küçümsenmemesi gereken bir işlevi olduğu, kişiliğin doğmadığı ama oluşturulduğu sosyalizasyon sürecinin kültürel sistemin içselleştirilmesi olduğu ve başarıya yönelmiş toplum içinde çocuğun gerekli rolleri başarmasının sağladığı varsayılar. Bu modelde aile sosyalizasyonu; biyolojik ve psikolojik bireysel faktörlerle, sosyodemografik ve yapısal faktörleri içeren daha geniş kültür arasında bir bağ gibi görünmektedir. Genç birey tüm sosyal davranışları sosyalizasyon süreci içinde öğrenir. İçme davranışı da bu sosyal kalıp içinde bireye aktarılmış olur. Burada genç için anne, baba, kardeşler ve yaşlılarıyla olan karşılıklı ilişkiler önemlidir. Ancak ergeni en çok etkileyen ilişkinin anne-baba-çocuk ilişkisi olduğu bilinmektedir (3).

Aile ve Bağımlılık

Ailenin çocuğun gelişiminde takındığı rol hem çocuklukta gözlenen davranım bozukluklarının gelişiminde hem de bu bozukluğun çözümünde önemli bir rol oynar. Ailenin geçmiş sosyal yaşamında meydana gelen değişimler çocuklarda da değişimlere neden olacaktır. Genel olarak çocuklardaki madde kullanımının gelişimi ebeveynlerinin madde kullanımının gelişimine benzer (4).

Aile sistemleri görüşüne göre ergendeki madde kullanımı davranışı diğer aile sorunlarının bir belirtisi olabilir. Aile içi kuralların bozulması aile işlevselliğini etkileyerek özellikle alkolik ebeveynlerin çocuklarında alkol sorunlarının gelişmesine neden olmaktadır. Eğer ebeveynlerden biri herhangi bir nedenle alkol ya da madde kullanıyorsa ergende alkol ya da madde kullanımı daha sık ortaya çıkmaktadır (5). Ebeveyn kontrol ve disiplin yöntemlerinin gevşek, tutarsız ya da sert olduğunda, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık varlığında ergenler arasında alkol ve madde kullanım oranlarında artış olduğu saptanmıştır (6).

Ebeveynleri tarafından yakın ilgi, şefkat ve sıcaklık görmeyen ailelerde ergenlerin alkol ve madde

kullanım riskine daha açık olduğu saptanmıştır. Madde bağımlısı ergen, babalarını annelerine göre daha az kabul edici olarak algılamaktadır. Bir ebeveynin çocuğunu ihmal etmesi, ihtiyaçlarına kayıtsız kalması, maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayamaması anlamına gelmektedir. Özellikle psikolojik açıdan ulaşılmazlık ergen için oldukça incitici olabilir. Özellikle erkek çocuklar için özdeşim modeli olması beklenen babaların ihmali ergenin evin dışında özdeşim nesnelere aramasına ve riskli akran grupları içerisinde farklı özdeşim modelleri benimsemesine yol açacaktır. MKB'da babanın reddedici tutumunun anneninkine göre daha örseleyici ve daha ciddi risk etkeni olduğunu söylemektedir. Madde kullanan ergenler annelerini daha saldırgan algılamakta ve anneleri tarafından daha az sevildiklerine inanmaktadırlar. Alkol ve madde kullanım riski olan çocuk ve ergenler sıklıkla sağlıklı bir iletişim ortamına ve yeterliliği düşük ebeveynlere sahip olup, daha çok azar işitmekte, fiziksel ya da sözel şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar. Bu durumdaki bir çocuğun ya da ergenin kendisini annesi tarafından daha az sevilmiş algılaması sürpriz sayılmamaktadır (7).

Akran Grubu ve Bağımlılık

Ergenlik döneminde akran kümesi ya da arkadaşın önemi giderek artar, ebeveynlerin yerini almaya başlar. Ergenler, ebeveynlerinden ayrılaşma, cinsel dürtü olgunlaşmasının neden olduğu değişim süreçlerini yürütme, yeni benlik yetileri ve değerler geliştirmeleri için akran kümesine gereksinim duyarlar. Akran kümesinin içsel gerginliğin azaltıcı, gelişim süreçlerini kolaylaştırıcı, destekleyici çok yönlü işlevleri ergenler için çok önemlidir. Akran kümesinde yer alan üyeler kendi eksikliklerine, kararsızlıklarına hoşgörülüdürler. Bu durum ergenlerin akran kümesi içindeyken beğenmedikleri davranışları dışsallaştırmalarına ya da onları ebeveynlerine yansıtmalarına beğendiklerini ise içselleştirmelerine neden olmaktadır. Akran kümesinde davranışları belirleyici ortak bir yönetmeliğin güveni artırdığı, karşılıklı bağımlılığı kolaylaştırıcı işlevi vardır. Ergenler ortak ülküde, birleşir. Bu birleşme grubun çekiciliğini artırır. Çok sayıda araştırmada benzer davranış özellikleri gösteren çocukların aynı grupta yer aldığını bildirmektedir. Bunlar arasında sigara ya da alkol içen ergenlerin yine benzer davranış gösteren ergenlerle aynı grupta yer aldıkları ve arkadaşlık ettikleri bildirilmiştir (8). Madde kullanan bir yaşıt ile geçirilen zamanın gencin alkol ve madde kullanımı ile güçlü bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Akranların madde kullanması, sosyal ortamı madde kullanımına elverişli hale getirmektedir. Özellikle epidemik bir sürecin varlığında aynı yaştaki gençlerin madde kullanım sıklığı artmaktadır.

Ergenlerin sigara içme alışkanlığı içmeyerek kazanacakları zayıflık etiketinden ya da ona sunacağı sosyallik eksikliğinden kaçınmak için sürdürürler. Grup içindeki incinebilir özelliği olan ergenler baskın üyelerin etkisi altında kalarak olumsuz davranışlar sergileyebilirler. Akran grupları yaşam tarzı içme davranışı gibi konularda etkili olurlarken aileler çocuk üzerine özellikle iş ve eğitim konularında rol gösterici olurlar (9).

Psikanalitik kuramlar

Freud hayatının son döneminde yaşamış olduğu hastalıktan dolayı uyuşturucu madde kullanmaktaydı. O dönemde yaşadığı ortamda moda olan ve yine o dönemde tababette de rahatlıkla kullanılan kokaini tanrının bir lütfu tanımı kullanmıştı. Bu maddenin bağımlılık yapıcı etkisi o dönemde bilinmemekteydi. Hiç kuşku yok ki kokainin bağımlılık yapıcı etkisini bilseydi aynı tanımlamayı yapmazdı. Freud'un bağımlılıkla ilgili düşünceleri ise daha önceki dönemlerine dayanmaktadır. 1897 yılında bir mektubunda mastürbasyonu birincil bağımlılık olarak tanımlamıştır. Freud'a göre mastürbasyon hem çekici gelmekte, hem de suçluluk duygusu yaratmaktadır Sıklıkla ebeveynler tarafından yasaklanır çocuklar bu yaşağı içselleştirir. Dürtüsel doyum isteği ve içselleştirilmiş yasak arasında bir savaş sürer gider (10).

Freud'a göre bağımlılık, yasaklanmış istek (mastürbasyon) nedeniyle kendini cezalandırma amacına hizmet eder. Freud, süperego direncinin bir başka deyişle cezalandırılma isteği ve hastanın iyi olmayı hak etmediği duygusunun aşılması en zor olan direnç olduğunu belirtir. Bu direnç, alkol kötüye kullanımı için doğrudur. İçen kişi sıklıkla alkol içtiği için kendisini cezalandırmak üzere içmeyi sürdürür. Glover'de alkolizmde ki agresyonun varlığına vurgu yapar. Bu öfkenin kaynağının oral öfke ve anal sadizm olduğunu ifade eder. Alkolizm, öfkeyi ifade etmekte primitif, yetersiz ve kendini cezalandırıcı bir yoldur. Freud ise yenilenen madde kullanımının ilk bağımlılıktan sonra gelişen alkol ve madde bağımlılığının mastürbasyonu çözme başarısızlığı nedeniyle oluşan kendilik değeri kaybının üstesinden gelme girişimleri olduğunu ifade etmektedir. Yineleme kompülsiyonu teorisi de alkolizmi açıklamakta önemlidir. Kişi, alkol kullanımını kontrol edebileceğini ispat etmek için alkolü tekrar tekrar kullanır. Bu kısır döngünün kırılabilmesi için kişinin kendine yönelttiği agresyonun uygun bir şekilde dışsallaştırılması gerekir. Aynı şeyleri sigara için de söylemek mümkündür. Bedene farklı zararlı etkileri olsa da sigara da alkol gibi insanın kendine zarar vermesinin bir aracıdır (10).

Kimlik

Kişilik, kişinin kendine göre aynılığı öz yapısına uygun kendi özgüllükleri insana yakışacak tutum alışkanlık ve davranış biçimlerinin tümüdür. Deyim konuşma dilinde olumlu özelliklerle yüklüdür. Kişilikli biri deyimi birey için güvenilirlik değer saygınlık ve deneyimlilik gibi olumlu sıfatları akla getirir. Psikoterapi kuramlarında kişilik yapısı sınırları olan bir ruhsal bütün bir ruhsal biçim anlamına gelir. Özgül bir benlik ve üstbenlik özgül çatışmalar ve özgül savunmalar uyumlu bir ruhsal bütünü yani kişilik yapısını oluşturur. Erikson da, kimliği bireyin zaman içinde ve bir durumdan diğerine kendiliğın sürekli ve aynı kaldığına dair öznel duygusu olarak tanımlamıştır. Erikson'a göre kimlik bireyin biyolojik özellikleri psikolojik gereksinimleri ilgileri ve savunmaları ile içinde yaşanan kültürün araçları tarafından birlikte şekillendirilmektedir (11). Bireyin cinsiyeti, fiziksel görünümü, fiziksel ve bilişsel kapasitesi ve bunlarla ilgili kendiliğın biyolojik yönüdür: bireyin özgün ilgileri, gereksinimleri, savunmaları duyguları gibi bireye ben duygusunu veren her şey psikolojik özellikler olarak kabul edilmektedir. Sağlam ve tutarlı bir kimlik, yalnızca yeterli bir özsevinin varlığında oluşabilmektedir. Kimlik, erken dönemdeki anne ve bebek arasındaki etkileşime bağlı şekillenen erken özdeşimlerle desteklenip yapılandırılır. Sentez ve bütünleme işlevleri benliğin örgütlenme yetisinin tamamlayıcılarıdır. Nesne ilişkilerinin egoda içselleştirme ve işleme biçimi çocukluk ve gençlik çağı boyunca bir gelişme sürecinden geçmektedir. Bu gelişme temel olarak 3 aşamada gerçekleşir. İçe atım (introjeksiyon), özdeşim (identifikasyon) ve ego kimliği. Bu yaklaşıma göre ego kimliği terimi nesne ilişkilerini içselleştirmenin en gelişmiş ve en üst düzeyini anlatır (12).

Ergenlik döneminde kişi özdeşimlerini yeniden organize eder, sentezler ve dönüştürür. Kendilik tasarımlarının bütünleşmesiyle kimlik duygusu şekillenir. Bu yeni kimlik, eski özdeşimlerin toplamından farklıdır. Gencin karşılaştığı toplumsal rollerle ilgili fırsatlar onun farklı roller denemesine ve farklı yetenekler geliştirmesine yol açar. Aksi yönde bir gelişim kimlik karmaşası ile sonuçlanabilir. Sürecin sağlıklı işlemediği durumlarda kimlik karmaşası giderek gücünü ve önemini yitirmek yerine giderek kimlik duygusunun önüne geçmeye yüz tutar. Genç kimlik oluşturma amacıyla uygun rollerle bir kimlik arayışına girmek yerine çeşitli rol denemelerinden vazgeçer ya da suça yönelebilir ya da kendini bir bütün olarak tutabilmek için kalabalıklı ya da bir liderle aşırı özdeşleşme yoluna gidebilir. Bu sırada ergen toplumsal açıdan kabul edilmeyen rollere soyunarak ters kimlik geliştirebilir. Bunun sonucunda da sıra dışı gruplara katılabilirler (13).

Kim olduğunu belirlemeye çalışan ergen çeşitli roller denemektedir. Bu belirsizlik eşlik eden tüm değişikliklerle birlikte bir gerginlik yaratır. Ve genç yalnızca kim olduğunu değil, kim olarak yaşayacağını da belirlemek zorundadır. Bu sırada çevreden geçer not almaksız ergeni bir miktar rahatlatır. Ergenlik dönemi boyunca yüksüzleştirme için çalışılır. Kimlik duygusunun oturmuşluğunun ölçütleri şunlardır: Gerçekçi bir yaşam çizgisi. Bu çizgiye yönelmiş olma ve bu çizgiyi benimsemiş olma. Ve seçilen bu çizginin ergenin içinde bulunduğu çevrede tanınması (14). Bu dönemde toplumsal tanınmanın can alıcı önemi vardır. Kimlik gelişimi döneminde ergenlerin kabul görmek için madde kullanımına başlamaları sık görülür (9). Akran grubunda varolabilmek, onlardan biri olmak, dışlanmamak düşüncesiyle başlanan madde nikotin gibi aynı zamanda güçlü biyolojik bağımlılık yapan bir madde olunca da bağımlılık gelişmesi kaçınılmaz olur.

Ergenlik döneminde sigara kullanımı aynı zamanda fallik bir simge olarak da önem taşımaktadır. Adeta "erk" in, büyümenin bir ispatı olarak da görülmektedir. Değişen sosyal yaşam erkekler kadar kadınların da "erk" gösterme gereksinimini açığa çıkarmıştır. Geçmişte birçok kültürde kadınların sigara içmesi ayıp karşılanırken artık kadın ve erkek arasındaki ayırım gittikçe kapanmaktadır.

Ayrılma Bireyleşme

Ergenlik, tüm çocukluk yaşantılarının yeniden gözlemlendiği, çocuklukta oluşan yaralanmaların onarıldığı bir dönemdir (15). Bu dönemde ergen anne ve babasından bağımsızlaşarak özerklik kazanmaya başlar. Ergen, kişisel becerilerini geliştirme fırsatı yakalar bunun yanı sıra erişkin rol ve yükümlülüklerini yürütebilmek için gerekli sorumlulukları alma becerisini geliştirir (16,17).

Margaret Mahler ilk üç yaşta nesne sürekliliğinin oluşmasını ayrılma bireyleşme süreci olarak tanımlamıştır (18). Ergenlik dönemi ikinci bireyselleşme sürecinin yaşandığı bir dönemdir. Kişi yetişkin dünyasının bir bireyi olabilmek için içselleştirilmiş ebeveyn figüründen ayrılaşmalı, aile dışında sevgi ve nefret nesnelere bulmalıdır. Bu dönemde ergen, aileden ayrılarak akran grubuna ya da kendinden genç ya da yaşlılara yönelir. Bu ergenin bağımsızlık çabasından öte yeni bir dayanışma arayışındır. Her iki bireyselleşme döneminde de kişilik organizasyonunda incinebilirlik ve psişik kurguda değişim kaçınılmazdır (16).

Geleneksel ve kültürel formların bozulduğu günümüzde bireyselleşmenin sayısız yararı aynı zamanda da tehlikesi olduğu bildirilmektedir. Bireyselleşmenin sağlayacağı özgürlükten tümüyle yararlanabilmek için bireyin psikososyal

işlevselliğinin çok yüksek olması ve özellikle kolektif desteğin eksik olduğu durumlarda bireyin kendisiyle ve toplumla ilgilenebilmesi için kapasitesini geliştirmiş olması gerekir. Ayrılma bireyleşme sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanamaması MKB'na neden olabilir (19). Madde kullanmak ergen için bağımsızlık ve özerklik anlamına gelmektedir. Bu durumdaki gençler kendisini madde dünyasında daha rahat ifade etmeye başlar. Madde kullanımı ile sıkıntının yerini rahatlık ve neşe alır. Yetersizlik duygusu, kaygı ve çekingenlik ortadan kalkar. Kabul edilmeyen ya da uyum yapmakta zorluk çekilen gerçek yaşama ait sorunlardan uzaklaşılır.

Ayrılma-bireyleşme sürecinde aksaklık olan ergenlerde çözülmemiş örselenme, suç eğilimi ve madde kötüye kullanımı öyküsü daha sıktır. MKB olan ergenler sağlıklı ayrılma yapamadıkları belirlenmiştir. MKB olan ergenlere "Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testinin" olumsuz kabul edilen pratik yapma aynalama, yutulma anksiyetesi, ihtiyacı inkâr ve reddedilme beklentisi alt ölçeklerden yüksek puan almışlardır. MKB olan ergenlerde yutulma anksiyetesinin yüksek olması yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlık ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde oldukları şeklinde yorumlanabilir. MKB olan reddedilme beklentisi düzeylerinin yüksek olması yakın akran bağları kuramadıkları, kişilerarası ilişkilerinde mesafeli ve güvensiz oldukları görüşünü desteklemektedir. MKB olan ergenler arasında diğerlerine ihtiyaç duyanlar arkadaşına yapışma özelliği gösterdikleri belirlenmiştir. Madde kullanan ergenler bağımlılık gereksinimlerini inkâr ederek ikinci ayrılma-bireyleşme sürecinde yeniden deneyimledikleri ayrılma anksiyetesine karşı savunma gösterdikleri belirlenmiştir (7).

Sonuç

Klasik psikanalitik kuramların yanı sıra ergen madde kullanımı nedenleri arasında çevresel faktörlerden psikolojik yapıyı değerlendirmek gerekir. Aile ve toplum yapısındaki kökten değişiklikler, hızını ve şiddetini giderek arttıran liberal ve kapitalist toplum ve bunlara eşlik eden yüksek kişisel performans ve refah düzeyi beklentisi, gençleri zorlamakta, başka başka özdeşim nesnelere bulmalarına, pek çoğunun madde ile flörtüne neden olmaktadır.

Son otuz yılda ailelerin evlilik modellerinde de değişiklikler olmuştur. İş hayatının aile hayatına üstünlüğü, otoriteyle artan çatışmalar, kadınların özgürleşmesi, artan boşanmalar ve yeni anne ve babaların varlığı, medyanın ailenin günlük hayatında giderek daha fazla etki göstermesi, ailedeki çocuk sayısında azalma ve çocuğun aile içinde giderek en değerli çocuk haline gelmesi bu değişimlere dendir. Modern aile ve iş hayatındaki değişimlere süpergo

ve ego idealleri değişimleri de eşlik etmektedir. Çocukların mutlulukları da değişmektedir. Çocuğun eğitiminde en önemli rol çocuğun mutluluğu üzerine kurulmaktadır ki bu durum haz ilkesini öne çıkartırken gerçeklik ilkesinin geriye atılmasına neden olmaktadır. Haz ilkesinin ön plana çıktığı noktada da bağımlılıklar kaçınılmazdır.

KAYNAKLAR

1. Jahoda G, Cramond J (1972) Children and alcohol. London
2. Akers R L; Krohn N D, Lanza Kaduce L, Radosevich L (1979) Social learning and deviant behavior: a spesific test of a general theory. Am Social Rev; 44: 636-655.
3. Vrasti R, Eisemann M (1994) Perceived Parental Rearing Behaviour in Alcoholics. Perris C, Arrindell WA, Eisemann M, editors. Parenting and Psychopathology. Chicester, England: John Wiley & Sons, 201-218.
4. Campo AT, Rohner RP (1992) Relation between perceived parental acceptance-rejection, Psychological adjustment and substance abuse among young adults. Child Abuse & Neglect; 16: 429-440.
5. Jahoda G, Davies J.B, Tagg S (1980) Parent's alcohol consumption and children's knowledge of drinks and usage patterns, Br. J. Addict.; 75: 297-303.
6. Deborah R. Simkin Simkin Adolescent substance abuse. Kaplan & Sadock Textbook of Psychiatry 2005 8. Basım Yüncü Z (bölüm çevirisi). Ergenlerde Madde Kullanımı
7. Yüncü Z (2009) Psikodinamik açıdan alkol bağımlılığı. Alkol ve Trafik Coşkunol h (Editör). Madde Bağımlılığı toksikoloji ve ilaç bilimleri enstitüsü yayın no:1 Ege Üniversitesi Basımevi İzmir. 171-187.
8. Odağ C (2005) Ergenler: Bizi örnek alanlar örnek aldıklarımız. İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 69-79.
9. Davies J B (1983) Children's and adolescent's attitudes towards alcohol and alcohol dependence. Child Healt; 2: 42-53.
10. Yüncü Z, Gürçay E, Kabasakal ZT, Özbaran B, Tamar M, Aydın C (2009) Madde Kullanım bozukluğu olan ergenlerde ayrılma bireyleşme süreci. Yeni Sempozyum Dergisi; 47(4):225-234.

11. Erikson EH, Erikson JM (1997) The life cycle completed: Extended Version. New York, Norton
12. Dereboy F (1997) Genç hastalar ve kimlik bocalaması. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 2(3): 325-346.
13. Öztürk O (1998) Psikanaliz ve Psikoterapi. Bilimsel TıpYayınevi 3.Baskı, Ankara, 137.
14. Waterman AS (1982) İdentity development from adolescent to adulthood.: An extension of theory and a review of research. Developmental Psychology; 18:341-358.
15. Gallatin J (1995) Adams JF(editor). Ergenlik Kuramları Ergenliği Anlamak. Onur B, çeviren. 1. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi
16. Blos P (1967) The second individuation process of adolescence. The Psychoanalytic Study of the Child; 22: 162-186.
17. Steinberg L, Silverberg S (1986) The vicissitudes of autonomy in adolescence. Child Development; 57: 841-851.
18. Vahip I (1993) Ayrılma Bireyleşme Kuramı, Türk Psikiyatri Dergisi; 4: 60-66.
19. Fernandez L, Stzulman H (1999) Dependence disorders in psychopathology. Encephale; 25: 233-243.

04

Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi

Madde bağımlılığı Santral Sinir Sistemi'ni (SSS) etkileyen ilaç niteliğine sahip bir maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanabilecek huzursuzluktan sakınmak için, maddeyi devamlı ya da periyodik olarak alma arzusu ile kendisini gösteren psişik ve somatik bir sendromdur. Madde bağımlılığı, psikotrop ilaç kullanımının, kullanan kişinin günlük etkinlikleri içinde öncelik sırasının arttığı, olağan etkinlik ve davranışlarının önüne geçtiği bir sendromdur. Bağımlılığın derecesi, ilaç arama davranışının şiddeti ve bu davranışın günlük etkinlikler içindeki öncelik sırası ile ölçülebilir. Bağımlılık yapan maddeler, SSS'de önemli derecede psişik stimülasyon veya depresyon oluşturan, algılama, duygudurum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bağımlılık, maddeyi kullanma davranışının daha önceleri daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazandığı, fizyolojik, davranışsal, bilişsel olaylar veya durumlar kümesidir (3). Bağımlılığın en tanımlayıcı niteliği, genellikle kuvvetli bazen çok kuvvetli olan madde kullanma isteğidir.

ICD-10'da bağımlılık Mental ve Davranış Bozukluklarında F17 olarak kodlanmıştır (4).

- F17.0 Akut Zehirlenme
- F17.1 Zararına Kullanım
- F17.2 Bağımlılık Sendromu
- F17.3 Yoksunluk Durumu
- F17.4 Deliryumla Birlikte Yoksunluk
- F17.5 Psikotik Bozukluk
- F17.6 Amnezik Sendrom
- F17.7 Rezidüel ve Geç Başlayan Bozukluk
- F17.8 Zihin ve Davranış Bozukluğu, Diğer
- F17.9 Zihin ve Davranış Bozukluğu, Tanımlanmamış
- Z72.0 Tütün Kullanımı

DSM-IV Kriterlerine Göre Madde Bağımlılığı

Oniki aylık bir dönemde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örneği:

1. Tolerans Gelişmiş Olması: Maddenin keyif verici etkisini duyumsayabilmek için dozun belirgin bir şekilde artırılması veya aynı dozun yinelenerek alınması sırasında başlangıçtaki keyif verici etkinin duyumsanamaması hali
2. Çekilme (withdrawal): Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromunun oluşması veya yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya kaçınmak için aynı maddenin ya da yakın benzerinin alınması
3. Maddenin niyet edilenden daha uzun süre ve daha yüksek miktarlarda kullanılması
4. Madde kullanımını bırakmaya veya azaltmaya yönelik sürekli bir isteğin veya en az bir başarısız denemenin varlığı
5. Maddeyi temin etmek, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcanması
6. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması veya azaltılması
7. Maddenin neden olduğu veya hızlandırdığı, sürekli ya da yinelenen sosyal, psikolojik ya da fizik bir sorunun varlığının bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi

Sayılan bu yedi kriterden ilk ikisi dışındakiler, bağımlılığı karakterize eden kompulsif (engellenemez bir istekle süren) madde kullanımını yansıtmaktadır. Madde bağımlılığı, yukarıdaki birinci veya ikinci kriterlerden herhangi birini içeren tipte ise "Fizyolojik Bağımlılık Gösteren"; aksi takdirde "Fizyolojik Bağımlılık Göstermeyen" olarak tanımlanmaktadır.

Hiç kuşku yok ki DSM-IV, bağımlılığı, kompulsif madde (drug) kullanımı olarak tanımlamış olmaktadır. Kompulsif madde kullanımı, tolerans veya çekilme sendromlarından en az birisi ile birlikte ise bağımlılığa "Fizyolojik Bağımlılık" adı verilmektedir (5).

Bağımlılığı Etkileyen Faktörler

Aşağıda maddeler halinde tanımlanan süreçler bağımlılığı etkileyen temel faktörlerdir:

- 1) Maddenin Psikoaktif Etkilerinin Olması: Tütün

- dumanı içinde alınan nikotin en belirgin etkisi psikostimülasyondur. Bu çerçevede nikotin uyanıklığı artırmakta, çizgili kasları gevşetmektedir.
- 2) Kompulsif Kullanım: Kişinin madde kullanma davranışı üzerindeki kontrolü yitirdiği, yoğun bir istek ve bu istekle birlikte belirli ritüeller içerisinde otomatik olarak sürüp giden kullanma davranışının yaşanmasıdır. Bu nedenle bağımlılıklar, gün içinde ilk sigaralarını içtikten sonra gün boyunca belirli bir düzenle ve belirli miktarda sigara içmeyi, her gün birbirine benzer biçimde sürdürürler. Belirli bir örüntü içinde süren sigara kullanma davranışı, belirli bir kan nikotin düzeyinin sağlanması temelinde oluşmaktadır.
 - 3) Maddenin Kullanma Davranışını Pekiştirmesi
 - 4) Tekrarlayan İçme İsteği
 - 5) Tolerans: Bağımlılık yapıcı maddenin, başlangıçta alınan dozlarda alınmasına rağmen keyif artırıcı etkinliğinin giderek azalması ve etki süresinin kısalması tolerans olarak tanımlanmaktadır. Toleransı önlemek için kullanıcılar giderek artan dozlarda madde almaya başlarlar.

Tolerans doğuştan ya da kazanılmış tolerans olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmektedir. Bu bağlamda genetik polimorfizm nedeniyle o maddenin oluşturması beklenen farmakokinetik ve farmakodinamik değişikliklerin kişide meydana gelmemesi hali Doğuştan Tolerans olarak tanımlanmaktadır. Kazanılmış Tolerans ise farmakodinamik, farmakokinetik ve öğrenilmiş tip kazanılmış tolerans olarak üç kısma ayrılmaktadır (2):

- a. Farmakodinamik Tolerans: Maddenin agonisti olduğu maddeye kronik maruz kalma sonucu reseptörlerin sayısının azalmasına, desensitize olmasına veya postreseptör olaylardaki değişikliklerine bağlıdır.
- b. Farmakokinetik Tolerans: Maddenin devamlı alınmasına sekonder olarak metabolizmasının hızlanması ve dağılım hacminin artmasına bağlıdır.
- c. Öğrenilmiş Tip Kazanılmış Tolerans: Madde kullanımının yol açtığı fiziksel bozuklukların kullanıcı tarafından öğrenilmesi sonucu kendi çabasıyla bağımlılığın bastırılmasıyla oluşur. Kişi maddeyi almadan önce, maddenin yapacağı etkilere karşı zıt refleks bir etki meydana getirir. Bu değişmiş bazal durumda verilen maddenin etkisi daha az olur.

- 7) Öfori
- 8) Pozitif Pekiştirici: Bir maddenin ruhsal durumda ve davranışta yaptığı farmakolojik etki, kişiyi onu tekrar tekrar kullanma ve onsuz yapamama davranışına yönlendiriyorsa o madde pekiştiricidir. Bu çerçevede maddenin meydana getirdiği keyif artması "pozitif pekiştireç" olarak adlandırılır.

Bir maddenin pozitif pekiştirici özellik taşıyabilmesinin en önemli koşulu "madde arayışı davranışı" oluşturmasıdır. Pozitif pekiştiri madde arayışı davranışının ortaya çıkmasında önemli katkıya sahiptir. Keyif alma gibi pozitif ödüllendiriciler pekiştiri gelişmesine ve ilaç arayışı davranışına önemli katkı sağlarlar. Pozitif pekiştireç ile ilişki nöroanatomik bölge beyin mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemidir. Mezolimbik dopaminerjik nöronlardan salınan dopamin madde arama ve bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutar. Dopamin salımının, organizmanın kendisi için önemli sonuçlar doğuran olayları ve davranışları öğrenmesini kolaylaştırdığı ve organizmaya benzer olaylara daha fazla dikkat etmesi yönünde etki uyandırdığı düşünülmektedir. Bu yolla maddeye bağlı dopamin salınması, madde kullanma olanaklarına yönelik dikkatin artırılmasına öncülük etmekte ve maddeye olan istek ile ilişkilendirilmektedir (6).

- 9) Negatif Pekiştirici: Bir maddenin kullanımı, var olan bir sıkıntıyı gidererek madde kullanımını sıklaştırıyorsa o maddenin negatif pekiştirici etkisi mevcuttur.

Sigara Kullanımı ve Şartlanma Süreçleri

Sigara kullanmaya başlayanların büyük bir bölümünde kullanım bir kompulsiyona dönüşmektedir. Deneyenlerin bağımlılık geliştirme oranı farklı çalışmalarda %33 ile %94 arasında değişmekle birlikte genel olarak sigarayı bir kere deneyen her dört kişinin üçünün bağımlı olduğu düşünülmektedir. Bu bağımlılığın gelişiminde de kompulsiyona dönüşümün önemli rolü vardır. Kompulsif sigara kullanımının temelinde çağrışimli öğrenme süreçlerinin rolü olduğuna inanılmaktadır. Bu bağlamda psikolojide klasik ve edimsel koşullanma olarak iki tür koşullanma tarif edilmektedir.

Klasik Koşullanma

Klasik koşullanma Rus bilim insanı Ivan Petrovic Pavlov'un yaptığı çalışmalar sonucu ortaya koyduğu bir öğrenme kuramıdır. Pavlov organizma için başlangıçta nötr olan ve herhangi bir tepkiye yol açmayan bir uyarıcının, organizmanın herhangi bir tepkisine neden olan bir uyarıcıyla birlikte verilmesi

durumunda nötr olan uyarıcıya organizmanın tepki verebileceğini ileri sürmüştür. Pavlov bu hipotezi test ettiği deney düzeneğini hazırlarken köpek için önceleri herhangi bir şey ifade etmeyen zil sesini (nötr uyarıcı), köpeğin hoşuna giden eti (koşulsuz – doğal uyarıcı) birlikte ard arda vererek, köpeğin ete karşı göstermiş olduğu salya yanıtını (koşulsuz – doğal tepki) zil sesine yönelik olarak göstermesini sağlamıştır.

Edimsel Koşullanma

Edimsel koşullanma ödüle götüren ya da cezadan kurtaran bir davranışın yapılmasını öğretmektir. Bu sürece göre haz veren ve/veya sıkıntıdan kurtaran davranışın yapılma sıklığı artarken; sıkıntıya sokan ve/veya ödülün mahrum eden davranışın yapılma sıklığı azalmaktadır.

Edimsel koşullanma sürecinde organizma üzerinde olumlu iz bırakan ve bu sayede davranışın olma olasılığını arttıran uyarıcıya pekiştirici denir. Peğiştirici özelliği olan maddelerin kullanılmasını takiben bu maddeleri kullanma davranışı önce sıklaşmakta, sonra klasik koşullanma sürecinin de desteğiyle öğrenilmiş davranış haline gelmektedir. Öte yandan bir maddenin kullanımı, var olan bir sıkıntıyı gidererek madde kullanımını sıklaştırıyorsa negatif peğiştirici etkiden söz edilmektedir. Sigara ve nikotin hem pozitif hem de negatif peğiştirici olarak tanımlanmıştır (7, 8).

Klasik koşullanma süreci açısından sigara kullanımı doğal uyarıcı, nikotinin vücutta neden olduğu tepkiler ise doğal tepkilerdir. Bu süreçte doğal uyarana belirli bir süre eşlik eden koşullu uyarıların, doğal uyarandan bağımsız tek başına verilmeleri, doğal uyarana benzeyen tepkinin bir benzerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Koşullu uyarana verilen bu tepki koşullu tepki olarak tanımlanmaktadır.

Sigara bağımlılığı için bir insanın elinde gördüğü sigara, masa üzerinde gördüğü sigara paketi, daha önce sigara içtiği ortama ait görüntüler/sesler veya sigara içimiyle eşleşmiş ruh hali, nikotinin peğiştirici etkilerine benzer bir şekilde hareketlenmeyi ve içme isteğini de içeren bir koşullu tepkiye neden olur. Bu hareketlenme ve isteklilik sigara içimiyle sonlanır. Böylece edimsel ve klasik koşullanma süreçleri sigara içme dürtüsünü sürekli tazelerken, sigara içimi bilinç dışı otomatik bir davranış olarak sürer gider.

Sigara içiminin çok basamaklı bir işlev olması (pakete ulaşma, paketi açma, paketten sigara çıkarma, sigarayı ağıza yerleştirme, yakma, içme çekme, dumanı algılama ve seyretme, vb) ve tütün kullanımının sosyal ilişki aracı olarak işlev görmesi nikotin sağlayan davranışa eşlik eden çok zengin bir koşullu uyarıcı takımının oluşmasına yol açmaktadır.

Bu zengin koşullu uyarıcılar da gün boyu tazelenen sigara kullanma dürtüsünün oluşmasına yol açmaktadır. Hiç kuşku yok ki koşullanma süreci bağımlılık yapıcı maddelerin hepsi için geçerli olup kompulsif kullanımının ana etmenlerinden birisidir (9). Öte yandan koşullu uyarıcıların sigara bağımlılarında içme isteğinin yanı sıra ventral anterior cingulate kortekste metabolizmayı da artırdığı bilinmektedir (9).

Pozitif Peğiştirici Etkinin Nörobiyolojisi

Tüm bağımlılık yapıcı maddelerde gözlenen pozitif peğiştirici etki nucleus accumbensteki dopamin artışından kaynaklanmaktadır (10, 11). Ancak nikotin'in pozitif peğiştirici özelliği nucleus accumbens'deki dopamin artışı yanı sıra opioid peptid artışı ile de ilişkilidir (11). Nikotinin davranışlar üzerine olan etkileri, onun beyinde çok yaygın bulunan nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyarmasının sonucudur (10). Gerçekten de nikotin, mesocorticolimbic dopaminerjik nöronların üzerindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak dopamin artışına yol açmaktadır (1, 11, 12).

Mesocorticolimbic dopaminerjik nöronların nöromodülasyonunda nikotinik asetilkolin reseptörleri aracılığıyla glutamaterjik ve gabaerjik nöronların rol oynadığı gösterilmiştir (12). Ventral tegmental bölgedeki glutamaterjik terminallerde presinaptik olarak yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerinin uyarılması glutamat salınımını artırmakta, artan glutamat da ventral tegmental bölgede bulunan dopaminerjik nöronların şiddetli düzeyde uyarılmasını sağlamaktadır (12).

Korteks, talamus, interpedüncüler çekirdek, amigdal, septum, beyin sapı motor çekirdekleri ve locus coeruleus'ta yaygın olarak bulunan nikotin asetil kolin reseptörleri bağımlılık mekanizmasında önemli rol üstlenirler. Bu reseptörler beş alt ögeye sahiptir. Merkez sinir sistemindeki nikotinik asetil kolin reseptörlerinde rol alan beş ögenin çoğunlukla ikisi alfa (α), üçü beta (β) tipindedir. Ancak beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörleri $\alpha 2-9$ ve $\beta 2-4$ alt tiplerinde olabilmektedir. Öte yandan bazı nöronlardaki nikotinik asetil kolin reseptörlerinde bulunan beş ögenin tümünün aynı alfa tipi ($\alpha 7 / \alpha 8 / \alpha 9$) olduğu da bilinmektedir. Alfaların ligand bağlamada betaların ise işlevsellikte önemli olduğu öne sürülmektedir (4). Nikotinin nucleus accumbenste dopamin arttırıcı etkisi $\alpha 4$ ve $\beta 2$ reseptör ögeleriyle ilgilidir (9, 13, 14).

Gamma (γ), delta (δ) ve epsilon (ϵ) olarak isimlendirilmiş nikotinik asetil kolin reseptör ögelerinin, kas hücresi nikotinik reseptörlerinin yapısında yer aldıkları düşünülmektedir. Nikotinin reseptöre bağlanmasıyla kalsiyum ve sodyum iyon

kanalları açılmakta ve nöron uyarılmaktadır. Nikotin, nikotinik asetilkolin reseptörlerini önce uyarmakta sonra ise geçici olarak duyarsızlaştırmaktadır. Tekrarlayan nikotin maruziyeti bu nedenle nikotinik reseptörlerin sayısında artışa neden olmaktadır (9,13, 14).

Negatif Pekiştirici Etkinin Nörobiyolojisi

En azından bir kaç haftadan beri her gün sigara kullanan birinde, nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içerisinde aşağıdaki belirtilerin en az dördünün ortaya çıkması durumu Nikotin Yoksunluğu Sendromu olarak tanımlanmaktadır (2):

- Şiddetli Nikotin Alma Arzusu
- Çabuk Sinirlenme ve Huzursuzluk
- Sıkıntı Hissi (Anksiyete)
- Dikkatin Belirli Bir Konuya / Uğraşa Yoğunlaştırılmasında Zorluk
- Hareketsiz Duramama (Restlessness)
- İştahta Artma ve Kilo Alma
- Kalp Atım Hızında Azalma

Sigara içilmeye başlandığında sigara miktarı belirli bir düzeye varıncaya kadar arttırılır. Çünkü beklenen etkiyi ve hazzı sağlayabilmek için giderek daha fazla sigaranın alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Gelişen bu nikotin toleransı, nikotinin etkilerine devamlı maruz kalan sinir hücrelerinde oluşan yapısal değişikliklerle açıklanmaktadır. Nikotinik asetilkolin reseptörlerinde sayısal artış (up-regulation) bu değişikliklerdendir. Nikotinik asetilkolin reseptörlerindeki sayısal artış, nikotinin bu reseptörleri önce aktive etmesi fakat daha sonra desensitize etmesiyle açıklanmaktadır. Gece uzunca bir süre nikotine maruz kalmayan birey sabah uyandığında düşük bir kan nikotin düzeyine sahiptir. Buna bağlı olarak bir çekilme sendromu oluşurken nikotinik reseptörler de uyarıya cevap verecek duruma dönmüştür. Bu nedenle günün ilk sigarası oluşturduğu etkiler nedeniyle günün izleyen saatlerinde içilen sigaralardan farklıdır.

Toleransın aşırı oluşması ve yoksunluk belirtilerinin görülmesi, nikotin bağımlılığının fiziki bağımlılığı da içerecek boyuta yükseldiğini gösterir. Bu durum aynı zamanda nikotinden etkilenen sistemlerde nikotinin devamlı varlığına dayalı yeni bir dengenin oluştuğunun ifadesi olarak kabul edilmektedir. Nikotinin kesilmesiyle birlikte bu denge bozulmakta ve çekilme belirtileri ortaya çıkmaktadır. Nikotin çekilmesi içindeyken içilen sigaranın hem sıkıntıdan kurtarıcı hem de keyif verici özelliği vardır. Dolayısıyla hem negatif pekiştirici hem de pozitif pekiştirici olarak işlev görür. Böylece kompulsif sigara kullanımının oluşumu, negatif pekiştirici etki

ögesini de içerir (1, 6, 10, 13, 15).

Nikotin çekilmesinde nucleus accumbens ve amigdalin merkez çekirdeğinde dopamin düzeyi azalmıştır. Yoksunluk belirtilerinin süresi, belirtiden belirtiyeye değişmektedir. En şiddetli yoksunluk tabloları 3-4 haftada sona ermektedir. Öte yandan yoksunluk belirtilerinin şiddetinin, sigaranın kesilmesi öncesinde günde içilen sigara miktarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Sigara içme arzusunun ilk 24 saatte en üst düzeye çıktığı ve sonra azalmaya başladığı, kalp atım sayısında ilk gün dakikada beş atımlık bir düşüş olduğu, bunun altıncı günden itibaren başlangıç değere doğru yükselmeye başladığı, bilişsel icra yeteneğinin ilk bir kaç günde en çok etkilendiği, izleyen günlerde düzelmeye başladığı onuncu güne ulaşıldığında ise tam olmayacak şekilde düzeldiği gözlenmiştir. Bu gözlemler, bir yandan yoksunluk belirtilerinin seyrini tanımlarken, diğer yandan yeterli nikotin alımıyla sigara içme arzusu dışındaki yoksunluk belirtilerinin önlenemediğini göstermektedir. Bu çerçevede bırakanlarda uzun süre gözlenen sigara içme arzularının koşullanmalara bağlı olduğu düşünülmektedir (1, 6, 10, 13).

Çekilme tablosu, maddenin ani olarak çekilmesine vücudun doğal tepkisidir. Bu tepki, sigaranın kesilmesine eşlik eden çevresel uyarılara şartlanabilir. Bunun sonucu olarak çekilme belirtileri, akut çekilme dönemi sonrasında akut çekilmeye eşlik eden çevresel uyarılara koşullu tepki olarak ortaya çıkabilir. Akut çekilme dönemi sonrasında çekilme belirtilerinin daha hafif düzeyde sürmesi ve kendini koşullu tepki olarak zaman zaman daha belirgin olarak hissettirmesi uzamış çekilme (protracted withdrawal) olarak tanımlanmaktadır (3).

Koşullu çekilme tepkisi, içme isteğine ve dürtüsüne, içme doğrultusunda hareketlenmeye, içme isteği savuşturulamazsa içmeye neden olmaktadır. Sigarayı bırakanlarda, içme döneminde oluşan nöroadaptasyona bağlı olarak pozitif pekiştirici etkiye karşı ileri düzeyde bir hassasiyetin olduğu ve içilen bir sigaranın güçlü pozitif pekiştirici etki nedeniyle bağımlılığının nüks etmesine (relapsa) yol açabileceği öne sürülmektedir (5). Uzamış çekilme döneminde çevresel uyarıların tetikliyeceği koşullu çekilme tepkilerinden birisinde içme isteğinin savuşturulamaması bir sigara yakılmasıyla ve içilmesiyle sonlanabilir. Pozitif pekiştirici etki konusunda var olan ileri düzeydeki duyarlılığın varlığı nedeniyle bu durumlar kişinin yeniden sigara içmeye başlamasıyla (relapsa) sonlanabilir.

Beyin ödüllendirme sistemi içinde etkin nörotransmitterler olan dopamin, noradrenalin ve serotoninin madde bağımlılığının gerek oluşumunda gerekse sürdürülmesinde önemli role sahip nörotransmitter sistemlerdir. GABA

sistemi ve endojen opioid peptidlerin de bağımlılık oluşumunda önemli ölçüde katkıları söz konusudur. Bu nörotransmitterler ve ilişkili oldukları sistemler gerek birbirleri ile gerekse glutamaterjik sistem gibi başka sistemlerle de etkileşebilmektedir. Bu durum madde bağımlılığının altında yatan santral farmakolojik mekanizmaların anlaşılmasını güçleştirmekte ve etkili bir farmakolojik tedavinin geliştirilmesinde önemli engel teşkil etmektedir.

Nikotin Bağımlılığının Genetiği

Genetik ve çevresel etmenler sigaraya başlanmasına ve/veya sigara alışkanlığının sürmesine neden olmaktadır. Sigara içmeye başlamada ebeveynlerin ya da kardeşlerin sigara içme alışkanlığının olması önemli rol oynamaktadır. Bu açıdan risk altında olan kişiler arasında sigara kullanma oranı 2-4 kat daha fazladır (15). Ebeveynleri sigara içen ve içmeyen gençler arasında sigara içme oranı incelendiğinde sırasıyla %52 ve %20 düzeyinde oranlar elde edilmiştir. Kardeşleri sigara içen gençler arasında kardeşleri sigara içmeyenlere oranla 2 kat fazla sigara içme oranı saptanmıştır.

Sigarayı ilk denemede genetik etki %50 düzeyindeyken sigara kullanmayı sürdürmede bu etkinin %70 olduğu bildirilmiştir (15). Aile çalışmalarına dayanarak nikotin bağımlılığın kalıtsal bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Benzer biçimde ikiz çalışmalarında monozigotların dizigotlara göre daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir. Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ebeveyn ve çocuklarda, evlat edinilmiş çocuklara oranla daha sık oranda sigara içme oranı saptanmıştır (15, 16). Bir çalışmada birlikte ve ayrı yaşayan monozigotlarda birlikte ve ayrı yaşayan dizigotlara göre ve birlikte yaşayan monozigotların da ayrı yaşayanlara oranla daha sık sigara içtiği saptanmıştır (15).

Diğer Mekanizmalar

Dopamin D2 Geni: Dopamin D2 geni (DRD2) izole edilmiş beş dopamin reseptör geninden birisidir. Yapılan geniş ölçekli çalışmada bu genin Taq I A1 aleline sahip kişilerde azalmış D2 reseptör bağlanma afinitesi gözlenmiş ve Taq I A1 aleline sahip kişilerde bağımlılık oranı, bu alele sahip olmayan aynı etnik orijine sahip olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda A1 alleli hiç sigara içmeyenlerde en az oranda bulunurken, remisyonadaki nikotin bağımlılarında sık, halen sigara kullananlar arasında çok sık olarak saptanmıştır (17-19).

Serotonerjik Sistem: Serotonin antagonistlerinin yeme içme davranışının yanısıra alkol gibi bazı bağımlılık yapıcı maddelerin tüketimini veya tercihini azalttığı yolunda yayınlanmış araştırma

sonuçları vardır. Bununla beraber bugüne kadar serotoninin bağımlılık gelişimindeki rolü dopamin kadar açık bir şekilde ortaya konamamıştır. Ancak sinaptik aralıkta bulunan serotoninini yeniden hücre içine alan "serotonin taşıyıcı"sına bağlı polimorfik bölgede iki işlevsel allel (s:kısa, l:uzun) saptanmış ve bu allellerden s/l ya da s/s genotipinin sigara içenlerde daha sık bulunduğu gösterilmiştir (15).

Sitokrom P450 Enzim Sistemi: Vücuda alınan maddeler gibi nikotin de karaciğerde CYP2A6 ve CYP2B6 enzimleri ile metabolize edilmektedir. Bu enzimin işlev görmeyen allelini taşıyan bireylerde nikotin metabolizması yavaşlamakta ve bu kişilerin nikotin bağımlılığına karşı doğal korumaları gelişmektedir. Bu "koruma" nedeniyle bu kişilerin sigara bağımlısı olma olasılıkları düşüktür. Daha önemlisi bu kişilerin sigarayı daha uzun süreli bırakabilmeleri ve ilaç tedavisinden daha çok yarar görmeleri mümkündür (15).

KAYNAKLAR

1. Uzbay İT, Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. Yüksel, N. (editör) Psikofarmakoloji, Değiştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003: 485-520.
2. Kayaalp SA. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. (8.Baskı, 2.cilt), Ankara, Feryal Matbacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., 1998: 1005-1012.
3. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva, 1992.
4. US Public Health Service, JAMA 2000; 283: 3244 – 3254 International Classification of Diseases, 10th Revision; F.17.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Fourth Edition (revised) Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
6. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. (8.baskı, 2.cilt), Ankara, Güneş Kitabevi 2008: 1137-1168.
7. Watkins SS, Koob GF, Markau A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. Nicotine Tobacco Research (2000) 2, 19-37.
8. Koob GF, Moal ML. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology 24, 97-129, 2001.
9. R.Erol Sezer. Tütün Bağımlılığı ve Nörobiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile

- Hekimliği ders notları
10. Di Chiara G, Role of dopamine in the behavioral actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology* 393, 295-314, 2000.
 11. R.Jain, K. Mukherjee. Biological Basis of Nicotine addiction. *Indian Journal of Pharmacology* 2003; 35: 281-289
 12. Watkins SS, Koob GF, Markau A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *NicotineTobacco Research* (2000) 2, 19-37.
 13. Corrigal WA. Nicotine self-administration in animals as a dependence model. *Nicotine and Tobacco Research* 1,11-20, 1999.
 14. Uzbay İ.T. Beyin nasıl bağımlı oluyor? *Meslek içi sürekli eğitim dergisi*.
 15. Yüncü Z. Savas AH. Madde Kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8(3): 146-153.
 16. Hall W, Madden P, Lynskey M. The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications. *Tob Control*. 2002;11(2):119-124.
 17. Blum K, Braverman ER, Wood RC, Gill J, Li C, Chen TJ, Taub M, Montgomery AR, Sheridan PJ, Cull JG. Increased prevalence of the Taq I A1 allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: a preliminary report. *Pharmacogenetics* 6: 297-305, 1996.
 18. Noble EP. D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 116:103-125, 2003.
 19. Noble EP, St Jeor ST, Ritchie T, Syndulko K, St Jeor SC, Fitch RJ, Brunner RL, Sparkes RS. D2 dopamine receptor gene and cigarette smoking: a reward gene? *Med Hypotheses*. 1994; 42(4):257-260

05

Olguların Evrelendirilmesi

Son birkaç dekatta nikotinin bağımlılık yapıcı özelliklerinin daha iyi tanımlanmasıyla da paralel olarak sigarayı bırakmaya yönelik yöntem geliştirme çabaları artarak devam etmektedir. Sigara içme davranışı komplekstir ve başlama, bırakma, sürdürme, aralıklı içme, nüks gibi farklı davranışsal komponentleri vardır. Günümüzde sigarayı bırakmaya yönelik geliştirilen teoriler, sözü edilen bu farklı davranışsal komponentleri göz önüne alarak farklı yaklaşımlardan oluşmaktadır. Yaklaşımın etkinliği, sigara içen olgunun doğru tanımlanmasına, yani doğru sınıflandırılmasına ve doğru stratejilerin uygulanmasına bağlıdır. Etkili sigarayı bırakma yaklaşımları sigara içme davranışındaki değişiklikleri tanımlayan "Transtheoretical Model" ve "Agency for Health Care Policy Research" (AHCPR) tarafından geliştirilen Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi doğrultusunda uygulanmaktadır. "Transtheoretical Model" ilk kez Prochaska ve arkadaşları tarafından tanımlanan, bireyin sigarayı bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığını anlaşılmasına yardım eden 5 aşamalı bir değişim sürecidir (6-10). Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar. Bu evreler:

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre (pre-contemplation)
- 2) Bırakmanın düşünülmesi (contemplation)
- 3) Bırakma hazırlığının yapılması (preparation)
- 4) Bırakmanın denemesi (action)
- 5) Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance)

Sigarayı bırakmayı kendi kendine deneyen bireylerde bu evreler arası geçiş, doğrusal değil de dairesel (döngü oluşturacak şekilde) özelliktedir. Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olanlar için daha geri evrelere dönme sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünenlerden ortalama %5'i yeniden başlama olmaksızın bırakmayı sürdürme evresine ulaşmaktadır. Yeniden başlayanların %15'i bırakmaktan vazgeçerken (bırakmayı düşünmeme evresi), diğer %85'i düşünme ve bırakmaya hazırlık evrelerine dönüş yapmaktadır. Bu bireyler için döngü ve değişim süreci devam edecektir.

Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla hekimin yaklaşımı da hangi evrede olduklarına göre değişeceğinden bireyin çok iyi tanımlanması gereklidir. Tablo III'de değişim evrelerinin tanımı yapılmıştır. Bu evrelerle ilgili ayrıntılar ise alt başlıklar şeklinde verilmiştir:

Tablo 4. Değişim Evreleri

Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation)	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir
Bırakmaya hazırlanma (preparation/ready for action)	Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir
Bırakmayı deneme (action)	Birey sigarayı bırakmış, henüz 6 ayı doldurmamıştır
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir

Bırakmayı düşünmeme:

Sigara içici, gelecekte herhangi bir sürede sigara ile ilgili bir davranış değişikliği düşüncesinde değildir. Bu süre için genellikle kastedilen zaman dilimi en az 6 aydır. Sigaranın yararlarını düşünme eğilimindedir, içmekten zevk almakta, sigarayı sevmektedir. Hastalık risklerini göz ardı eder ya da bu alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisi yoktur. Genellikle davranışını değiştirmeye yardım edecek bilgiyi almaktan kaçır. Bir kısmı daha önce bırakmayı denemiş ve bırakamamış olduğu için demoralizedir. Kendine güveni yoktur. Sigara içme davranışını değiştirmeye yardım edecek iletişim yollarından (okuma, konuşma, düşünme) kaçma eğilimindedir.

Bırakmayı düşünme:

Sigara içici, gelecek 6 ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünmektedir, yapacağı değişikliğin yararlarının bilincindedir. Bu dönemde sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri neredeyse eşittir, sigaranın riskleri ile ilgili düşünce ve bilgileri, yararlarına hafifçe ağır basabilir. Fakat hemen bırakmayı istemez, bırakmak için bir gün belirleme eğilimi yoktur. Bırakmayı erteleten engelleri ön plana çıkmaktadır, bırakma çabası için çok kararsızdır, düşünme evresinde sıkışmış kalmıştır.

Bırakmaya hazırlanma:

Sigara içici, risklerin çok iyi bilincindedir, gelecek 1 ay içinde bırakmayı planlamıştır. Bırakmaya yönelik küçük fakat anlamlı adımlar atmıştır, eyleme geçmek için bir planı vardır.

Bırakmayı deneme:

Birey, sigarayı bırakma adımını atmıştır. İlaç kullanarak, davranış değişikliği uygulayarak, tıbbi olmayan başka yöntemler kullanarak veya bu yöntemlerden birkaçını birden uygulayarak bırakmış olabilir. Henüz 6 aylık bırakma süresi dolmamıştır. Bu evre, nükslerin en sık yaşandığı evredir. Nüks %50 oranında ilk 2-3 hafta içinde olur. Sonraki 2-3 ay içinde bu oran gittikçe azalır. Bundan dolayı başlangıç desteği çok önemlidir. 3-4 ay sonraki destek, nüks üzerine daha az etkilidir.

Bırakmayı sürdürme:

Bu evredeki birey, 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. Sigarayı bırakmayı başarmıştır ve nüksten kaçınmaya çalışmaktadır. Kendine güveni artmıştır. Daha sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürebilir. Ancak bu evrede de sıklıkla nüks olur. En başarılı bireyler, genellikle önceden nüksü ve yukarıda sözü edilen evreler arası geçişi ortalama 3-4 kez yaşamış olanlardır.

“Transtheoretical Model”, evreler arası davranış değişimi sürecini tanımlar. Sigara içicinin ihtiyacının belirlenmesine ve buna göre bir yaklaşım planlanmasına olanak verir. Buna ek olarak, evreler arası geçişi değerlendirmek, bireyin sigara içme davranışını değiştirmek açısından niyetini ölçmenin bir yoludur. Klinisyen, hem bireyi sigarayı bırakması için motive etmeli hem de başarılı bir bırakma girişimi için destek sağlamalıdır. Motivasyon düzeyinin izlenmesi, sigarayı bırakma davranışındaki değişiklik için anahtar rol oynar. Çok iyi motive edilmiş bireyler, sigarayı bırakma konusunda az motive edilenlere göre daha başarılıdır.

Sigara bırakma sürecindeki bireyleri tanımaya yönelik bu bilgiler doğrultusunda pratikte olgular 3 gruba ayrılmakta ve tedavi yaklaşımı da gruplara göre belirlenmektedir (1). Buna göre:

- 1) Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli bireyler
- 2) Sigara içen ancak bırakma denemesi için istekli olmayan bireyler
- 3) Önceden sigara içmiş, yeni bırakmış bireyler

KAYNAKLAR

1. Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244-54, update 2008.
2. Orsel S. Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi. Aytemur ZA, ed. Tütün ve Tütün Kontrolü, vol 1, 1.ci baskı, Türk Toraks Derneği Kitapları, İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010: 406-16.
3. Hymowitz N. Tobacco. Clinical Textbook of Addictive Disorders. Frances RJ, Miller SJ, Mack AH (eds). The Guilford Press, NewYork, 2005, p:105-16.
4. Westermeyer J. Historical and Social Context of Psychoactive Substance Use Disorders. Clinical Textbook of Addictive Disorders. Frances RJ, Miller SJ, Mack AH (eds). The Guilford Press, NewYork, 2005, p: 16-34.
5. Aytemur ZA. Nikotinin Farmakolojisi. Aytemur ZA, ed. Tütün ve Tütün Kontrolü, vol 1, 1.ci baskı, Türk Toraks Derneği Kitapları, İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010: 396-405.
6. Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research &

- Practice 1982; 19: 276-88.
7. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behavior. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
 8. DiClemente CC. Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *Psychol Sci* 1999; 10: 209-13.
 9. Cole TK. Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Heart Lung* 2001; 30: 148-58
 10. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-36



06

Bağımlılığın Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström testi olup daha sonra bu testten Fagerström Tolerans Testi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi geliştirilmiştir.

Fagerström Tolerans Testi (FTT), 1978 yılında ilk geliştirildiğinde sekiz sorudan oluşmaktaydı. Daha sonra psikometrik çalışmalarda iç tutarlılığının ve farklı zamanlarda yapılan ölçümlerin farklılık göstermesi nedeniyle yeniden düzenlenmiş ve 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

<p>Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?</p> <p>a. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde 3 puan b. 6-30 dakika içinde 2 puan c. 31-60 dakika 1 puan d. 1 saatten fazla 0 puan</p>
<p>Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?</p> <p>a. evet 1 puan b. hayır 0 puan</p>
<p>Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir?</p> <p>a. Sabah içtiğim ilk sigara 1 puan b. Diğer herhangi biri 0 puan</p>
<p>Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>a. 10 adet veya daha az 0 puan b. 11-20 1 puan c. 21-30 2 puan d. 31 veya daha fazla 3 puan</p>
<p>Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?</p> <p>a. evet 1 puan b. hayır 0 puan</p>
<p>Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?</p> <p>a. evet 1 puan b. hayır 0 puan</p>
<p>Toplam skor</p> <p>0-2 Çok az bağımlılık 3-4 Az bağımlılık 5 Orta derecede bağımlılık 6-7 Yüksek bağımlılık 8-10 Çok yüksek bağımlılık</p>

(FNBT) geliştirilmiştir (1-3). FNBT’de sigara tüketim miktarları ve ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilmiştir (4,5).

Fagerström testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir. Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir (4,5). Ayrıca bu testlerin orta ve ağır derecede bağımlıları saptama gücü zayıftır. Ölçeğin gücünü artıran temel sorular ise sabah kalkıldığında ilk içilen sigara ve tüketilen günlük sigara sayısıdır (6,7). Günlük sayı ve ilk sigara, bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı olup, ikisinin birlikte kullanılması durumunda duyarlılık ve özgüllük artmaktadır (8,9).

Son yıllarda FNBT’nin iki sorusundan oluşan Sigara Ağırlık İndeksi üzerinde durulmaktadır. Bu iki soru yine günün ilk sigarası ve gün içinde tüketilen toplam sigara sayısını sorgulayan sorulardır. Sigara Ağırlık İndeksi’nin kullanıldığı çalışmalarda FNBT kadar iyi sonuç verebildiği, nikotin alımının biyokimyasal göstergeleri arasında iyi bir korelasyon olduğu bildirilmektedir. Çalışma sonuçlarına göre FNBT, FTT’ne göre daha iyi iç tutarlılık göstermekte, Sigara Ağırlık İndeksi ise FNBT’ne göre daha kolay yanıtlanabilmektedir (8,10).

European Medical Association Smoking or Health (EMASH), 1997’de sigara bağımlılığı ve tedavisi için yayınladığı kılavuzda tüm sigara içenlere sigarayı bırakmasının önerilmesi gerektiğini belirtmekte ve bırakmak isteyenlere tek soruluk basit bir test önermektedir. Bu testte olgulara sabah ilk sigarayı ne zaman içtikleri sorulmaktadır. İlk yarım saat ve daha kısa sürede içenler orta ve yüksek derecede bağımlı olarak değerlendirilmektedir (11).

Yukarıdaki bilgiler ışığında bugün, günlük pratiğimizde akademik çalışmalar için FNBT kullanılmasını öneriyoruz (Tablo 4). Rutin değerlendirmelerde ise Sigara Ağırlık İndeksi’nin kullanılması yeterlidir.

KAYNAKLAR

1. Orsel S. Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi. Aytumur ZA, ed. Tütün ve Tütün Kontrolü, vol 1, 1.ci baskı, Türk Toraks Derneği Kitapları,

İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010: 406-16.

2. Uysal A, Kadakal A, Karşıdağ Ç, et al. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52: 115-21.
3. Thomas JL, Ebbert JO, Patten CA, et al. Measuring nicotine dependence among smokeless tobacco users. *Addictive Behaviors* 2006; 31: 1511-21.
4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991; 86: 1119-27.
5. Payne JP, Smith PO, McCracken LM, et al. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav* 1994; 19: 307-17.
6. Moolchan ET, Radzius A, Epstein Dh, et al. Fagerström test for nicotine dependence and the diagnostic interview schedules: do they diagnose the same smokers? *Addict Behav* 2002; 27: 101-3.
7. Örsel O, Örsel S, Alpar S, et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16: 112-18.
8. Uysal A. Sigara bağımlılığı ve değerlendirilmesi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hast ABD Dizisi* -5, İstanbul 2005; s: 130-48.
9. Etter J, Duc TV, pergener TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999; 94: 269-81.
10. Diaz FJ, Jane M, Salto E, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:161-68.
11. Rustin TA. Assessing nicotine dependence. *Am Fam Physician* 2000, 62: 579-84. Igna, Casterbi



07

Sigara Bırakma Tedavisinde 5A 5R Kavramları

Bugün için destek tedavilerine farmakolojik tedavilerin de eklenmesi ile yüksek başarı oranları elde etmenin mümkün olduğunu biliyoruz. Karşılaştığımız her hastanın tütün kullanım durumunun dökümanite edilmesi ve bırakma için motive edilmesi ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Her hastaya etkin tedavilerin varlığı anlatılmalı ve tedavi önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır. Hastaları değerlendirirken yargılayıcı, kınayıcı, aşağılayıcı ifadelerden kaçınılmalıdır. Bırakamama nedeninin nikotin bağımlılığı olduğu,

eğer hasta isterse gerekli destek ve tedavi sunulacağı anlatılmalıdır. “Eğer sigarayı bırakmazsan bir daha yanıma gelme” gibi hastayı rencide edecek ve hekimden uzaklaştıracak ifadelerden kaçınılmalıdır(1).

Hekime herhangi bir sebeple başvuran hastalarda 3 dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarını anlamlı derecede artırdığı saptanmıştır(2). Bırakma denemesi konusunda istekli hastalarda aşağıda anlatılacak olan 5A, Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir(3).

5A (5 Ö)		
(A1) ADIM 1 (A2) ADIM 2 (A3) ADIM 3 (A4) ADIM 4 (A5) ADIM 5	ASK ADVISE ASSESS ASSIST ARRANGE	ÖĞREN ÖNER ÖLÇ ÖNDERLİK ET ÖRGÜTLE

(A1) ADIM 1: ÖĞREN

Her ne sebeple gelirse gelsin, her başvuruda hastanın tütün kullanım durumu mutlaka sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Hastanın kan basıncı, nabız, kilo, ateş, solunum sayısı gibi vital bulguların yanında mutlaka tütün kullanımı yer almalıdır. Ne zaman başlamış? Kaç yıldır içiyor? Günde içilen sigara sayısı sorularak kaydedilmelidir. Sigara dışındaki tütün ürünleri (pipo, puro, nargile, Maraş otu gibi) kullanımı olup olmadığı da mutlaka sorgulanmalıdır(3).

(A2) ADIM 2: ÖNER

Her sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. Bu öneri açık, net güçlü ve kişiye özel olmalıdır.

AÇIK:

- Sigarayı bırakmanızın sizin için çok önemli olduğunu düşünüyorum.
- Size bu konuda yardımcı olabilirim.
- Hasta olduğunuzda sigara sayısını azaltmak yeterli değildir.
- Ara sıra ya da az sigara içmek tehlikenizi azaltmaz.

GÜÇLÜ:

- Sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır.
- Doktorunuz olarak bunu belirtmek istiyorum.
- Size her konuda yardıma hazırım.

KİŞİYE ÖZEL: Hastanın şu andaki semptomları ve sağlık durumu, sigaranın ekonomik yükü, çocuklarını ve ailesini sigara dumanına maruz bırakarak verdiği zarar, bırakınca sağlığında oluşacak dramatik iyileşmeden söz edilmelidir(3).

(A3) ADIM 3: ÖLÇ

Her hastanın sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorgulanmalıdır. Bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır. Bırakmak isteyen hastaların bu aşamada bırakma isteği nedenleri gözden geçirilmeli, hastanın kararlılık durumu saptanmaya çalışılmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (Fagerström testi yapılabilir) tercih edilmelidir) ve olanak varsa karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı

gözden geçirilmelidir. Bazı gruplarda başarı oranlarının daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu gruplardaki hastalar daha dikkatli analiz edilmeli ve daha yakından takip edilmelidir(3).

Başarısı düşük gruplar:

- Bağımlılığı yüksek kişiler
- Düşük sosyoekonomik koşullar
- Düşük eğitim düzeyi
- Sigara kullananlarla birlikte yaşayanlar
- Genç içiciler

(A4) ADIM 4: ÖNDERLİK ET

Hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracığından bırakma günü belirlenmesi uygun olur. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. Bırakma kararı aile, arkadaş ve işyerinde paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir. En çok zorlanılan ve sigaraya yeniden başlanılan zaman ilk birkaç haftadır. Ev, işyeri ve araba gibi kişinin yaşadığı çevreden sigarayı hatırlatacak eşyaların uzaklaştırılması önerilmelidir. Bırakma döneminde mücadele gücünü artıracak yeni günlük aktiviteler geliştirilmelidir(4). Yaşa uygun egzersiz, yürüyüş yapmak, istedikleri hobilere zaman ayrılması önerilmelidir.

- İçme isteği kişiyi zorladığında;
- Bir meyve ya da çiğ sebze soyup yemek (salatalık, elma, havuç gibi)
- 10 kez derin nefes alıp verme
- Duş alma
- Yemekten oyalanmadan kalkma gibi önerilerde bulunulabilir.

Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi esastır. "Bir taneden bir şey olmaz" düşüncesine kapılmanın sigaraya yeniden başlamaya neden olacağı vurgulanmalıdır. Bırakma süresince

mümkün olduğunca alkolden uzak durulmalıdır. Alkol nükse neden olabilir.

Birlikte yaşadığı kişiler sigara içiyorsa bu bırakmayı olumsuz etkileyecektir. Ev içerisinde sigara içilmesi önlenmeli ve diğer kişilerde bırakma konusunda cesaretlendirilmeli ve ev halkının birlikte bırakması sağlanmaya çalışılmalıdır.

Hastalara bırakma konusunda etkili ilaçların (Nikotin yerine koyma preparatları, Bupropion, Varenikline) olduğu anlatılmalıdır. Destek tedavisi ile birlikte farmakolojik tedavinin birlikte kullanılması başarı oranlarını çok artırdığı bilinmektedir(3). Hastaların kullanılan ilaçlara güven kaybı olmaması açısından ilaçların nasıl etki edeceği, yoksunluk belirtilerinin daha az hissedilmesini sağlayacağı ancak sigara bırakmanın kişinin kendi kararı ile olacağı anlatılmalıdır.

Kişinin yaşına, kültürüne ve eğitimine uygun yazılı materyal sağlanmalıdır. Ülkemizde Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu tarafından hazırlanan kitapçıklar ve www.dumansizhayat.org internet sitesi bu amaç için uygundur.

(A5) ADIM 5: ÖRGÜTLE

Hastalar yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlenmelidir. İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta yapılmalıdır. İkinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Bundan sonraki görüşmeler kişinin durumuna göre 15 günde bir, aylık, 3 aylık olarak ayarlanabilir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir. Karşılaşılan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir. Nüks olmuşsa nedenleri araştırılmalı ve tekrar tam bırakma sağlanmaya çalışılmalıdır. Farmakoterapi gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa doz ayarlaması yapılmalıdır. Ortaya çıkabilecek problemlerin çözümünün sigaraya başlamak olmadığı, her problemin mutlaka çözümü olduğu anlatılmalıdır(3).

5R STRATEJİLERİ

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır.

5R		
R1	RELEVANCE	İLİŞKİ
R2	RISKS	RİSKLER
R3	REWARDS	ÖDÜLLER
R4	ROADBLOCKS	ENGELLER
R5	REPETITION	TEKRAR

(R1) İLİŞKİ:

Sigara içmenin getireceği zararlar kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir. O andaki hastalık durumu, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, ileride hastalanma endişesi üzerinde durulmalıdır. Sigara bırakmanın hastanın kendisi ile ilgili olduğu, daha önceki bırakma deneyimleri zorluklarla birlikte değerlendirilmelidir.

(R2) RİSKLER:

Hastaya sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Hastaya düşük nikotinli, düşük katranlı sigara içmenin yada diğer tütün ürünlerini (pipo,puro) kullanmanın hastalanma riskini azaltmayacağı anlatılmalıdır. Aşağıda da özetlendiği gibi olası hastalık risklerinden örnekler verilerek hastalar bilinçlendirilmelidir(3).

Akut Riskler: Nefes darlığı, Astım alevlenmesi, gebeliğin zarar görmesi, impotans, infertilite, artmış solunum yolları enfeksiyonu riski.

Uzun Dönem Riskler: Kalp krizi, İnme, Akciğer kanseri ve diğer kanserler(larenks, oral kavite, farenks, ösefagus, pankreas, mide, böbrek, mesane, serviks, akut myelositik lösemi), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Osteoporoz, uzun süreli maluliyet ve yoğun bakım ihtiyacı.

Çevresel Riskler: Eşinde artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarında astım, orta kulak iltihabı ve artmış solunum yolu enfeksiyonu riski.

(R3) ÖDÜLLER:

Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir.

- Sağlık durumunda düzelme
- Yemeklerden daha iyi tat alma
- Koku alma duyusunda iyileşme
- Para biriktirme
- Kendini daha iyi hissetme
- Ev, araba, elbise ve nefesinin daha iyi kokması
- Çocuklarına iyi örnek olma
- Sağlıklı bebek ve çocuklara sahip olabilmek
- Fiziksel aktivitenin iyileşmesi (daha hızlı yürüme, daha rahat merdiven ve yokuş çıkma)

- Ciltteki kırışıklıklar ve yaşlanmanın azalması

(R4) ENGELLER:

Sigarayı bırakmanın önündeki olası engeller belirlenmeli ve hastaya bu engelleri aşabilecek çözüm önerileri sunulmalıdır. Sık görülen engeller:

- Yoksunluk belirtileri
- Başarısızlık korkusu
- Kilo alma
- Destek yoksunluğu
- Depresyon
- Sigara içmekten hoşlanma
- Sigara içicileri ile bir arada bulunma
- Etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama

(R5) TEKRAR:

İsteksiz hastaların her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrar verilmesi gerekir. Daha önce defalarca denemiş ve başarılı olamamış hastalara bunun bir sonraki denemesinde başarısız olacağı anlamına gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği anlatılmalıdır(3).

SİGARAYI HENÜZ BIRAKANLAR:

Sigarayı henüz bırakmış bir hastayla karşılaşıldığında hasta kararından ve başarısından dolayı tebrik edilmeli ve içmemeyi sürdürme için motive edilmelidir. Sağlık açısından kazanacağı yararlar anlatılmalıdır. Karşılaşılan sorunlar, yoksunluk belirtileri, olası tehlikeler konusunda görüşülmeli ve çözüm önerileri sunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ at all. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. Chest 2002;121;932-941.
2. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi 2003; 4:225-234.
3. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update
4. U.S. Public Health Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. Am J Prev Med 2008;35(2):158-176.
5. Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigarayı Bırakıyoruz. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi Sayı A3.

DESTEK GÖRÜŞME STRATEJİLERİ

Empati kur	<ul style="list-style-type: none"> • Ucu açık sorularla açıklama <ul style="list-style-type: none"> - Sigara yada diğer tütün ürünlerinin kullanımının etkileri (örneğin: “Sigarayı bırakmanın sizin için ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?”). - Bırakma konusunda kaygılar ve bırakmanın yararları (“Sigarayı bıraktığınızda neler olabilir?”). • Hastayı dinleyerek paylaşılanların anlaşıldığını yansıtma <ul style="list-style-type: none"> - Yansıtıcı kelimeler (örneğin: “Sigara içmenin kilonuzu korumaya yardım ettiğini mi düşünüyorsunuz?”). - Özetleme(örneğin: “Sigara içmekten hoşlandığınızı anlıyorum. Ancak erkek arkadaşınız sizin sigara içmenizden nefret edebilir. Ciddi bir hastalık gelişmesinden endişe etmelisiniz”). • Kaygı ve duyguların normal olduğunu hissettirme (örneğin: “İnsanların çoğu sigarasız bir hayatı nasıl sürdürecekları konusunda endişe duyarlar”). • Hastaların bağımsız karar vermeleri ve doğru seçim yapmaları için destek (Şu anda bırakma konusunda hazır olmadığınızı görüyorum. Ben buradayım ve bırakma kararı verdiğinizde size yardım etmeye hazırım).
Çelişkileri vurgula	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın içme davranışı ile öncelikleri, değer ve amaçları arasındaki çelişkinin vurgulanması (örneğin: Aileniz sizin için çok önemli görünüyor. Çocuklarınızın sizin sigara içmenizden nasıl etkilendiğini düşünüyorsunuz?). • Etkili ve inandırıcı bir dil ile pekiştirme ve destek (örneğin: “Sigaranın nefes almanızı nasıl olumsuz etkilediğini fark edersiniz”). • Bırakma için etkin öneri. <ul style="list-style-type: none"> - “Sigarayı bıraktığınızda yoksunluk belirtilerini gidermek amacı ile kullanabileceğiniz birçok etkili tedavi alternatifi var”. - “Babanızda olduğu gibi bir beyin kanaması geçirmemeniz için size yardım etmekten mutlu oluruz.”
Hastanın direncini değerlendir	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta çok dirençli ise geri çekilme ve yansıtma. <ul style="list-style-type: none"> - “Sigara ile ilgili kendinizi çok baskı altında hissediyor görünüyorsunuz.” • Empati sunulması. <ul style="list-style-type: none"> - “Bıraktığınız dönemde yoksunluk belirtileri ile nasıl başa çıkacağınız konusunda endişeli görünüyorsunuz.” • Bilgi vermek için izin isteme. <ul style="list-style-type: none"> - “Kaygılarınızı gidermek için size bilgi vermeme izin verir misiniz?”
Kişisel etkinlik için destek ol	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın önceki bırakma denemelerindeki başarısının farkına varmasını sağlama. <ul style="list-style-type: none"> - “Önceki bırakma denemenizde neredeyse başarmışsınız.” • Çeşitli alternatifler sunma. <ul style="list-style-type: none"> - Bilgi ve öneri için bir bırakma hattını (varsa) arama. -Bırakmanın yararları ve yöntemleri ile ilgili kaynak okuma -Sigara içme alışkanlığında değişiklik(örneğin: Evde sigara içmeme).



08

Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler

Tütün bağımlılığının patogeneğinde diğer bağımlılıklarda olduğu gibi 3 boyuttan söz edilebilir. Eşit öneme sahip bu üç boyut psikolojik, davranış, ve nörobiyolojik boyuttur. Sigara bırakma tedavilerinde bu üç boyutun eşit oranda dikkate alınması ve gerekli girişimlerin yapılması önemlidir. Aksi takdirde kalıcı olarak sigaranın bırakılması zorlaşmaktadır.

Bu bölümde bu üç boyuttan davranış ve psikolojik boyuta müdahaleye yönelik davranışçı ve bilişsel yöntemlere yer verilecek, nörobiyolojik boyuta müdahale etmek için kullanılan farmakoterapi ise ilgili bölümde yeracaktır.

Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını artırmaktadır(1).

Davranışçı ve bilişsel tedavilerden beklenen yarar; kişinin sorun davranışından (tütün kullanımından) kurtulmayı istemesini sağlamak, diğer değişle tütünü bırakmayı düşünmesini sağlamak, tütün kullanımından kurtulmayı (bırakmayı) isteyenlere de bu süreçte karşılaşmaları olası sorunlarla baş etme yolları konusunda beceri kazandırmaktır. Bu uzlaşma raporunun değerlendirme kısmında tanımlanan evrelere (bırakmayı düşünmeyen, bırakmayı düşünen, hazırlanan, eyleme geçmiş, bırakmayı sürdüren) göre tütün kullananlara uygulanacak davranışçı ve bilişsel tedaviler farklılık içermektedir.

Bırakmayı düşünmeyenlere uygulanacak bilişsel ve davranışçı tedaviler:

Bu kişilere yapılacak girişim literatürde 5R olarak bilinmektedir. Bu yöntemde sigara içmenin risklerinden, bırakmanın yararlarından sözetmek, riskleri hastanın sağlığıyla ilişkilendirmek, bırakmanın önündeki engelleri öğrenmek ve bu girişimi her fırsatta tekrarlamak olarak özetlenebilir (2).

Bırakmayı düşünmeyen kişiler tütün kullanma davranışlarını rasyonelize etmişler ve bu davranışı korumak ve sürdürmek istemektedirler(3). Fizyolojik olarak nikotinin oluşturduğu keyif alma duygusu, psikolojik olarak tütün kullanımının günlük yaşamın sıkıntılarını giderdiği, keyifli olayları daha da keyifli hale getirdiği, kilo kontrolünü kolaylaştırdığı algısı, tütün uzun süre kullanılmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin günlük yaşamda baş ağrısı,

baş dönmesi, konsantrasyon bozukluğu, ruhsal gerginlik yaratarak günlük yaşamı zorlaştıracağı düşüncesi ya da deneyimi, aşırı sigara içme isteğinin kontrol edilmesindeki güçlük bu davranışın sürmesindeki en belli başlı nedenlerdir.

Kişi kendi içinde bir denge kurmuş ve bundan mutludur. Bu dengenin bozulmasını da istememektedir. Denge bozulduğunda ortaya çıkacağını düşündüğü sorunlarla başedemeyeceği düşüncesi ve "başarısızlığın" getireceği öz saygıda azalma korkusu bu dengeyi koruması için başka bir gerekçe oluşturmaktadır. Dengeyi bozma olasılığı olan sağlık zararlarını gözardı ederek, ya da zararların oluşmasını önlediğini ya da geciktirdiğini düşündüğü davranışlar (dudak tiryakisi olma, içine çekmeme, aç karna içmeme, vitamin alma, genetiğinin sağlam olduğunu düşünme, kendinde hastalık belirtisi hissetmeme vb) edinerek bu dengeyi korumaya çalışmaktadır. Bu aşamada bırakmayla ilgili bilgi almaya dirençlidir.

Bu kişilerde bilişsel tedavinin amacı bu dengeyi bozacak girişimde bulunmaktır(3). Bu dengeyi bozacak en önemli girişim kişinin önemseydiği bir durum, ya da hekime gelme nedeni olan sebeble sigaranın ilişkisini kurarak net, güçlü ve kişiye özel bir öneride bulunmak, sigarayı bırakmasının önünde engel olarak gördüğü ne varsa, dengenin bozulmasından dolayı oluşacak ne kadar sorun varsa çözümünün olduğunu vurgulamak, sigarayı bırakmayı düşündüğünde hekimin kendisine yardımcı olacağını belirtmesi yeterli olacaktır. Bu girişimin tüm hekimlerce, tüm ortamlarda yapılması olasıdır ve ortalama 30-45 sn içinde bu girişim yapılabilir (2, 3). Bu girişim ne kadar sık yapılırsa kişinin bu davranışını değiştirme kararını vermesi o kadar hızlı olmaktadır. Bu süreç tütün kullanan kişinin bu davranışı yüksek riskli bir davranış, kurtulması gereken bir durum olarak algılamasını sağlayacak şekilde kurgulanmalı ve bu amaca yönelik uygun hekim tutumu sergilenmelidir.

Bilişsel olarak bu aşama geçirilmeden, sigarayla ilgili olumlu düşünceler, olumsuz düşünceye değiştirilmeden sigara içme davranışı değiştirilmeye çalışılırsa, geçici sigara içmeme dönemleri sağlanabilse de genellikle nüksle sonuçlanır.

Bırakmayı düşünenlere uygulanacak davranışçı bilişsel tedaviler:

Bu kişilerde uygulanacak ana strateji literatürde 5A ya da 5Ö olarak bilinmektedir(2,3). Bu strateji öğren (ask), öner (advise), ölç (assess), önderlik et (assist), örgütle (arrange) alt başlıklarından oluşur. Tütün kullanıp kullanmadığını öğrenmek, kullanıyorsa bırakmasını kendisiyle ilişkilendirerek net, güçlü bir şekilde önermek, bırakma kararlılığını ve bağımlılık düzeyini ölçmek, bırakma sürecinde karşılaşılabileceği her türlü sorunda yanında olmak sorunların çözümleri konusunda yardımcı olarak önderlik etmek ve süreci örgütleme şeklinde özetlenebilir.

Bu stratejiyi uygulayabilmek için kişiyle ilgili bazı bilgilere gereksinim duyulur.

Bunlar:

- 5- Kişinin sigara içmesine neden olan ve engel olacak faktörlerin saptanması
- 2- Bırakma sürecinde korkuları olup olmadığının belirlenmesi
- 4- Sigara bırakmanın nasıl bir duygu durumu oluşturduğunun bilinmesi

Bu başlıklar altında iyi bir durum saptaması yapıldığında bilişsel ve davranışçı tedavilerde ne yapılacağı da netleşmektedir.

Kişinin sigara içmesine neden olan faktörler arasında çay, kahve, alkol, yemek sonrası gibi davranışsal faktörler, öfke, neşe, üzüntü, stres gibi duygusal faktörler, çevresinde sigara içmesini hatırlatacak kül tablası, sigara paketi, çakmak, kibrit gibi görsel faktörler, eskiden sigara içilen ortamlarda bulunulması, sigara içen kişilerle birarada olunması gibi durumsal faktörler ön planda olabilir. Bırakma sürecinde bu faktörlerin içme isteğini kontrol etmeyi zorlaştırabileceği düşünülerek önlem alınmalıdır. En sık kullanılacak davranışsal öneriler;

- Görsel faktörleri kontrol etmek için sigarayı hatırlatan objelerin(kül tablası, çakmak, sigara paketi, kibrit vb) ortadan kaldırılması
- Duygusal faktörlere maruz kalındığında kısa süreli ortam değiştirme, su içme ve nefes egzersizleri uygulama
- Durumsal faktörleri kontrol etmek için sigara içmeyle kodlanmış ortamların yeniden dizaynı (sigara içilen koltuğun ya da masanın yerinin değiştirilmesi, perdelerin yıkanması, arabanın temizletilmesi), önceden birlikte sigara içilen kişilere bırakmayı denediğinin açıklanması ve anlayış beklediğinin belirtilmesi, kendisine sigara ikram edilmemesinin istenmesi. Ayrıca sigara içenlerin risklerinin devam ettiği, kendisinin bu risklerinin azaldığı algısının sürekli kişiye vurgulanması ve bu şekilde düşünmeye yönlendirilmesi

- Davranışsal faktörleri (çay, kahve, alkol, yemek sonrası) kontrol etmek için sigarayla bu maddelerin hazırlık döneminde ayrılması, bırakıldıktan sonra ise ağız pH sınırı nötre çekecek su içme, şekersiz sakız çiğneme gibi yöntemlerin uygulanması.

Bırakma sürecinde kişi yoksunluk belirtilerinden, ağız yaralarından, kabızlıktan, kilo almaktan dolayı korku ve çekinmeleri olabilir. Bu korkuların çözümlenmesi bırakma sürecinin konforlu geçmesini sağlayacaktır. Yoksunluk belirtileri için uygun farmakoterapi, inatçı ağız yaraları için nikotin sakızı çiğnenmesi, kabızlık için lifli gıdalarla beslenme bununla başa çıkılamayanlar için zayıf laksatifler, kilo alımının engellenmesi için bırakmadan öncekinden 1/3 az gıda tüketilmesi, iştah artışının kalorisiz gıdalarla giderilmesi, günlük yürüyüşlerin düzenli yapılması ve su içerek iştahın baskılanması yardımcı olacaktır.

Üçüncü olarak; kişinin sigara bırakmasının nasıl bir duygulanım oluşturduğunun saptanması önemlidir. İki tür duygu sözkonusu olabilir. Sigara bırakan kişi sürece iyi bir hazırlık dönemi geçirmeden başladıysa sigarayı bırakmaktan dolayı üzüntü, hakettiği birşeyden mahrum kalma, sevdiği bir insanı kaybetme duygusu yaşayabilir. Ya da hazırlık dönemi iyi geçirildiyse yaşamsal risk oluşturan bir durumdan kurtulduğunda hissettiği rahatlama duygusu egemen olabilir. İlk duygulanım sözkonusuysa bırakma süreci uzadıkça sigarayı özleme, içenlere özenme nüks riskini artırabilir. Kurtulma duygusu yaşanırsa sigara içenlere üzültü duygusu oluşur ve kişi nüks neden olabilecek faktörlerden kaçınır ve kalıcı bırakmaya adaydır.

Motivasyonel Görüşme Teknikleri

Yukarıda bahsedilen nikotin bağımlılığının davranış ve psikolojik boyutlarına davranışçı ve bilişsel yöntemlerle girişimde bulunurken motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmalıdır. Bu teknikler uygulanırken aşağıda özetlenen temel kurallara uyulması yöntemlerin başarısını artırmaktadır.

Motivasyonel görüşmede temel kurallar hastayla empati yapma, hastanın önemseydiği şeyle (sağlık, ekonomi, çocukları vb) sigaranın ilişkisini kurma, bırakmaya karşı direnci azaltma ve kişisel etkinliğin desteklenmesidir (3,4). Görüşme hasta merkezli olmalı ve hastanın konuşmasına izin verilmelidir. Motivasyon tekniklerini kullanan klinisyenler hastanın tütünle ilişkili duygularını, inanışlarını, düşüncelerini, değerlerini anlamaya çalışmalıdırlar(4). Motivasyonel görüşme sırasında eşitlikçi bir tavır izlenmeli, paternalistik yaklaşımdan kaçınılmalıdır. Sigara bırakma bir süreç olarak algılanmalı bu süreçte bırakma ve sigara içmeye dönme arasında gidış gelişler normal olarak

algılanmalı hangi koşul altında olursa olsun hastaya olumlu yaklaşılmalı yargılayıcı ve suçlayıcı tavır alınmamalıdır.

Motivasyonel görüşme başında öncelikle hastanın bırakma kararlığı araştırılmalıdır. Klinisyenin karşısına gelen kişi bırakmayı düşünmeyen, bırakmayı düşünen ama planlamayan, bırakmayı planlayan, bırakmayı deneyen ya da bırakmış olabilir. Hastanın karar düzeyine uygun müdahalede bulunulmalıdır. Aksi davranış zaman kaybı ve tedavi başarısızlığına yol açabilir. Örneğin bırakmayı düşünmeyen hastaya bir dakikalık sorma ve önerme müdahalesi bırakmayı düşünürse kendisine yardımcı olunabileceği belirtilmesi yeterliyken, bırakmayı planlayan, bırakmayı deneyen kişilere sorma, önerme, değerlendirme, yardımcı olma ve randevuların planlanması basamaklarının tümü uygulanabilir. Hastanın kararına kişisel tercihi olarak saygı gösterilmeli, yargılama ve çatışmadan kaçınılmalı, hasta bırakma girişiminin avantajları ve dezavantajları konusunda konuşmaya cesaretlendirilmelidir(5). Her görüşmede hastanın

bulunduğu basamaktan bir üst basamağa çıkması için gayret sarfedilmelidir (3).

KAYNAKLAR

- 1.Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Chocrane Database Sys Rew 2001. CD000165.
- 2.Fiore MC, Jaen CR, Bailey WC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care 2008 sep;53(9):1217-22
- 3.Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC et al. Smoking cessation guidelines – 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-88
- 4.Jarvis MJ Why people smoke? BMJ 2004;328:277-279
- 5.Laine C, Goldman D. Smoking Cessation. Annals of Intern Med 2007; 2-16.

09

Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi

Sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları, kişide sigara içimine bağlı gelişen bağımlılığının üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde sigara bırakma amacı ile kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç vardır, nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion ve vareniklin

Sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları, kişide sigara içimine bağlı gelişen bağımlılığının üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde sigara bırakma amacı ile kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç vardır, nikotin yerine koyma tedavileri, bupropion ve vareniklin

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin, öfori yol açması açısından amfetamin, kokain veya opiyadlarla karşılaştırılabilecek güçlü psikoaktif bir ilaçtır (1). Nikotinin santral sinir sistemi etkileri hem mutlak kan nikotin seviyeleri hem de beyinde bulunan reseptörlerdeki ilaç konsantrasyonunun artış hızına bağlıdır. Nikotin yokluğunda içici sadece nikotinin öforik etkilerinin yokluğunu yaşamaz aynı zamanda nikotin yoksunluğuna ait semptomları da geliştirir. Sigarayı bırakma yöntemlerinden biri olan nikotin replasman (yerine koyma) tedavisinin amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını daha az yaşayacak, sigaranın psikolojik ve davranışsal boyutu ile mücadele edecektir. Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Tolerans Anketine göre orta ve üzeri bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görmeleri mümkündür.

Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin replasman tedavisi uygulanır. Nikotin replasman tedavisi (NRT) ile vücuda verilen nikotin dozu sigara içimiyle alınan

dozdan çok daha düşüktür. Bir sigara içiminden 10 dakika sonra ulaşılan plazma nikotin düzeyi 20-50 mg/L arasında, ortalama 35 mg/L'dır. Oysa nikotin replasman tedavisi için kullanılan nikotin sakızları ve nazal spreylerle nikotin plazma seviyesi 6-8 mg/L, transdermal formlarda ise 12 mg/L düzeylerinde pik yapmaktadır. NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir. Ancak bazı hastalarda özellikle NRT'ni nikotin sakızları ile alanlarda nikotin preparatlarını kullanma alışkanlığı devam etmektedir.

Nikotin replasman tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal bantdır. NRT formlarının bir arada kullanıldığı çalışmalar vardır, bugün için genel olarak kombine kullanımda nikotin transdermal bant ile birlikte nikotin sakızı önerilir. NRT'de en sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve bantdır. Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır.

Nikotin Bandı

Nikotin bantı ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesi sağlanır. Bantın 16 saat ve 24 saat vücuda yapışık kalan iki formu vardır. Nikotin bantından sigara içimi ile alınan nikotin miktarının %50'si organizmaya geçmektedir. 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin alınmaktadır. Ülkemizde 24 saatlik formu bulunan bantlar üç farklı boyutta olup, 30 cm²'lik bantta 21 mg, 20 cm²'lik bantta 14 mg, 10 cm²'lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Sigaranın bırakılması aşamalarında 2-4 haftada bir NRT'de doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banta geçilir ve tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2' şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10-15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir.

Nikotin bantının kullanımı oldukça kolay olmakla birlikte dozun titre edilmesi mümkün değildir ve saatte 1 mg nikotin organizmaya geçmektedir. 16 saatlik formların amacı 24 saatlik formları kullanımı sırasında vücuda gecede verilmeye devam

eden nikotinin neden olabileceği uykusuzluk, huzursuzluk gibi semptomları önlemektir. 16 saatlik nikotin bantları kişinin sigara içme profiline daha çok uymaktadır. Fakat 24 saatlik formları ile sürekli bir plazma düzeyi sağlandığı için sabah nikotin açlığı oluşmayacağı ve hastanın sigara içme isteğinin daha az olacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda nikotin transdermal bantların her iki formu arasında anlamlı bir etkinlik farkı bulunamamıştır. Nikotin bantı ile sigaranın bırakılma oranını etkileyen faktörlerin analiz edildiği çalışmalarda, nikotin bandı kullanırken ilk iki hafta içinde sigara hiç içmeyenlerin 6 ay sonunda sigarayı bırakmış kalma oranlarının daha yüksek olduğu, yaşı 40'ın üzerinde olanların, erkeklerin, eşi veya arkadaşı ile yaşayanların, motivasyonu güçlü olanların nikotin bantları ile sigarayı bırakabilme oranının daha yüksek olduğu, ilk haftalarda üç veya daha çok sigara içenlerin uzun dönemde relaps olasılığının arttığı saptanmıştır.

Yoğun davranışsal destek programları ile nikotin bandının kombinasyonu üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Transdermal nikotin bant tedavisine ek olarak hangi davranışsal destek yöntemi kullanılırsa kullanılsın bırakma başarısı iki kat artmaktadır(2).

Nikotin bantının yan etkileri ise azdır. Transdermal bant sabahleyin kuru, temiz ve kılsız deriye (genellikle gövdenin üst kısmına, omuz etrafına ve üst kol bölgesine) yapıştırılıp, 20 saniye kadar üzerine parmakla basılarak vücuda tam teması sağlanır.

Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılarak (örneğin sırasıyla; sağ omuz başı, sol omuz başı, sağ üst kol, sol üst kol) ancak dört gün sonra tekrar aynı yere yapıştırılması önerilir. Böylece deride oluşabilecek iritasyon eritem gibi yan etkilerin sıklığı azalır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde oluşabilecek deri reaksiyonlarının yanı sıra, ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, hafif vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da diyare, eklem ve sırt ağrısı ortaya çıkabilir. Olguların %10-20'sinde hafif deri reaksiyonlarının oluşabildiği, ancak %1,5-2 olguda tedavinin kesilmesi gerekecek kadar ciddi ve persistan cilt iritasyonu ortaya çıktığı bildirilmiştir. Tedavinin kesilmesini gerektirecek kontrendikasyonlar ciddi deri reaksiyonları, nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Kişi nikotin replasman tedavisi sırasında sigara içmemelidir. Ayrıca gebelerde ve süt emziren kadınlarda, aktif yada son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, unstable angina ve aritmileri olanlarda nikotin band ve diğer nikotin replasman tedavileri uygulanmamalıdır. Hekim kontrolünde kullanılması gereken nikotin bantlarının ülkemizde bulunan üç formundan 21 mg'lık olanlarla günde bir paket ve daha fazla sigara içenlerde, 14 mg'lık olanlarla ise bir paketten az içenlerde tedaviye başlanır.

Tablo 6. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri

İlaç	Doz	Kullanım süre ve şekli
Nikotin Sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bant	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/ gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır Süre:12 hafta
Vareniklin	0.5 mg/ gün 1 mg/ gün	0.5 mg/ gün sabah ilk 3 gün, 0.5 mg sabah / akşam 4-7 gün, 1 mg sabah ve akşam 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar(12Hafta)

3-4 haftada bir doz azaltılarak tedavi 8-12 haftada tamamlanır. Karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertiroidi, hipertansiyon, tip I diabetes mellitus, feokromastoma ve kalp yetmezliği olanlarda nikotin replasman tedavisi kullanımı sırasında çok dikkatli olunması gerekmektedir.

Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal sprey (NNS), her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülür ve her defasında 1 mg alınması amaçlanır. Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Nikotin nazal sprey, nikotinin vücuda en hızlı alınış şeklidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. Hızla emildikten sonra yaklaşık 10 dakika içinde pik plazma konsantrasyonuna ulaşır. Tek seferde, 1 mg nikotinin alınmasını izleyen 5-10 dakika içinde, plazma nikotin seviyesi ortalama 16 ng/mL'ye ulaşır. NNS'in yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun nikotin yerine koyma tedavisi olduğu düşünülmektedir. Önerilen doz 10-40 püskürtme/gündür. Tedavi süresi 3-12 ay arası değişmektedir. Nikotin nazal spreyn yan etkisi mukozal irritasyona bağlı nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük, burun çekme ve aksırıktır. Ancak bu semptomların bir çoğu birkaç günlük kullanımdan sonra azalmaktadır. Önerilen doz her burun deliğine saatte bir kez nazal spreyi püskürtmektir.

Nikotin Sakızı

Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Sakız formlarının biyoyararlanımları sınırlıdır. 2 mg'lık sakız ile 0.9 mg nikotin alınırken, 4 mg'lık sakız ile 1.2 mg nikotin alınır. Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Emilimin iyi olabilmesi için ağızın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin absorpsiyonu daha iyi olduğu için sakızlara bikarbonat eklenmiştir. Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir, çünkü hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Nikotin sakız tedavisini kullanan kişi, sigara içme isteği ortaya çıktığı zaman, nikotin tadını hissedene kadar sakızı 5-10 kez çiğneyip sonra bir kaç dakika yanak mukozasında bekletmelidir, bu dönemde mukozadan emilim olacaktır. Daha sonra mukozanın başka bir bölgesinde aynı işlemi tekrarlayarak nikotin emilimini arttırabilir. Yaklaşık 20-30 dakika çiğnenen 2 mg'lık bir nikotin sakızı ile 0.8-1.0 mg nikotin, 4 mg'lık sakızla 1.2-1.4 mg nikotin emilir. Gün boyunca bu işlemi tekrarlayan kişiler, sigara içenlerin nikotin plazma konsantrasyonunun 1/3 (2 mg'lık sakız kullananlarda) ile 2/3'üne (4 mg'lık sakız kullananlar)

erişirler. Sakız çiğnedikten 20-30 dakika sonra plazma pik değerine ulaşır. Sakızlar, düzenli kan nikotin düzeyi sağlayamadığından, çiğneme sıklığı ve miktarını genellikle kişiler kendi ihtiyaçlarına göre belirlemektedir. İki sakız arasında en az yarım saat ara bırakılmalıdır. Nikotin sakızının, banda göre bir avantajı kişinin sigara içme isteği olduğu zaman kullanılmasıdır. Oysa bant ile sabit bir doz alınmakta ve bu doz isteğe göre azaltılamamaktadır.

Nikotin sakızı kullanarak sigarayı bırakmayı amaçlayanların günde 10-15 sakızı çiğnemesi amaçlanırken yapılan çalışmalarda bu miktarın çok daha azının tüketildiği saptanmıştır. Nikotin sakızı kullanarak sigarayı bırakacak olan kişilere genellikle önerilen yöntem, sigara içimini tamamen durdurması ve düzenli olarak (sabah uyanmasından itibaren 8-10 saat sonrasına kadar her saat) sakızı çiğnemesidir.

Fagerström Testine göre orta ve düşük bağımlılığı olanlarda 2 mg'lık sakızlarla, yüksek bağımlılığı olanlarda 4 mg'lık sakızlarla tedavinin başlanması önerilir. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formun, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Nikotin sakız tedavisinin 8-12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir. Birçok çalışmada tedavinin en az 6-12 hafta bazen bir yıla kadar devam ettiği görülmüştür. Sigarayı bu yöntemle bırakan olguların %10'unun bir yıldan daha uzun süre sakız çiğnemeye devam ettiği bilinmektedir. Nikotin sakızlarının yan etkileri, ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık bazı geçici hafif semptomlardır.

Nikotin sublingual tablet:

Nikotinin dilaltı tablet formunda, 2 mg'lık tabletler dilaltında çözünmekte ancak oral mukozanın her tarafından emilebilmektedir. Etkinliğin iyi olabilmesi için her saat bir tablet kullanılması önerilmektedir. Tabletler 20 dakika kullanıldıktan sonra atılmalıdır.

Nikotin pastil:

Nikotin pastillerinin 1mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Pastilin ağızın içinde çevirilerek yavaş yavaş çözülmesi sağlanmaktadır. Pastil 30 dakikalık bir kullanımdan sonra atılmalıdır. Amaçlanan saatte bir pastil, günde 15 ve üstü pastil kullanılmasıdır.

Nikotin inhalatör:

Nikotin inhalatör, inhalasyon kartuşlarından oluşur. Her inhalatör kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1.5-2.0 mg nikotini dışarıya bırakmaktadır. Bir inhalasyon ile 13 µcg

nikotin alınmaktadır. Etkin bir kullanım için 6 inhalatör kartuşu/gün tüketilmesi önerilmektedir. İsmi inhalatör olmakla birlikte gerçekte bu ilaç ile akciğerlere nikotin ulaşmamakta, fakat oral mukozada depolanarak absorbe olmaktadır. Yeterli serum seviyesinin oluşabilmesi için inhalatörün her saat 20 dakika kullanılması önerilir. Inhalatör 3 kez 20 dakika kullanıldıktan sonra kartuju değiştirilmelidir. Nikotin inhalatör sigara ağızlığına benzer şekilde olduğu için sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından yararlı olabilir. Nikotin inhalatör kullanarak sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı %15 olarak bulunmuştur. Nikotin inhalatör kullanımının yan etkileri; ağız ve boğaz irritasyonu ve öksürüktür. Günde en az dört inhalatör kullanılması (4-10 inhaler/gün) ve bu tedaviye 3 ay devam edilmesi, bunu takip eden üç ayda dozun azaltılması önerilmektedir. Soğuk havalarda nikotin dumanının salınımının sağlanabilmesi için inhalatörün sıcak ortamda tutulması gerekmektedir.

Nikotin yerine koyma tedavisinin süresi kullanılan ilaç formuna göre farklılık göstermekle birlikte 3 ile 12 ay arasında değişebilir. Tedavi sırasında sigara içiminin tamamen bırakılması gerekir. NRT ile birlikte sigara içmeye devam edenlerde solgunluk, terleme, bulantı, tükürük artışı, sersemlik, kusma, karın ağrısı ve diyare, baş ağrısı, işitme ve görme bozukluğu, tremor ve konvülsiyonlar gibi yan etkiler görülebilir. Başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen, bant ve sakız kombinasyonudur. Bu kombinasyonda sakızın 2 mg'lık formunun kullanılması tercih edilmektedir.

NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, unstabil anjina pectoris, aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir.

Bupropion HCL

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepressif bir ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile birlikte kullanılabilir (3,4,5). Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur. Depresyon anamnezi olan ve olmayan olgularda eşit etkili olması, bu etkisinin antidepressan özelliğinden kaynaklanmadığını desteklemektedir. Sigarayı bırakma oranını arttırma konusunda

nikotin ve bupropion kombinasyonunun tek başına nikotin replasmanından daha etkili olmadığını gösterilmiştir. Bupropion ile yapılan 53 çalışmanın analizinde ilacın tek başına kullanıldığında kişinin sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat arttırdığı ([OR] 1.94, [CI: % 95] 1.72 to 2.19) saptanmıştır. Bupropion tedavisine NRT eklenmesi tedavi başarısını anlamlı oranda arttırmamaktadır. İlacın uzun süreli kullanımında relaps önlemedeki etkinliği kanıtlanamamıştır (6) .

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 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür. Yan etkileri en sıklıkla baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Bupropion genelde iyi tolere edilir fakat ağız kuruluğu ve uykusuzluk en sık bildirilen yan etkileridir. Konvüzyon hastaların yaklaşık %0.1'inde olur; bu risk özgeçmişinde epilepsi öyküsü olanlarda, anorexia nervozada ve bulimiada artar.

Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvüzyon ve konvüzyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım veya MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir.

Bupropiyon karaciğerde metabolize olan ilaçlarda etkileşebileceğinden bu konuda dikkatli olunmalıdır.

Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir..

Vareniklin

Sigara dumanı ile birlikte alınan nikotinin farmakokinetik profili nikotin bağımlılığının gelişimine önemli katkı sağlar. Çünkü inhalasyon ile akciğere çekilen duman pulmoner damar yatağından hızla absorbe olup, önce sol kalbe oradan da serebral dolaşıma geçer, daha sistemik dolaşıma katılıp seyrelmeden santral sinir sistemine ve reseptörlere ulaşmıştır. Nikotin beyinde birçok bölgede loküle pentamerik, α ve β subünitelerini içeren nikotinik asetil kolin reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. Nikotinik asetil kolin

reseptörleri 2 $\alpha 4$ ve 3 $\beta 2$ subüniteleri içerir. Yüksek affiniteli $\alpha 4$, $\beta 2$ subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörler en yoğun olarak beyin ödül sistemi olarak da adlandırılan mesolimbik dopaminerjik sistemde lokalizedirler. Bu reseptörlerin uyarımı ile salınan dopamin, nikotinin tekrar alım yönündeki kuvvetli uyarısının devamına yol açar. Vareniklin doğada bulunan alkaloid sistisin bitkisinin yapısının modifikasyonu ile geliştirilmiş, $\alpha 4$, $\beta 2$ subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Yarışmalı olarak bu reseptörleri bloke ederken bir miktarda reseptör aktivasyonuna neden olmaktadır. Nikotinik reseptörlerden $\alpha 4$ $\beta 2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin $\alpha 4$ $\beta 2$ reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (8,9,10).

Vareniklin sigara bırakma amacı ile kullanılan farmakoterapiler arasında nikotin yerine koyma ve bupropion ile birlikte ilk seçenek ilaçlar grubunda yer almaktadır. İlaç sigara bırakmayı ilk kez deneyecek olguda direkt kullanılabilir gibi, daha önce farklı preparatlarla sigarayı bırakmayı denemiş ancak nüks olmuş olgularda da yeni bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde 0.5 mg dozunu ilk üç gün kullanarak başlarlar, takiben 4-7. günler arası 0.5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır. İlacın ana yan etkisi hafif ve orta şiddette bulantı olmakla birlikte vareniklinin 12 haftadan uzun kullanıldığı 2 çalışmada ilacın iyi tolere edildiği ve uzun süreli kullanılabilirliği saptanmıştır.

İlacın bilimsel çalışmalarda etkinliği oldukça yüksek bildirilmekle birlikte gerçek yaşamda kullanılırken etkinliği, hasta grupları arasındaki farklılıklar, verilen motivasyonel desteğin ve davranış tedavilerinin farklılığına göre ilacı kullanan kişilerin sigara bırakmış kalma başarıları farklı olabilir. Vareniklinin gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantı (%35.8) dir. Diğer yan etkiler uykusuzluk (% 22), anormal düşler (% 14.4), baş ağrısı (% 16.8) ve gastrointestinal yakınmalardır (% 22.5). Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük

dozda başlanıp titre edilerek doz artırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse vareniklinin günlük dozu 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz artırılması (2 x 1 mg) denir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denemelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Yan etkiler, özellikle bulantı ilacın kullanıldığı süre uzadıkça şiddetini kaybetmektedir.

Vareniklinin % 80 ' i idrar ile değişmeden atılır, bu nedenle karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0.5 mg düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Diğer ilaçlarla etkileşim bildirilmemiştir. Vareniklin kullanımında metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değerinin izlenmesine gerek yoktur. Bir olguda vareniklin kullanmaya başlayıp, hedeflenen sigara bırakma gününe ulaşıldığında yeterince motive değil ve bırakmada zorlanıyorsa, bu tür bir sorun yaşayan sigara içicilerde vareniklin kullanılmaya bir süre daha devam edilebilir. Vareniklin kullanmasına rağmen sigara bırakma girişiminde motivasyonunu kaybeden ve sigaraya tekrar başlayan olgularda bütün destek yöntemlere rağmen nüks oluşmuşsa tedavi 12. haftayı tamamlamadan ilaç kesilebilir. Vareniklinin tedavinin 12. veya 24. haftasında kesilmesi sırasında ilacın dozu titrasyon ile düşmeye gerek yoktur, ilaç aniden kesilebilir.

Vareniklinin yaygın olarak kullanımını takiben nöropsikiyatrik semptomları arttırabildiği konusunda uyarı ve olgu bildirimlerinin olması nedeni ile ilacın prospektüsüne vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depressif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bilgileri eklenmiştir. Bu tür semptomlar sigara içenlerde yaşanabildiği gibi nikotin yoksunluk semptomları çeken diğer olgularda da görülebilmektedir. Sigara bırakma davranışının kendisinde bütün bu nöropsikiyatrik durumları ve intihar eğilimini arttırabileceğinden , bu tabloların ilahtan mı ortaya çıktığı tartışılmaktadır. İlaç kullanırken bütün sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Vareniklinin şizofreni, bipolar hastalıklar ve major depresyon geçiren olgularda güvenilirlik çalışmalarının bazıları 2012 yılı içinde sonuçlanmış ve ilacın yakın takip ile izlenen stabil dönemdeki olgularda kullanımı önerilmektedir(11,12)

İlacın dikkat de azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiğinin bildirilmesini takiben özellikle uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde emniyetle kullanılamayabileceği gündeme gelmiş takiben pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir .

Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi'nin (FDA) vareniclinin kardiyak hastalarda dikkatli kullanılması yönünde bir uyarısı olmakla birlikte 2007-2012 yılları arasında yapılan çalışmalarda kardiyak riskin arttığına dair bir kanıt bulunamamıştır (13,15,15).

Vareniklinin ortalama tedavi süresi 12 haftadır,

Tablo 7. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları

İlaç	Kontrendike olduğu durumlar	Çok yaygın yan etkiler	Yaygın yan etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tad, ağızda iritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız dış problemleri	Göğüs ağrısı, terleme , diyare,
Nikotin bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstable angina ve aritmi, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde kızarıklık ve kasıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon Konvulziyon eşliğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları , MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk (insomnia) Baş ağrısı Baş dönmesi Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemiyle ilgili (gastrointestinal) rahatsızlıklar	Titreme (tremor), sersemlik, tat alma bozuklukları Konsantrasyon bozukluğu Görme bozukluğu Kurdeşen (ürtiker) gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları Döküntü, kaşıntı, terleme İştahsızlık (anoreksi) Karın ağrısı (abdominal ağrı), kabızlık (konstipasyon) Ateş, kuvvetsizlik (asteni)
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İstah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, bas dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, siskinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıl için bırakmış kalma başarılarını arttırdığı da görülmüştür. Tedavi süresinin uzatılmasında nüks eğilimi olan olgular için düşünülebilir. Ancak sigara bırakmada yaklaşımları sırasında farmakoterapiye eşlik eden davranış desteği ve motivasyonel destek yöntemlerinin sigara bırakma başarısını arttıracığı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Henningfield, JE, Miyasato, K, Jasinski, DR. Abuse liability and pharmacodynamic characteristics of intravenous and inhaled nicotine. *J Pharmacol Exp Ther* 1985; 234
2. (Richmond, RL, Kehow, L, de Almeida Neto, AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal patch. *Heart* 1997; 78:617
3. Hurt, RD, Sachs, DPL, Glover, ED, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195
4. 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
5. (Simon, JA, Duncan, C, Carmody, TP, Hudes, ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2004; 164:1797
6. HughesJR, SteadLF, LancasterT. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD000031
7. Jimé'nez-Ruiz C.A. Pharmacological treatment for smoking cessation. *Eur Respir Mon* 2008; 42: 74-97
8. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 . 5;296(1):47-55
9. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 5;296(1):56-63.
10. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, Reeves KR. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1561-8.
11. Pachas GN, Cather C, Pratt SA, et al. Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: Safety and Effectiveness in a 12-Week, Open-Label Trial. *J Dual Diagn*. 2012;8(2):117-125
12. Cerimele JM, Durango A. Does varenicline worsen psychiatric symptoms in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder? A review of published studies. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(8):e1039-47.
13. European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. Revised 1st edition. October 2012.
14. Judith J Prochaska, Joan F Hilton. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;344:e2856 doi: 10.1136/bmj.e2856 (Published 4 May 2012)
15. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ*. 2012; 8;345:e7176



10

Bırakma Döneminde İzlem

Hastanın tütün bağımlılığının değerlendirilmesi kadar takibi de en az onun kadar önemlidir. İzlem, sadece sigarayı bırakmaya istekli olanlar için yapılmaz. Bırakmaya istekli olmayanlar ve yeni bırakan hastalarda yakından izlenmelidir. Yeni bırakmışlar ve bırakma hazırlığında olan hastalarda davranış biçimi çok farklı olmaz iken, bırakmaya istekli olmayan kişilerdeki yaklaşım daha önce anlatıldığı gibi 5R'nin her görüşmede tekrar edilmesinden ibarettir. Bu bölümde ağırlıklı olarak bırakmaya istekli olup, bunu başarmış hastalardaki takip özelliklerinden bahsedilecektir.

Sigarayı bırakmış veya yeni bırakacak olanlarda nüks, sıklıkla ilk aylarda görülmekle birlikte ilk yıl içinde olabilir. Hastaların ilk 6 ay içerisindeki nüks oranları %90'ını bulmaktadır (1-4). Ancak, nüks oranlarının yıllar geçtikçe azalarak düştüğü de bilinmektedir (5). Bundan dolayı hastaların en az bir yıl izlenmesi bırakma başarısını artıracaktır. Sigara hastalarındaki takip yaklaşımını bırakmış olanlar ve yeni bırakacak olanlar olmak üzere ikiye ayırıp irdelememiz faydalı olacaktır. Ancak iki grupta da takip kontrolleri esas olarak nüksü engellemek için yapılırsa da aşağıdaki şu gerekçeler için de yapılır;

1. Bırakma girişiminin takdir edilmesi
2. Nikotin çekilme semptomlarının sorgulanması
3. Farmakoterapinin yan etki ve etkinliğinin sorgulanması
4. Nikotin çekilme semptomlarının dışında yaşadığı sorunların sorgulanması
5. Yapmış ise kaçakların derecelerinin sorgulanması

Başvuru sırasında, daha önceden bıraktığını öğrendiğiniz hastalara öncelikle bu davranışının sağlığı üzerine olan faydalı etkilerinden bahsederek kutlamak gereklidir (6). Daha önceki bırakma girişimleri, süresi, nikotin çekilme semptomları sorgulanmalıdır. Bırakmak için profesyonel bir destek alıp almadığı veya farmakoterapi kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. Kendisinin alıp başladığı tedavi uygun olmayabileceği gibi yanlış kullanılması da öngörülmelidir. Bırakma sonrası depresyon, kilo artımı, alkol kullanımında artış gibi problemleri yaşayıp yaşamadığı öğrenilmelidir. Kısa süre önce bırakmış ise tedavisi gözden geçirilmeli ve varsa problemleri hakkında konuşulmalıdır (7).

Yeni bırakacak olan hastalarda, plan hekimle birlikte yapıldığından kontroller mümkünse sigarayı bıraktığı gün veya hafta yüz yüze görüşme şeklinde başlatılmalıdır (8). Çalışmalarda ilk iki haftanın yoğun nikotin çekilme semptomlarının yaşandığı dönem olarak görülmesinden dolayı, bırakma sonrası 1. ayda iki hasta görüşmesi önerilmektedir. Eğer hasta gelemiyorsa telefon vizitleri yapılmalıdır (7). Bu görüşmede eğer hasta o gün sigarayı bırakmış ise tebrik edilmeli ve cesaretlendirilmelidir (6). Eğer daha önceden belirlenen günde bırakamamış ise sebepleri hakkında konuşarak yeni bir gün belirlenmeye çalışılmalıdır. Takiplerdeki hekim yaklaşımı çok önemlidir. Yargılayıcı ve sabırsız tavır, hastanın tekrar başa dönmesine hatta vazgeçmesine sebep olacaktır. Ayağın kayması (Slip) ve hata (Laps) olmuş ise nedenleri araştırılmalı ve hastanın hatasından ders alması sağlanmalıdır (7). Eğer bunlara engel olunamaz ise nüksün olabileceği bilinmelidir. Her kontrol görüşmesinde nikotin çekilme semptomları sorgulanmalıdır. Hastaların yaptığı hatalardan birisi de verilen ilaçları uygun doz ve zamanda kullanmamasıdır. Özellikle takip görüşmelerinde farmakoterapinin doğru kullanıldığından emin olunmalıdır. Yan etkiler açısından hasta uyarılmalı ve takiplerde bu konuya dikkat edilmelidir. Görüşmelerimizin sıklığı, ilk aydan sonra 3 aya kadar aylık sonrasında 3 aylık takipler şeklinde en az bir yıl olmalıdır. Ancak her vaka kendine özel olduğundan takip vizitleri hasta ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır.

Hastalar için ayrıca acil durumlarda başvurabileceği bırakma hatları kurulmalıdır. Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığının 171 sigara bırakma hattı bu amaçla kurulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Rigotti, N.A. Treatment of tobacco use and dependence. N. Engl. J. Med. 2002, 346, 506-512.
2. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General; U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA, USA, 1990.

3. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General; 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: Atlanta, GA, USA, 2000.
4. Zaza, S.; Briss, P.A.; Harris, K.W. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health? Oxford University Press: New York, NY, USA, 2005. Available online: <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/default.htm> (accessed on 22 June 2011).
5. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Nat Cancer Inst.* 1997 Apr 16;89(8):572-6.
6. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996;4(1):46-54.
7. Fiore M. United States. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008
8. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994;271(8):589-94.



11

Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler

Sigara içenler sigara içmeye iki sebepten devam ederler; ya henüz herhangi bir bırakma girişiminde bulunmamışlardır ya da bırakma girişiminde bulunmuş fakat başarısız olmuşlardır. Sağlık hakkında endişeler ve sigara fiyatlarının artışı gibi faktörler bırakma denemesi için en bilinen tetikleyicilerdir ancak asıl soru, içicinin içmeyen biri olmasını engelleyen gerçek bariyerler nelerdir sorusudur.

Sigara içenlerin %70'inin sigarayı bırakmak istemesine ve yaklaşık %30-40'ının "kendi başına" bırakma denemesinde bulunmasına karşın, %5'den daha azı uzun süre içmemeyi başarabilmektedir (1). Tütün kullanımı, başarısız bırakma girişimi yani nökslerle seyreden, tedavi edilebilir kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir ve tüm diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalığın da tedavi başarısı profesyonel destek ve farmakolojik yöntemlerle önemli ölçüde artmaktadır (2).

Ülkemizde giderek yaygınlaşan sigara bırakma poliklinikleri, kılavuzların önerdiği davranışsal bilişsel yöntemlerle motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin birlikte uygulanabildiği birimlerdir ve içicilerin sigara bırakma başarısı üzerine önemli katkılar sağlamaktadır. Şüphesiz sigara bırakma polikliniklerinin başarı oranları, verilen desteğin içeriğine, yoğunluğuna, yöntemine ve hatta hekime göre farklılık gösterebilmektedir. Bırakma günü sonrası kısa aralıklarla yapılan kontrollerin, davranışsal bilişsel yöntemler ışığında verilen etkin motivasyonel desteğin ya da en uygun farmakolojik ajanın seçilmesi gibi etkenlerin içicilerin bırakma başarısını etkilediği bilinmektedir ancak bu bölümde özellikle içicinin sigara bırakma başarısı üzerine etkili "kendisine ait faktörler" tartışılacaktır.

Sigara bırakma yardımı veren bir hekim için, sigara içicilerinin tiplerini belirleyen karakteristik özellikleri ve bırakma başarısı ile ilişkisini bilmek önemlidir. Çünkü bırakma başarısı veya başarısızlığı ile ilişkili özellikler ya da içici tipleri bilinirse; bırakma sürecinde yeniden içmeye başlayabilecek olanları öngörülebilir ve onların bırakma başarısını arttırabilecek daha uygun desteği planlanabilir. Tabii bu gerçeği bilmek, sigara içicilerinden oluşturulmuş ve doğru yöntemlerle yapılmış kohortlardan başarı faktörlerini iyice öğrenme isteğini kabartabilir

ama maalesef sigara bırakma başarısının kesin ve net belirteçleri günümüzde henüz bulunabilmiş değildir.

Sosyodemografik özellikler, psikososyal faktörler, sigara anamnezi ve bağımlılık derecesinin bırakma başarısı ile ilişkisi yaygın olarak incelenmiştir ancak sonuçlar zaman zaman birbirinden oldukça farklıdır, çoğunlukla da açık ve net değildir. 2011 yılında yayınlanmış bir sistemik derlemede; derlemeye alınan çalışma sonuçları arasında ciddi düzeyde bir heterojenite olmasına rağmen, yalnızca "bağımlılık düzeyinin" başarılı bir girişimin sürekli olarak belirleyicisi olabileceği bildirilmiştir (3,4).

Sözkonusu derlemedeki çarpıcı sonuçlardan biri de; doğu asya popülasyonunun ve batı toplumlarının, en popüler sigara bırakma başarısı belirteçleri (yaş, sigara içme süresi, istek ve kararlılık gibi) konusunda bile farklılık gösterebildikleridir. Aslında bu sonuç, sigara bırakma başarısını belirleyen bulguların genellenemeyeceğinin bir göstergesi olabilir. Ülkelerarası sosyokültürel farklılıkların, sigara içme davranışı üzerine olduğu gibi sigarayı bırakma başarısı üzerine de etkisi olduğunu göz ardı edilmemelidir.

Sigara bırakma başarısı üzerine etkili olan faktörleri belirli ana başlıklar altında incelemek, belki bu karmaşık tabloyu netleştirebilir:

1. Niyet, Kararlılık, Motivasyon

Sigara bırakmaya niyet etmeyi ve kararlı olmayı sağlayacak olan "motivasyon" üzerine pek çok araştırma yapılmıştır. Sigara bırakmak için uygun motivasyonun, sigara bırakma başarısı üzerine içicinin bağımlılık düzeyinden çok daha önemli bir etkisi olduğunu ileri süren yayınlar görmek mümkünken, motivasyonun yalnızca bırakma niyetinin veya sigara bırakma girişiminin tetikleyicisi olduğunu ancak bırakma başarısı üzerine beklenen etkiyi yapamadığını iddia eden yayınlar da mevcuttur. Nitekim içicilerin motivasyonlarının güçlü olduğuna dair kendi bildirimleri, bırakma başarısı ile ilişkili bulunmamıştır (4,5).

Elbette içicinin sigara bırakma süreci evrelerinden hangisinde olduğu çok önemlidir. Düşünme veya hazırlık evresinde olan içicilerin bırakma denemelerinin daha başarılı sonuçlar elde etmesi

beklenen bir sonuçtur ancak bazı anlar içicinin bırakmak için basit bir dilekte bulunması bile, hangi evrede olursa olsun güçlü bir tetikleyici olabiliyor (6,7). Dolayısıyla hekimlerin sigara ile ilgili öykü alırken yaratabileceği ufak bir ilham, çok önemli sonuçlara sebep olabilir.

Sigarayı bırakmayı çok istemek, yapabileceğine ve kendi gücüne inanmak, sigara içen biri olmaktan memnun olmamak, sigarayı stresle baş etme yöntemi olarak ya da sosyalleşme aracı olarak görmemek gibi faktörler, bırakma başarısı üzerine etkili bulunmuştur. Sigaraya bağlı hastalıklardan kaçınmak düşüncesi yerine sağlıklı ve iyi olma halini sürdürmek düşüncesinde olanların; öz saygı, mutluluk ve özgürlüğünü artırma isteği ile motive olanların daha başarılı olduğu gösterilmiştir (4). Bu açıdan bırakma sürecindeki içicilerden öncelikle hastalık risklerinden korunduklarına değil, bırakmanın hayat kaliteleri üzerindeki olumlu etkilerine odaklanmaları istenir. Ayrıca herhangi bir fiziksel egzersiz programına başlamak ve sürdürmek için yeterli iç disiplini olan bir kişinin, aynı disiplini sigara bırakma için de kullanabileceği öngörüldüğünden; içicileri bir egzersiz programına ya da günlük aktiviteleri içerisinde rahatlamasını sağlayacak düzenli bir aktiviteye yönlendirmek başarıyı artırmaktadır (8).

2. Tecrübe

Nikotin bağımlılığından kurtulma süreci, her zaman kalıcı değişiklik ile sonuçlanmayabilir. Kalıcı değişiklik açısından başarılı olanlar, genellikle önceden nüks durumunu birkaç kez yaşamış olanlardır (9). Nitekim yapılan çalışmalarda, geçmişteki bırakma denemelerinin sayısı ve süresi, bırakma başarısı üzerine etkili bulunmuştur (4). Öte yandan, içicinin çok yakın zamanda bırakma denemesi varsa relapsa daha yatkın olduğunu; yine birkaç ay içindeki bırakma denemesinin yeni bırakma denemesinin başarısını olumsuz etkileyebileceği de bildirilmektedir (4,5).

3. Sosyodemografik özellikler

Yapılan bir çok çalışmada; erkek cinsiyet, ileri yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin iyi olması, bir iş sahibi olmak, yalnız olmamak (evli olmak ya da bir eş ile yaşıyor olmak) gibi sosyodemografik özelliklerin sigara bırakma başarısını olumlu etkilediği gösterilmiştir (4,8,10-13).

Öte yandan cinsiyet farkı olmadığını ileri süren ya da elde edilen cinsiyet farkını, nikotin bağımlılık paternlerinin cinsiyetlere göre farklılık göstermesi ile açıklayan yayınlar da mevcuttur (8). Ayrıca sosyoekonomik düzeyin belirlenmesi, çalışmalar arası farklılık gösterdiğinden bu konuda da

çelişkili sonuçlar görmek mümkündür. Yüksek sosyoekonomik düzeyin belirteçleri olarak; kendine ait evi olanlarda, oturdukları yerde daha uzun süredir oturan ve oda başına düşen kişi sayısı daha az olanlarda, sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (6,10,11). Eğitimli olmanın bırakma yardımına ulaşmak açısından artı avantaj sağlamasının yanı sıra, bırakma başarısını arttırdığı da birçok çalışmada gösterilmiştir (14). Eğitimle ilgili fark bulmayan çalışmalar, bu durumu eğitim kategorilerinin çalışmaya eklenmesindeki zorluk nedeniyle olabileceğini ve ülkelere göre bu konunun farklılık gösterebileceğini söylemektedir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran içiciler, genellikle eğitim düzeyi daha yüksek olan içicilerdir, bu yüzden polikliniklerdeki sonuçlarla yapılan çalışmalardan çok populasyon bazlı çalışmalara bakmak gerekir. Nitekim populasyon bazlı çalışmalar da eğitim düzeyinin yüksek olmasını bir başarı prediktörü olarak göstermektedir (13,15-17).

4. Bağımlılık

“Nikotin bağımlılık düzeyinin” başarılı bir girişimin belirleyicisi olduğu uzun zamandır bilinen bir gerçek ancak daha yeni bir sonuç olarak; bağımlılık ölçütleri arasından özellikle sabah içilen ilk sigaranın zamanlamasının oldukça belirleyici olduğu bildirilmektedir (18,19). Yani ilk sigarasını daha geç içen içicilerin sigara bırakma başarısının, erken içenlere göre yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca sigara içmeye erken yaşta başlayan dolayısıyla daha uzun süredir ve daha çok sigara içenlerin bırakma başarısı da diğerlerine göre azdır (15,16,13). Ancak bu noktada farklı sonuçlar bildiren; hafif içicilerin daha zor bıraktıklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (20). Çünkü bu teoriye göre; günlük içilen sigara miktarı arttıkça, sigaraya bağlı olumsuz değişiklikleri yaşayan içiciler, bırakmaları gereğini daha fazla hissetmektedirler. Halbuki hafif içicilerin, çoğunlukla kendilerine zarar vermediklerini düşündükleri ve bırakmak yerine zaman zaman azaltarak kendilerini memnun ettikleri gösterilmiştir.

Öte yandan dikkat edilmesi gereken önemli bir husus da şudur; sigara içme davranışı, yalnızca nikotinin bağımlılık yapıcı etkisinden ibaret değildir. Nitekim, bağımlılığı ölçen Fagerström bağımlılık testinde olduğu gibi, bağımlılığı değerlendirmede işin kökeninde bağımlılığın fiziksel boyutunu değerlendirmek amaçlansa da, sigara içme ile ilişkili davranışsal bileşenler de değerlendirilmelidir. Sigara içme eylemi ile uyarılan başta dokunma duyusu olmak üzere birçok duyu ve bilinçaltı süreçlerle ilişkili olan el ağız alışkanlığı, tütün bağımlılığında oldukça önemli bir yere sahiptir ve bırakma sürecinde kimi içiciler için sigara içme dürtüsünü sürekli taze kılmaktadır.

Nikotin bağımlılığının çoğunlukla alkol bağımlılığına ve bazen madde kullanımına eşlik ettiği ve bırakma başarısında diğer bağımlılıkların varlığının da etkili olduğu unutulmamalıdır.

5. Psikolojik Faktörler

Bazı psikiyatrik bozukluklar, özellikle depresyon ve anksiyete, yüksek sigara içme sıklığı ile, yüksek düzeyde bağımlılık ve artmış nikotin yoksunluk şikayetleri ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle kadınlardaki depresyon öyküsü ve anksiyetenin sigara bırakma başarısını azalttığı bilinmektedir (21). Bu konu ileriki bölümlerde daha ayrıntılı olarak yer alacaktır.

6. Komorbiditeler

Sigaraya bağlı hastalıkların özellikle kanserin oluşması, içicilerin aniden sigarayı bırakmasına sebep olabilmektedir. Ancak sigaraya bağlı gelişen kronik hastalıklar da durum daha farklı bir seyir izleyebilmektedir. Yapılan çalışmalar, kronik kardiyopulmoner hastalıkları olanlarda sigara bırakma başarısının daha düşük olduğunu göstermekte ve bunun çeşitli sebepleri olabileceği ileri sürülmektedir.

Aslında içicilerin sigaraya bağlı kronik kardiyopulmoner hastalıklara sahip olmaları, aynı zamanda onların daha ağır içici olduğunun da bir göstergesi olduğundan; bu durum bırakma başarılarının düşük olmasını açıklayabilir. Ayrıca kronik hastalığa sahip içici için sigara içmek, stresle baş etme yöntemi ise; hastalığın yarattığı endişe ve stres için de içmeye devam edecektir (8). Öte yandan sağlıkları ile ilgili durumu, kendi sorumluluklarından çok kadere ve şansa yükleyenlerin daha başarısız olduğu gösterilmiştir (8) ve bu grup içicinin bu düşünce şekline daha eğilimli olduğu düşünülebilir.

7. Sürecin dinamik faktörleri

Unutulmamalıdır ki; sigara bırakma süreci, doğal bir bileşeni olarak relapsı da kapsayan dinamik bir süreçtir. Bu yüzden genellikle sürecin başında kaydedilen içiciye ait değişkenler, içici bırakmakla mücadele ederken oluşan psikolojik ve fiziksel dinamizmi temsil edemeyebilirler.

Relaps için ana sebeplerden biri olan yoksunluk şikayetlerinin (sinirlilik, depresyon, uyku bozuklukları, ağız yaraları, kabızlık gibi) yoğunluğu ve süresi içiciden içiciye değişmektedir. Yoksunluk şikayetleri genellikle ilk birkaç gün çok yoğun seyredip, 2-4 haftada hafifler ancak bazı içicilerde bu süre çok daha uzun olabilir ki; bu içiciler relaps açısından çok daha yüksek riske sahiptirler. Yoksunluk şikayetleri ile baş etme becerisi yüksek olanların başarısı da yüksektir (22).

Bırakma süreci boyunca, kişinin motivasyonunu ve kendine güvenini olumsuz etkileyen ve öngörülemez başka dinamik faktörler de sözkonusu olabilir. Bu açıdan çalışmaların çoğu, sigara bırakma başarısının tek habercisinin "sigara içmeden geçen sürenin uzunluğu" olduğunu iddia etmektedir (23,24). Hata ya da laps durumunun yaşanması; relapsın habercisidir. Bırakma sürecinde yaşanan lapsların çoğu "önemli hayat olaylarına" eşlik eder ve bu olayların gelişimi, elbetteki sigara bırakma sürecinin hekim ya da içici tarafından kontrol edilemeyen bileşenleridir.

Sigara bırakma sürecinde sigara dumanının solunması, bırakma sürecinde olan kişide nikotinin fizyolojik olarak zorlanmaya sebep olabileceği gibi nikotin konsantrasyonlarının solunan dumanda çok az bulunduğu hallerde bile, bu durum içmek için psikolojik bir istek uyandırabilir. Bu açıdan evde, iş yerinde sigara içenlerin olması, içen bir eşin olması gibi durumlar da bırakma sürecindeki içicinin başarısını etkileyebilir (11). Bu gerçeği bilmek, hem içmeyenleri maruziyetten koruyan hem de bırakma sürecinde olan eski içicilerin daha başarılı olmalarına katkıda bulunan dumansız alanların korunması gereğini bir kez daha görmemizi sağlamaktadır.

Bir önemli husus da; sigara bırakma sürecinde yaşanan kilo alımı durumudur. Kilo alımının sigara bırakma sürecini sürdürmeyi olumsuz etkilediğini gösteren çalışmaların yanı sıra; bırakma sürecinde kilo alımı endişesinin bırakma girişimi için olumsuz etkili olduğunu ama relaps için bir tetikleyici olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (5,25). Ancak, etkisi olmadığını ileri süren çalışmalar, bu konunun gençler ve kadınlar gibi spesifik gruplarda çalışılması gerektiğini de bildirmektedir.

8. Genetik

Bu konuda ayrıntılı cümleler kurmak oldukça güç ancak kısmen genetik polimorfizm ile açıklanabilen bazı farmakolojik ve psikolojik farklılıkların bazı içicilerde sigara bırakmayı güçleştirebildiği bilinmektedir (26,27).

KAYNAKLAR

1. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US. Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244-54.
2. 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.
3. Commentary on Vangeli et al. (2011): Towards an improved understanding of smoking relapse

- predictors- recipe for success? *Addiction*, 106: 2122-2123
4. Wee L.H., Comm MH., West R et al. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop smoking clinics in Malaysia. *Nicotine&Tobacco Research*, volume 13, number 2:151-156
 5. Zhou X, Nonnemaker J, Sherill B et al. Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors* 2009; 34: 365-373.
 6. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnson K et al. Smoking cessation intervention in a large randomised population based study. The inter99 study. *Preventive Medicine* 2005; 40: 285-292.
 7. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self-change of smoking:toward an integrative model of change. *J Consult Clinic Psychol* 19983; 51(3): 390-5
 8. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of Smoking Cessation and Maintenance. *Journal of Clinical Psychology* 1998: 54(2); 223-235.
 9. Pazarlı P. Sigara bırakma süreci ve bu süreçteki olguların tanımı. *Tütün ve Tütün Kontrolü*. *Toraks Kitapları Sayı 10, Ocak 2010:445*. Matsis Matbaa Hizmetleri San Tic Ltd Şti.
 10. Monso E, Campbell J, Tonnesen P et al. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001; 10: 165-169.
 11. Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnson K et al. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The inter99 study. *Preventive Medicine* 2005; 40: 278-284.
 12. Osler M, Prescott E, Godtfredsen N et al. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med* 1999; 29(1):57-62
 13. Hymowitz N, Sexton M, Ockene J et al. Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. MRFIT Research group, *Prev med* 1991; 20(5):590-601
 14. Goto R, Takahashi Y, Nishimura S et al. A cohort study to examine whether time and risk preference is related to smoking cessation success. *Addiction* 2009; 104: 1018-1024.
 15. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control* 1998;7:262-267
 16. Tillgren P, Haglung BJ, Lundberg M et al. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:625-630
 17. Olsen J. Predictors of smoking in pregnancy. *Scand J Soc Med* 1993;21:197-202
 18. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 555-570
 19. West R, McEwen A, Bolling K et al. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow up. *Addiction* 2001; 96: 891-902
 20. Hughes JR, Hatsukami DK. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43(4):289-294
 21. Dorner TE, Tröstl A, Womastek I et al. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation programme. *Nicotine&Tobacco Research* 2011; 13(11): 1068-1075
 22. Jennifer AF, West R. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 2011; 115: 30-34
 23. Gratiou C, Rovina N. Relapse prevention and treatment. Presented at the ERS school courses, study with the experts interactive courses on smoking cessation. 10-12 December 2004, Bucharest, Romania.
 24. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programmes. *J Clin Psychol* 1971; 27: 455-456
 25. Williamson DF, Madans J, Anda RF et al. Smoking cessation and severity of weight gain in national cohort. *N Eng J Med*. 1991; 324: 739-745
 26. Batra V, Patkar AA, Berettini WH et al. The genetics determinants of smoking. *Chest* 2003; 123: 1730-1739
 27. Prado-Lima P, Chatkin JM, Haggstram FM et al. Polymorphism of 5HT2A serotonin receptor is implicated in smoking addiction. *Am J Med Gener* 2004; 128B: 90-93



12

Özel Durumlarda Sigara Bırakma

A.KRONİK HASTALIKLARDA SİGARA BIRAKMA

Kronik hastalıklarda sigara bırakma hastalığın tedavisinin bir parçası olarak ele alınmalı ve hastalar bu doğrultuda motive edilmelidir. Bir kronik hastalık tanısı almak sigara bırakma açısından iyi bir motivasyon olmakla birlikte çoğunlukla bırakmak için yeterli olmamaktadır.

Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri, kanser ölümlerinin en önemli nedenidir(1). Sigara içilmesi ise Akciğer kanserlerinin yaklaşık % 90'ından sorumludur (2). Tanı konulduğu sırada sigara içen hastaların % 83'ü ne yazık ki sigara içmeyi sürdürmektedir (3,4,5). Geçmişte çok üzerinde durulmayan sigara bırakma, kanser tedavisindeki gelişmeler, artan yaşam süreleri ile birlikte bugün için tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir (6).

Sigara içmeyi sürdürme erken evre hastaların ölüm riskini iki kat artırmaktadır (7). Tanıdan sonra sigarayı bırakma, yapılan tedavinin etkinliğini artırmakta, daha iyi prognoz sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir (8,9,10).

Sigara bırakma akciğer kanseri hastaları için son derece etkin bir tedavidir. Hasta sigara bıraktığı andan itibaren oksijenasyonu düzeltmekte, kan basıncı düşmekte, immün yanıtı düzeltmekte ve dolaşım ve solunum fonksiyonları iyileşmektedir (11). Ayrıca kognitif fonksiyonlar iyileşmekte, hastanın özgüveni artmakta, iştah ve uykusu düzene girmektedir (12,13,14,15). Yine opere edilecek hastalarda postoperatif riskler açısından sigaranın bırakılması önemlidir (16). Uzun dönemde ise sekonder tümör gelişme riski azalmaktadır (17,18).

Kemoterapi ve radyoterapi gören hastalarda sigaranın bırakılması tedaviye daha iyi yanıt sağlamak ve komplikasyon, morbidite ve mortalite oranlarının düşürmektedir (19,20,21).

Akciğer kanseri teşhisi konan hastalarda bırakma motivasyonu tanı için hastaneye yattığı andan itibaren sağlanmalı, sigara hastalık ilişkisi ve bırakma sonucunda kısa ve uzun dönemdeki kazanımlar anlatılmalı, bağımlılık açısından değerlendirilerek uygun tedavi başlanmalı ve hastalar yakından izlenmelidir (22). Hastaya sigara içilmeyen bir ev

ortamı sağlanması başarıyı artırmaktadır. Aldığı tanıdan dolayı oluşabilecek psikolojik değişiklikler gözlenmeli ve gerektiğinde psikiyatri desteği sağlanmalıdır (22).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Sigara içilmesi KOAH için en önemli risk faktörüdür (23,24,25). Bu nedenle KOAH'lı hastalarda sigaranın bırakılması büyük önem taşımaktadır. Sigaranın bırakılması ile birlikte, hastalığın progresyonu yavaşlamakta, yıllık FEV1 kaybı azalmakta, semptomlar iyileşmekte, alevlenmeler azalmaktadır (26,27,28,29). Yine sigarayı bırakan KOAH'lılarda mortalitenin azaldığı gösterilmiştir (25).

Ciddi semptomlara karşın sadece az sayıda KOAH'lı hasta sigarayı bırakmaktadır. Aktif sigara içici oranı KOAH'lılarda normal topluma göre daha yüksektir (30). Yine KOAH'lı hastalarda nikotin bağımlılık oranlarının diğer içenlere göre daha yüksek olduğu ve bırakmada zorlandıkları bilinmektedir (31,32,33).

Kronik solunum yolu hastalığı olanlarda depresyon riski daha yüksektir(34). Hastalar latent depresyonlarında sigarayı antidepresan gibi kendi kendine tedavi aracı olarak kullanabilmektedir (35). Bu da KOAH'lı hastaların sigarayı bırakmasını güçleştirmektedir.

KOAH'lı hastalarda yapılan sigara bırakma çalışmaları ve bu çalışmalardan elde edilen meta-analiz, bu hasta grubunda yoğun motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin birlikte kullanılması durumunda ancak başarılı sonuçlar alınabileceğini göstermiştir (33). Tanı konulduğu andan itibaren hastalık ve sigara ilişkisi hastaya çok iyi anlatılmalı, sigara içmeye devam ettiği yada bıraktığı durumda hastalığın seyrinin nasıl olacağı açıklanmalı, uygun farmakolojik tedavi başlanmalı ve hasta yakından takip edilmelidir.

Diğer Kronik Hastalıklar

Herhangi bir kronik hastalık tanısı almak sigara bırakma oranlarını artırmaktadır (36). Bu nedenle kronik hastalığı olan hastalar mutlaka sigara bırakma konusunda cesaretlendirilmeli ve motive edilmelidir. Mevcut hastalığı ve sigara arasındaki ilişki ve bıraktığındaki kazanımları hastaya anlatılmalıdır. Kronik hastalıklarla sigara ilişkisi aşağıdaki tablo 1'de verilmiştir (37).

Tablo 8. Kronik Hastalıklar-Sigara ilişkisi (37)

Hastalık	Mekanizma	Kanıt Düzeyi
Peptik Ülser	Koruyucu ve Saldırgan faktörler arasındaki dengenin bozulması (Mukozadan asit ve pepsinojen salınımının artması, bilier reflü ve hipotalamustan vazopressin salınımı, gastrik mukus yapımında azalma, mukoza kan akımında azalma, yüzey aktif fosfolipidler ve prostaglandin E2 koruyuculuğunda azalma). Ülser oluşumu, kronikleşmesi ve tekrarlaması ile ilişki.	A
Crohn's Hastalığı	Hastalığa yatkınlık ve hastalık şiddetinde artış. Düşük tedavi cevabı Cerrahi sonrası tekrarlamaya Mortalite riskinde artış	A
Karaciğer Hastalığı	Primer bilier siroz gelişmesi ile ilişki Hepatik fibroz ile ilişki (Sistemik inflamator mediatörlerin aktivasyonu ve karaciğer fibrogenesinde oksidatif stres). Düşük tedavi yanıtı	B
Diabetes Mellitus	Diabet gelişme riskinde artış. Mikro ve makro anjiyopati komplikasyon riskinde artış.	B
Tiroid Hastalıkları	Tiroid Stimulan Hormon seviyesinde azalma	B
Osteoporoz	Kadınlarda özellikle menapoz sonrası kemik kaybında artış Kemik hücrelerine toksik etki, kalsiyum emiliminde azalma, hiperkortizolizm	A
KOAH	Hastalığın gelişmesi ile ilişki Belirgin yıllık FEV1 kaybı ile ilişki	A
Astım	Hastalık semptomlarında kötüleşme Tedaviye yanıtta azalma Atak şiddet ve sıklığında artış	B
İntertisyel Akciğer Hastalığı	Histiositosis, Respiratuvar bronşiolitis, Desquamatif pnömoni ve İdiopatik Pulmoner Fibrozis gelişimi ile ilişki. Akciğer parenkimindeki inflamatuvar süreçle ilişki	A
Kardiyovasküler Hastalıklar	Koroner arter hastalığı, Serebrovasküler olay, periferik damar hastalıkları, ateroskleroz ve arter anevrizması ile ilişki. Endotel disfonksiyonu, hemetolojik trombogenezde artış, inflamatuvar süreç ve oksidatif streste artış, Nitrik Oksit biosentezinde azalma.	A
Akciğer Kanseri	Onkogenlerle ilişki Tümör progresyonu ile ilişki Tümör hücrelerinin diğer alanlara migrasyonu ile ilişki	A
Kanser	Değişik kanser türleri ile ilişki (Gastrointestinal sistem, pankreas, böbrek, mesane, myeloid lösemi) Onkogenlerle ilişki Tümör progresyonu ile ilişki Tümör hücrelerinin diğer alanlara migrasyonu ile ilişki	A

KAYNAKLAR

1. US Cancer Statistics Working Group: United States Cancer Statistics: 2004 Incidence and Mortality. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute, 2007.
2. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures – 2007. Atlanta, American Cancer Society, 2007.
3. Cooley ME, Sipples RL, Murphy M, Sarna L: Smoking cessation and lung cancer: oncology nurses can make a difference. *Semin Oncol Nurs* 2008; 24: 16–26.
4. Sanderson C, Africano N, Tercyak K: Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003; 98: 632–634.
5. Sardari Nia P, Weyler J, Colpaert C, Vermeulen P, Marck EV, Schil PV: Prognostic value of smoking status in operated nonsmall cell lung cancer. *Lung Cancer* 2005;47: 351–359.
6. de Moor J, Elder K, Emmons KM: Smoking prevention and cessation interventions for cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2008; 24: 180–192.
7. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P: Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010; 340:b5569.
8. Cataldo JK: Smoking and aging: breaking through the barriers. *J Gerontol Nurs* 2007;33: 32–41.
9. Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, Eberman KM, Patten CA, Berg EJ, et al: Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Public Health* 2005; 15: 251–255.
10. Slatore CG, Au DH, Hollingworth W: Cost effectiveness of a smoking cessation program implemented at the time of surgery for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2009; 4: 499–504.
11. US Department of Health and Human Services: Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. A Report from the Surgeon General. US Department of Health and Human Services Public Health Services, Office. Washington, 2000.
12. Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brecht ML, Evangelista L: Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2920–2929.
13. Stewart A, King A, Killen J: Does smoking cessation improve health-related quality of life? *Ann Behav Med* 1995; 17: 331–338.
14. Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO, et al: The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest* 2004; 126: 1733–1741.
15. Baser S, Shannon V, Eapen G, Jimenez C, Onn A, Lin E, et al: Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest* 2006; 130: 1784–1790.
16. Moller A, Villebro N, Pedersen T, et al: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 359: 114–117.
17. Huang J, Behrens C, Wistuba I, Gazdar AF, Jagirdar J: Molecular analysis of synchronous and metachronous tumors of the lung: impact on management and prognosis. *Ann Diagn Pathol* 2001; 5: 321–329.
18. Trousse D, Barlesi F, Loundou A, Tasei AM, Doddoli C, Giudicelli R, et al: Synchronous multiple primary lung cancer: an increasing clinical occurrence requiring multidisciplinary management. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133: 1193–1200.
19. Cox LS, Patten CA, Ebbert JO, Drews AA, Croghan GA, Clark MM, et al: Tobacco use outcomes among patients with lung cancer treated for nicotine dependence. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3461–3469.
20. van der Bol JM, Mathijssen RHJ, Loos WJ, Friberg LE, van Schaik RH, de Jonge MJ, et al: Cigarette smoking and irinotecan treatment: pharmacokinetic interaction and effects on neutropenia. *J Clin Oncol* 2007; 25: 2719–2726.
21. Mohan A, Singh P, Kumar S, Zoltan S, Mohan C, Pathak AK, et al: Effect of change in symptoms, respiratory status, nutritional profile and quality of life on response to treatment for advanced non-small cell lung cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008; 9: 557–562.
22. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ: Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment. *Oncology* 2010;78:289–301.
23. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA: Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials *Eur Respir J* 2009; 34: 634–640.

24. ASPECT Consortium: Tobacco or health in the European Union. Belgien: European Commission 2004; 1–295.
25. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj* 2004; 328: 1519.
26. Connett JE, Murray RP, Buist AS, et al. Changes in smoking status affect women more than men: results of the lung health study. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 973–979.
27. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, et al. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. *Am J Med* 1999; 106: 410–416.
28. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The lung health study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 381–390.
29. Makris D, Moschandreas J, Damianaki A, et al. Exacerbations and lung function decline in COPD: new insights in current and exsmokers. *Respir Med* 2007; 101: 1305–1312.
30. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R: Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax* 2006; 61: 1043–7.
31. Andreas S, Hering T, Mühlhig S, Nowak D, Raupach T, Worth H: Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276–82.
32. Wagena EJ, Zeegers MP, van Schayck CP, Wouters EF: Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. *Drug Saf* 2003; 26: 381–403.
33. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE et al.: Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003: CD002999.
34. Wagena EJ, van der Meer RM, Ostelo RJ, Jacobs JE et al.: The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. *Respir Med* 2004; 98: 805–15.
35. Hughes J, Stead L, Lancaster T: Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004: CD000031.
36. Patel K, Schlundt D, Larson C, Wang H, Brown A, Hargreaves M: Chronic illness and smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2009 Aug;11(8):933-9.
37. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, Santos SR; Smoking cessation guidelines. *J Bras Pneumol.* 2008;34(10):845-880.

B.GENÇLERDE SİGARA BIRAKMA

Sigara kullanımı hemen hemen vücuttaki tüm organlarda değişik hastalıklara yol açmaktadır. Sigara bırakma yaşamın daha sonraki dönemlerinde ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bu dönemde nikotin bağımlılığının önlenebileceğinden özellikle gençlerde çok önemlidir. Erişkinlerde sigara içimi adolesan dönemi ile yakından ilişkilidir. Erişkin sigara içicilerin %90'ı ilk sigaralarını 18 yaşından önce içmişlerdir (1).

Türkiye'de 2003 yılında gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre öğrencilerin % 29,3'ü, erkek öğrencilerin % 34,9'u, kız öğrencilerin %21,5'i, sigara içmeyi denemiştir. Tüm öğrencilerin % 9,1'i halen sigara içmektedir (erkek: % 11,9, kız: % 5,0), sigarayı deneyenlerin % 29,5'i (erkek: % 33,1, kız: % 22,3) sigaraya 10 yaşından önce başlamıştır. Hiç sigara içmemiş olanların %7,7'si (erkek: % 9,1, kız: % 5,8) önümüzdeki yıl sigaraya başlamayı düşündüğünü belirtmiştir (2).

Gençlerde sigara içimi alkol ve ilaç kullanımının da birlikte olması, seksüel aktiviteye erken yaşlarda başlama, sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi diğer riskli davranışlarla birlikte gruplandırılmaktadır (3 – 6). Eşlik eden bu riskli durumlar ilave sağlık riskleri yaratabileceği gibi sigara bırakma durumunu etkileyebileceğinden önem taşımaktadır.

Gençlerin az bir kısmı kendi kendine herhangi bir müdahale olmadan sigarayı bırakır. Sigara içme ve bırakma konusundaki özelliklerin bilinmesi bırakma çalışmaları için önemli bir kaynaktır. Türkiye Küresel Gençlik Araştırmasına göre gençlerin %62,8'i sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir. Gençlerin %65,1'i geçen yıl içerisinde sigarayı bırakmaya çalışmıştır ve %63'ü en az bir kez sigarayı bırakma konusunda yardım almıştır. Gençlerin %15,9'u sabah uyanır uyanmaz sigara içmek istediğini belirtmiştir (2).

Gençlerde sigara bırakma konusundaki yaklaşımlar; motivasyonel özelliklerin tanımlanması ve desteklenmesi, yasaklar, gençlere yönelik sigara bırakma programları ve farmakoterapidir.

Motivasyon sağlayan faktörlerin bilinmesi etkili bir danışmanlık yapılabilmesi için önemlidir. Gençlerin sigara içme ve bırakma konusundaki en yaygın motivasyonlar şöyle sıralanabilir;

Bırakma isteği; Fiziksel görünüm, atletik performans ve sigaranın maliyeti kadar şu andaki ve gelecekteki sağlık durumları yaygın bir motivasyon faktörüdür (7,8).

Olumsuz Sağlık Etkileri; Uzun dönemli sağlık üzerine etkiler bırakmayı düşünen gençler arasında en önemli motivasyonel faktördür (7,8). Bu

motivasyon yaş ve cinsiyetle değişmemektedir. Bu açıdan bırakmayı düşünmeyenler için güçlü bir faktör olamayabilir.

Maliyet; Pek çok genç için önemli bir bırakma nedenidir. Ülkemizde vergilerde yapılan son değişikliklerle birlikte sigara paket fiyatları 5 ile 8 TL arasında değişmektedir. Günde bir paket sigara içen bir gencin 1 ayda ödediği bedel 150 TL yıllık ise 1800 TL'yi bulmaktadır. Bu maliyetin giysi, film, müzik hatta araba gibi farklı ve daha cazip şekillerde değerlendirilebileceği sigara içen gençlere gösterilerek motive edilebilir.

Atletik Performans; En yaygın bırakma nedenidir. Bir çalışmada katılanların %16'sı en önemli motivatör olduğunu vurgulamıştır. Erkekler arasında kızlardan biraz daha fazladır (8).

Bırakma Engelleri; Nikotin bağımlılığı, akranları arasında yer edinme çabası, aileden veya otorite figürlerinden bağımsızlık gibi fizyolojik ve psikolojik güçlerdir. Gençlerin başlama veya içmeye devam etme nedenleri yargılanmadan değerlendirilmeli ve bırakma stratejileri için yardımcı olabilecek formüller üretilmelidir.

Nikotin Bağımlılığı; Nikotine tolerans gelişmesi ve nikotin çekilme bulguları psikodavranışsal semptomlardır. Sigara açlığı, depresif ruh hali, duygu dalgalanmaları, huzursuzluk ve sinirlilik, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, yerinde duramama ve iştah artmasıdır.

Nikotin bağımlılığı en az 100 sigara içiminden sonra gelişir. Ara sıra sigara içmeye başlayanlarda içmenin ilk haftası içinde görülmesi düzenli içiciliğe başlamayı da beraberinde getirir (9). Nikotin bağımlılığının erken semptomlarını bildiren gençlerin iki yıl sonra sigara içicisi olma ihtimallerini bu semptomları bildirmeyenlere göre daha fazladır (10).

Modifiye Fagerström Anketi ile nikotin bağımlılığının değerlendirildiği bir çalışmada gençlerin %20'si oldukça, %42'si ise orta düzeyde bağımlı olarak tespit edilmiştir (11). Bu bırakma girişimlerinde başarılı olma ihtimalini azaltan önemli bir delil olabilir. Nikotin replasman tedavileri ile destekleme gençlerin sigara bırakma başarısını artırılabilir (12).

Kilo kontrolü; Gençler sigara içimini kilo kontrolü için bir araç olarak görmektedirler. Gençler arasında obezite prevalansının artması bu sonuca neden olabilir. Sigara içimini denemenin kilo ile ilgili düşüncelerle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (13).

6. ve 7. Sınıfta okuyan ve diyet yaptığını bildiren kızlar diyet yaptığını bildirmeyenlere göre 2 kat daha fazla sigara içicisi olmaktadır. Daha sık diyet yaptığını belirtenlerde risk 3.9 kat artmaktadır. Erkeklerde ise böyle bir risk bildirilmemiştir(14).

Erişkinlerde sigara bırakma sonrası yaklaşık 7 kg kadar bir kilo artışı olabileceği bildirilmektedir(15), ancak bu konuda gençlerle ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Eğer sigara bırakma konusundaki engel kilo kontrolü ise klinisyen yüksek kalorili yiyecek ve içeceklerin sınırlandırılması, fiziksel aktivitenin artırılması gibi kilo kontrolü konusunda diğer yaklaşımlar ile yardımcı olmalıdır. Bırakma sonrası yeni aktiviteler bulması özendirilmelidir. Bu stratejiler erişkinlerde etkili olmasa bile gençlerde çalışılmamıştır(15). Üstelik atletik performansı bir bırakma motivasyonu olarak gören gençler için oldukça etkili bir yönlendirme olabilir.

Depresyon; deprese gençler olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla sigaraya başlamaktadırlar. Depresyon semptomları ve anksiyete sigarayı başlama olasılığını artırmaktadır (16,17). Bu gruplarda depresyonun tedavisi sigara bırakmayı kolaylaştırır. Bupropion bir antidepresan olmakla birlikte etkileri erişkinlerde gösterilmiştir ve gençlerde sigara bırakma konusunda veri azdır. Bu nedenle sigara bırakmadakinden çok depresyondaki etkinlik ve güvenliği ile değerlendirilmelidir.

Stres ve başa çıkma; sigarayı bırakan gençler halen içenlerle kıyaslandığında sigara içen gençlerin algılanan stres seviyelerinin daha fazla olduğu ve sorunla başa çıkmada bilişsel başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları görülmektedir (18). Stres azaltma teknikleri ve problem çözme becerisi eğitimleri bırakma destek müdahaleleri arasında yer almalıdır ancak sigara bırakmadaki etkileri açık değildir (19).

Akran ve sosyal etki; Akran alışkanlıkları sigaraya başlamada ve bırakmada güçlü etkiye sahiptir. Bir çalışmada sigara içtiğini beyan eden öğrencilerin en iyi beş arkadaşı da sigara içmekteydi(8). Sigaraya 15 yaşından önce başlayan bireylerin en iyi arkadaşları sigara içiyorsa sadece %20 si sigarayı bırakmış iken arkadaşları sigara içmeyenlerin %52'si sigarayı bırakmıştır (19). Kesitsel çalışmalar arkadaşların seçiminin alışkanlıklarından dolayı olduğunu belirtirken ileriye dönük çalışmalar akranın arkadaşının sigara içmesinin gencin sigaraya başlama ve bırakmada etkili olduğunu göstermektedir (20). Ayrıca anne babanın sigara içmesi de sigaraya başlama ve bırakmada önemli bir faktör olarak etki göstermektedir. Genç adolesanlarda ailenin ileri yaşlarda ise akranların etkisi daha fazla olmaktadır (21).

Ailenin sigara içmesi ve bırakması; Ailenin sigara içmesi gençlerin sigara içmesinde büyük etkiye sahiptir. Ailesi sigara içen gençler içmeyenlere göre daha fazla sigara içme eğilimindedirler. Ailesi sigarayı bırakan gençler ailesi sigara içmeye devam eden gençlere göre üçte bir daha az sigara içmektedirler (22). Çocuğun yaşamının erken dönemlerinde sigarayı bırakan ailelerin çocuklarının

sigara içicisi olma olasılıkları da daha düşüktür. Ailesi sigarayı bırakan adolesanlar bırakmayanlara göre iki kat daha fazla sigarayı bırakmaktadırlar.

Sigara yasakları; Bir çok çalışma ev ortamı ve işyerinde sigara içiminin yasaklandığı durumlarda gençler arasında sigara içme sıklıklarının düşüklüğü ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Evde sigara içme sınırlamaları aile sigara içse bile etkili olmaktadır. Nitekim sigara içen yoksa etki çok daha güçlü olmaktadır (23).

Müdahale Çalışmaları

Gençlere yönelik müdahale programlarının bir kısmı okul tabanlı bir kısmı toplum tabanlı yürütülmektedir. Sağlık hizmet sunucuları sigara bırakma konusunda direkt danışmanlık ve/ veya bırakma programlarına veya kendi kendine yardım kaynaklarına hasta yönlendirmek şeklinde destek sağlamaktadırlar.

Gençlerde sigara bırakma konusunda akranlardan yararlanmakta mümkün olmaktadır. Akranlar bırakma konusunda motivasyon ve bilgi artıcı görev alabilmektedirler. Akran eğitimleri ile başarılı sonuçlar alınan çalışmalar mevcuttur.

Sağlık personeli içinde çocuk hekimleri ve diğer pediatrik yaş grubuna hizmet veren sağlık personeli gençlerin sigarayı bırakma konusunda önemli role sahiptirler. Gençlerin sağlık etkilerine verdikleri önem nedeniyle sağlık personelinin gelen tavsiyeler özellikle etkili olabilmektedir.

Erişkinler için her başvurulan ile yapılması önerilen kısa görüşmeler "beş A" yaklaşımı gençler için "6 A" olarak geliştirilmiştir (24,25). Sigara içen her kişi için sigara içme durumunun sorulması, bırakmanın tavsiye edilmesi, kişiye özel durumların değerlendirilmesi, gerekli sosyal desteklerin sağlanarak bırakma konusunda yardım edilmesi ve takiplerin yapılmasıdır (ask, advice, assess, assist, arrange). Gençler için "anticipate" "öngörü" klinisyenin ailenin sigara içme durumunu sorgulayarak preadolesan ve adolesanların sigaraya başlamasının olasılıklarının tartışılmasıdır (25). Hekimin ailenin sigara içme durumunu sorgulaması ve sağlık etkilerinin tartışılmasını önermektedir. Aileden sigaraya başlamanın önlenmesi için tutarlı mesajlar elde etmek ve gençlerin sigaraya başlama olasılıklarını tartışmaktır.

Değişimin aşamaları konusunda erişkinlere benzer şekilde transteorik model ile değerlendirilmektedir. İsteksiz olunan dönem (Precontemplation), gelecekte bırakmak için istekli olunan dönem (contemplation), Yakın gelecekte sigara bırakmaya istekli olma dönemi (preparation) ve son eylem sigarayı bırakma ve relapsın önlenmesidir (cessation of smoking). Bu modelin kullanılması gençlerdeki değişimin takibi için kullanılmaktadır (26, 27).

Tablo 9. Genç hastalara sigarayı bırakmada yardım etmek (28)

Eylem	Uygulama stratejileri Bırakma tarihine karar verin. İdeal olan bırakma tarihi 2 hafta içinde olmalıdır. Bu “ya hep ya hiç” yaklaşımıyla ilgili sorun yaşayan hastalar için sigarayı adım adım azaltarak daha geç bir bırakma tarihi de belirlenebilir.
Hastaya sigarayı bırakma planında yardımcı olun	Ailesine, arkadaşlarına ve birlikte çalıştığı insanlara bu plandan bahsedin ve anlayış gösterip yardımcı olmalarını isteyin. Nikotin bağımlılığında kaynaklanan etkilerde dahil olmak üzere hazırlanan plana karşı özellikle sigarayı bırakmada kritik olan ilk haftalarda çıkabilecek engelleri tahmin etmeye çalışın. Çevrenizden tütün ürünlerini uzaklaştırın. Bırakmadan önce çok zaman geçirdiğiniz (ev, iş, araba gibi) yerlerde sigara içmeyi bırakın. Kaçınma- sigara içmekten kesin olarak kaçının. “bırakma tarihinden sonra tek bir fırt(puff) çekmek bile yok ” Geçmiş Bırakma deneyimleri- önceki bırakma denemelerinizi gözden geçirin ve nelerin size yardımcı olduğunu, nelerin tekrar sigara içme isteği uyandırdığını bulun. Bırakma denemesinde önünüze gelebilecek engelleri bulmaya çalışın- olası tetikleyicileri ve engelleri (okul baskısı, partiler, can sıkıntısı veya depresyon gibi) ve hastanın bunlarla nasıl başa çıkabileceğini tartışın.
Sorunlara pratik çözümler bulun	Alkol, marijuana ve diğer uyuşturucular-bu maddeler hastada sigaraya tekrar başlama isteği uyandırabileceğinden hastanın bırakma sürecinde bu maddeleri kullanmayı sınırlandırması ya da bırakması gerekir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları bu maddelerin kullanımını/bağımlılığını tartışmalı ve bu davranışları değiştirecek planlar yapmalıdır. Evde sigara içen diğer insanlar- evde sigara içen başka biri olduğunda sigarayı bırakmak daha zordur. Hastalar aile üyelerini ya da ev/oda arkadaşlarını sigarayı birlikte bırakma konusunda cesaretlendirmeli veya kendisinin yanında sigara içmemesini istemelidir.
Tedavi sürecinde sosyal yardım	Hastanın bırakma girişiminde ona destek olan bir tedavi ortamı sağlayın. “Ben ve çalışanlarım sana yardımcı olmaya hazırız.”
Hastaya ekstra sosyal destek kazanmasında yardımcı olun	Tedavi sürecinde kendi çevresinden destek bulmasına yardımcı olun. “Ailenden, arkadaşlarından ve sevgilinden sigarayı bırakma konusunda yardım iste”
Özel durumlar dışında ilaç tedavisini teşvik edin	Etkili olduğu düşünülen ilaçların kullanımını teşvik edin. Bu ilaçların sigarayı bırakmadaki başarıyı nasıl arttırdığını ve bırakma semptomlarını nasıl azalttığını açıklayın. İlaçların uygun kullanımını anlatın, sonraki görüşmelerinizde ilaç kullanımını takip edin.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette use among high school students--United States, 1991-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55:724.
2. Türkiye Küresel Gençlik Araştırması 2003. Bağlantı tarihi 28.01 2012. http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Arastirmalar/Kuresel_Gencilik_Tutun_Arastirmasi.pdf
3. Johnson JL, Eaton DK, Pederson LL, Lowry R. Associations of trying to lose weight, weight control behaviors, and current cigarette use among US high school students. *J Sch Health* 2009; 79:355.
4. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2008; 57:1.
5. Kim DS, Kim HS. Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behavior Survey. *Yonsei Med J* 2010; 51:18.
6. Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health* 2006; 34:32.
7. Myers MG, MacPherson L. Adolescent reasons for quitting smoking: initial psychometric evaluation. *Psychol Addict Behav* 2008; 22:129.
8. Riedel BW, Robinson LA, Klesges RC, McLain-Allen B. What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug Alcohol Depend* 2002; 68:167.
9. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000; 9:313.
10. Dierker L, Mermelstein R. Early emerging nicotine-dependence symptoms: a signal of propensity for chronic smoking behavior in adolescents. *J Pediatr* 2010; 156:818.
11. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003; 25:219.
12. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, et al. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav* 1996; 21:117.
13. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, et al. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. *Nicotine Tob Res* 2001; 3:151.
14. Tomeo CA, Field AE, Berkey CS, et al. Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. *Pediatrics* 1999; 104:918.
15. Austin SB, Gortmaker SL. Dieting and smoking initiation in early adolescent girls and boys: a prospective study. *Am J Public Health* 2001; 91:446.
16. Costello DM, Dierker LC, Jones BL, Rose JS. Trajectories of smoking from adolescence to early adulthood and their psychosocial risk factors. *Health Psychol* 2008; 27:811.
17. Escobedo LG, Reddy M, Giovino GA. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction* 1998; 93:433.
18. Siqueira LM, Rolnitzky LM, Rickert VI. Smoking cessation in adolescents: the role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:489.
19. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res* 2001; 16:49.
20. Kim MJ, Fleming CB, Catalano RF. Individual and social influences on progression to daily smoking during adolescence. *Pediatrics* 2009; 124:895.
21. Vitaro F, Wanner B, Brendgen M, et al. Differential contribution of parents and friends to smoking trajectories during adolescence. *Addict Behav* 2004; 29:831.
22. Farkas AJ, Distefan JM, Choi WS, et al. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Prev Med* 1999; 28:213.
23. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321:333.
24. Epps RP, Manley MW. A physicians's guide to preventing tobacco use during childhood and adolescence. *Pediatrics* 1991; 88:140.
25. Sims TH, Committee on Substance Abuse. From the American Academy of Pediatrics: Technical report--Tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics* 2009; 124:e1045.
26. Prokhorov AV. Theoretically sound approaches to prevention and cessation of cigarette smoking among youths. *Pediatr Pulmonol* 2001; Suppl 23:57.
27. Armitage CJ, Arden MA. How useful are the stages of change for targeting interventions? Randomized test of a brief intervention to reduce smoking. *Health Psychol* 2008; 27:789.
28. Flore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*. Public Health Service, US Dept of Health and Human Services, 2000.

C.GEBELİKTE SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ

Tütün kullanımı, hem gebe hem de fetüs açısından önemli bir risk faktörüdür. Gebeliği boyunca sigara içen kişilerde ektopik gebelik, plasenta previa, plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü ve ölü doğum gibi riskler artmaktadır. Fetusta ise erken dönemde; düşük doğum ağırlığı, Neonatal Respiratuvar Distres Sendromu, Patent Duktus Arteriosus, intraventriküler hemoraji, nekrotizan enterekolit, retinopati, aminoasitlerde kromosomal değişkenlikte artışa sebep olurken, infant ve adölesan dönemde; ani infant ölüm sendromu, sık akciğer enfeksiyonları, hava yolu reaktivasyonu, otitis media, bronşiolit hiperaktivite, okul performansında azalma, atopi ve astım gibi hastalıkların oluşma riskleri artırdığı bilinmektedir (1-6). Bundan dolayı, gebelikte tütün kullanımının önlenmesi ve kullananlara da profesyonel destek verilmesi gereklidir. İdeal hastanın gebelik öncesi tütün kullanımını sonlandırmasıdır.

Epidemioloji

Gebelikte tütün tüketimi dünya verilerine bakıldığında düşüş eğilimindedir. Amerika Birleşik Devletlerinde üretken yaşta kadınlar 1965 yılında tütün kullanma sıklığı %38 iken bu oran 2006 yılında %22,4'e düşmüştür (7). Kanada'da 1992 yılındaki oran %31 iken 2002'de %12'e gerilemiştir (8,9). Keza Danimarka'da yapılan bir çalışmada 1997 yılında %22 olan oran 2005 yılında %16'a gerilemiştir (10,11). Türkiye'de yapılmış lokal çalışma verilerine göre gebelikte sigara içme oranlarımız %19,1-%51,2 arasında değişmektedir (12-16). Bu çalışmalardaki oranlar irdelendiğinde ülkemizin doğusunda batısına göre gebelikte tütün kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur.

Risk Faktörleri

Gebe bir hastayı değerlendirirken, özel durumundan kaynaklanan ve tütün kullanımını artıran nedenleri iyi sorgulamak gerekir. Gebelik döneminde, tütün kullanımını artıran nedenleri araştıran çalışmalarda; küçük yaşta gebelik, psikiyatrik problemler (depresyon) anksiyete, iş gerginliği, düşük eğitim ve sosyoekonomik seviye, eşin sigara içmesi ve ağır bağımlılık içmeyi artıran faktörler olarak bulunmuştur (17-20). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da özellikle sosyoekonomik düzey düşüklüğü, eğitim, eşin sigara içmesi etkili faktörler olarak bulunmuştur (12, 16, 21). A.B.D.'de yapılan bir çalışmada ırk ve etnik kökenin de gebelikte tütün kullanımı üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Alaska yerlilerinde 2005 yılında gebelerdeki tütün kullanım oranı %36,3 iken, amerikan yerlilerinde %20,6, ispanyol kökenlilerde %4, asya-Pasifik kökenlilerde %5,4 olarak saptanmıştır (22).

Gebelikte Tütün Bağımlılığının Tedavisi

Coğrafi bölgelere göre değişimle birlikte kişi gebe kaldığını fark ettiğinde sigarayı bırakmaya çalışmaktadır. Avrupa'nın 8 ülkesini ve Avusturalya'yı kapsayan 9 Kohort çalışmasının verilerine göre gebelikte sigara bırakma oranları %11,5- %48 oranında değişmektedir (23). Türkiye'de yapılan çalışmalarda bu oran %48,8-%87,3 arasında değişmektedir (12-16). Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizde gebe kadınların tütün kullanım oranları daha düşük gözlenmektedir.

Gebelik döneminde, tütün bağımlılığı hastalığının tedavi zamanlaması önemlidir. Çoğu kadın gebeliğin ilk trimesterinde bırakma eğilimindedir. İsveç'te 1987 yılında 3678 gebede yapılan bir çalışmada, gebelerin %18'nin ilk trimesterde, %7'nin 10-24 hafta arasında ve %4'nün ise 3. trimesterde sigarayı bıraktığı bulunmuştur (24). A.B.D. yapılan 1550 gebeyi kapsayan benzer bir çalışmada; ilk aylardaki bırakma oranı %27 iken geç dönemde bu oranın %12'e düştüğü gözlenmiştir (25).

Unutulmaması gereken diğer bir konuda, gebeliğin sonlanması ile 6 ay arasında olan sürede nüks oranlarının yüksek olmasıdır. Yapılan bir çalışmada gebelik sonrası sigaraya tekrar başlama oranı %50 oranında bulunmuştur (22). Yapılan çalışmalarda tekrar başlamada en büyük etkenin eşin sigara kullanması olarak saptanmıştır (26, 27). Bundan dolayı sadece gebenin değil sosyal çevresinin de iyi sorgulanması gereklidir. Ayrıca postpartum dönemde de hastanın yakın takibi gereklidir.

Gebelik döneminde tütün ürünü tüketen hastalara bırakmaya yönelik yaklaşım aslında rutinden farklı değildir. Hekim, mutlaka hastasına 5A yaklaşımını yapmalıdır (28, 29). Öncelikli olarak hastasına herhangi bir tütün ürünü kullanıp kullanmadığını sormalıdır. Tablo 1'de gebe hastaya yönelik 5A girişimi özetlenmiştir. Yapacağımız 5A yaklaşımı kısa ve yoğun klinik yaklaşım şeklinde olabilir. Yedi çalışmayı kapsayan metaanalizde; yoğun klinik girişimlerin başarı oranı %16,82 iken, 3 dakikalık kısa klinik girişimlerin başarı oranı %6,6 bulunmuştur (30). Yoğun klinik girişiminden kastettiğimiz ise; gebeler için özel hazırlanmış ve sigaranın zararlarını anlatan görsel-işitsel materyaller, takip mektupları ve sağlık çalışanları ile toplantıları da içine alan ve hastanın yakın takibinin yapıldığı tedavi şeklidir. Gebelere özel hazırlanmış eğitim materyalleri, genel hazırlanmış eğitim materyallerine göre bırakma başarısını olumlu olarak etkilediğinden özellikle gebelere yapılacak eğitimlerde bunların kullanılması tavsiye edilmektedir (31, 32).

Gebe sigara içtiğinde, sigaranın içeriğindeki karbonmonoksit, kronik fetal hipoksiye, nikotin plasentada vazokonstruksiyona sebep olmakta ve sonuç itibarıyla fetal gelişimi bozmaktadır. Bundan dolayı gebelere seçilecek tedavinin bu riskleri daha da artırmaması gereklidir. Nikotin ilaç olarak,

annenin kan basıncında ve kalp hızında artışa sebep olur. Ancak fetusta bu artışlar patolojik seviyede olmaz (33). Nikotini yerine koyma tedavisinde kullanılan ilaçlar gebelikte D grubu ilaçlardır. Gebelerde nikotini yerine koyma tedavisini (bant veya sakız veya pastil formları) araştıran 6 randomize çalışmanın sonunda davranış tedavisine eklendiğinde başarının arttığı ve fetusta önemli bir komplikasyona yol açmadığı gözlenmiştir (34-39). Nikotin spreyi, inhaleri ve sublingual formlarının kullanımına ait randomize kontrollü çalışma mevcut değildir. Sonuç olarak Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği ve 2008 klavuzu; nikotin tedavisi verilecek ise anne adayları ile mutlaka yarar-zarar oranının çok iyi tartışılarak birlikte karar verilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (30, 40).

Bupropionla yapılan çalışmalarda ilk trimesterde konjenital kardiyak malformasyon riskinin arttığına ilişkin bir bulguya rastlanmamıştır (41,42). Chan ve ark. yaptıkları çalışmada ayrıca, ilaç kullanmayan gruba göre spontan düşük oranında

yükseklik saptansa da diğer antidepresanlarla karşılaştırıldığında anlamlı bulunmamıştır (41). Gebelerde bupropionun sigara bırakmada etkinliğini araştıran bir çalışmada, ilaç kullanılmayan kontrol grubuna göre 2 kat daha fazla başarı elde edilmiştir (43). Ancak FDA Bupropionun, gebeler için B grubu olan uyarısını C grubu olarak değiştirmiştir.

Nortriptiptilin, D grubu ilaç olup fetusta kosta anormalliği yaptığı, Klonidin ise C grubu ilaç olup, gebe sıçanlarda embriyonik rezorbsiyon riskini artırdığı için kullanılmamaktadır (30). Vareniklin gebelikte C grubu olup, kullanılmamaktadır.

Sonuç olarak, gebenin sigara içimi başta fetus olmak üzere kendi sağlığını da olumsuz etkilediğinden mutlaka gebelik boyunca sigara içiminin sonlandırılması gerekmektedir. Gebelikte davranış tedavisi daha ağırlıkta olmalıdır. Ağır içiciler için, kullanılacak farmakolojik tedavi seçenekleri sınırlı olduğundan yarar- zarar ilişkisi göz önüne alınarak gebe ile birlikte karar vermek en doğru yaklaşım olacaktır.

Tablo 10. Gebelerde 5A yaklaşımı

Klinik yaklaşım	İçerik
Öğren (Ask) Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesi.	Gebe hastaya aşağıdaki soruları sorarak içme durumunu tespit edin A.Hiç sigara içmedim veya hayatım boyunca 100'den az sigara içtim B. Gebe olmadan önce sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum C.Gebe kaldıktan sonra sigarayı bıraktım ve şu anda içmiyorum D.Şu anda bazen içiyorum, ancak gebe kaldıktan sonra sayısını azalttım E.Şu anda gebe olmama rağmen düzenli olarak içiyorum Eğer cevap A,B ve C ise hastayı tebrik edin ve bu konuda destek verin
Öner (Advise) Eğer hasta D veya E durumunda ise	Hastaya açık, güçlü bırakma tavsiyesinde bulunun Bu tavsiyeyi kendisi ve bebeği ile ilgili risklerden bahsederek ilişkilendirin Bu bilgileri verirken basılı ve görsel malzeme kullanmaya çalışın Sigarayı en kısa zamanda bırakmasını önerin Eğer yüzyüze değil iseniz telefonla bu görüşmeleri yapın
Ölç (Assess)	Bireyin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığını sorun Nikotin bağımlılığını ölçün Engel olarak düşündüğü sebepleri araştırın Eğer hasta 1 ay içerisinde bırakmaya hazır ise önderlik yapın Bırakmaya hazır değil ise motivasyonel görüşme yapın Bu görüşmelerde kendisi ve çocuğu için olası risklerden bahsedin
Önderlik et (Asist)	Hasta bırakma konusunda istekli ise birlikte bırakma planı yapın Bu süreçte hastanın yanında olacağınızı söyleyin Bırakma günü belirleyin Davranış değişiklikleri önerin Hastanın yakın çevresinden destek alın Endişelerini gidermeye çalışın Farmakoterapi konusunda birlikte karar verin Gerekirse eğitici materyal sağlayın
Örgütüle (Arrange)	Bireyin yüz yüze ya da telefon görüşmeleri şeklinde kontrollerini yapın

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy *Obstet Gynecol* 2005; 106: 883-8.
2. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, Gibbs RS, Mead PB, Eschenbach DA, Knox GE, Polk BF. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163(1 Pt 1):130-7.
3. Raymond EG, Mills JL. Placental abruption. Maternal risk factors and associated fetal conditions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993 Nov;72(8):633-9.
4. Kolås T, Nakling J, Salvesen KA. 8. Smoking during pregnancy increases the risk of preterm births among parous women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Aug;79(8):644-48.
5. de la Chica RA, Ribas I, Giraldo J, Egozcue J, Fuster C. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. *JAMA*. 2005 Mar 9;293(10):1212-22.
6. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General, 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, 2006.
7. Women and smoking: a report of the surgeon general. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2001.
8. Dodds L. Prevalence of smoking among pregnant women in Nova Scotia from 1988 to 1992. *CMAJ* 1995;152(2):185-90.
9. Chan B, Einarson A, Koren G. Effectiveness of bupropion for smoking cessation during pregnancy. *J Addict Dis* 2005;24(2):19-23.
10. Jensen DM, Korsholm L, Ovesen P, et al. Adverse pregnancy outcome in women with mild glucose intolerance: is there a clinically meaningful threshold value for glucose? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(1):59-62
11. Laws P, Hilder L. Australia's mothers and babies 2006. Perinatal statistics series no. 22. Sydney (Australia): AIHW National Perinatal Statistics Unit; 2006; 2008. PER 46.
12. Köse U. Trabzon il merkezindeki doğum yapmış 6-12 aylık bebeği olan kadınlarda gebeliğin sigara kullanımına etkisi. Yüksek lisans tezi, Trabzon – 2011.
13. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Tur Toraks Der* 2009;10:20-5.
14. Marakoğlu K, Sezer Re. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25 (4):157 – 164, 2003
15. Marakoğlu K, Erdem D. Türkiye'de, Orta Anadolu'daki Bir İlde Gebe Kadınlarda Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi: Ülkelerarası Karşılaştırma. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(4):928-34.
16. Köse E, Pazarlı P, Şimşek Z, Şanlıurfa'nın Kırsal Kesiminde Yaşayan Kadınlar Arasında Sigara İçme Davranışı Solunum 2011;13(1): 26-31.
17. Goedhart G, van der Wal MF, Cuijpers P, Bonsel GJ. Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. *Addict Behav*. 2009 Apr;34(4):403-6.
18. Linares Scott TJ, Heil SH, Higgins ST, Badger GJ, Bernstein IM. Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women. *Addict Behav*. 2009 Aug;34(8):705-8.
19. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int*. 2001 Dec;16(4):355-65.
20. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and Smoking Cessation in Pregnancy. *Clin Chest Med* 32 (2011) 75-91.
21. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu SS. Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler *STED* 2006, 15;18 149-52.
22. Tong VT, Jones JR, Dietz PM, et al. Trends in smoking before, during, and after pregnancy – Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 31 sites, 2000-2005. *MMWR Surveill Summ* 2009;58(4):1-29.
23. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int* 2001;16(4):355-65.
24. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O. Who continues to smoke while pregnant? *J Epidemiol Community Health* 1992; 46:218.
25. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health* 1990; 80:541.
26. Penn G, Owen L. Factors associated with

- continued smoking during pregnancy: analysis of sociodemographic, pregnancy and smoking-related factors. *Drug Alcohol Rev* 2002;21(1):17-25.
27. Kahn RS, Certain L, Whitaker RC. A reexamination of smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health* 2002;92(11):1801-8.
 28. Fiore M. United States. Tobacco use and dependence guideline panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
 29. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and Smoking Cessation in Pregnancy *Clin Chest Med* 32 (2011) 75–91.
 30. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
 31. RA Windsor, G Cutter, and J Morris, et al. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial *Am J Public Health* 1985. 75: 1389-92.
 32. RA Windsor, LL Woodby, and TM Miller, et al. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care *Am J Obstet Gynecol* 2000. 182: 68-75.
 33. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001;24:277-322.
 34. Kapur B, Hackman R, Selby P, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Curr Ther Res* 2001;62(4):274-8.
 35. Hegaard HK, Kjaergaard H, Moller LF, et al. Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(9):813-9.
 36. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med* 2007;33(4):297-305.
 37. Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112(4): 859-67.
 38. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):967-71.
 39. Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. A randomised controlled pilot study using nicotine patches with pregnant women. *Addict Behav* 2006;31(4):641-8.
 40. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women, ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Number 316, October 2005. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106(4):883-8.
 41. Chun-Fai-Chan B, Koren G, Fayed I, Kalra S, Voyer-Lavigne S, Boshier A, et al. Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: A prospective comparative study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005;192:932–936.
 42. Cole JA, Modell JG, Haight BR, Cosmatos IS, Stoler JM, Walker AM. Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2007;16: 474 – 484.
 43. Chan B, Einarson A, Koren G. Effectiveness of bupropion for smoking cessation during pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 2005;24: 19 -23.

D.AĞIR MENTAL HASTALIKLAR, DEPRESYON VE SİGARA BIRAKMA

Sigara dünyada yılda 3–5 milyon insanın ölümünden sorumludur ve bu sayının 2020–2030 yılları arasında on kat artması beklenmektedir (1). Ağır mental hastalığı olan kişilerde sigara kullanımıyla doğrudan ilişkili olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve solunum yolu hastalıklarına çok daha sık rastlanmaktadır. Bu nedenle ağır mental hastalığı bulunan kişilerin genel toplum ortalamasına göre 20–30 yıl daha erken öldükleri saptanmıştır (2).

Bu gruptaki hastalar sigara bırakma açısından başlıca dört yönden önem taşırlar. Öncelikle, başta şizofreni olmak üzere ağır psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda sigara kullanımı siktir ve bu hastalar sigara bırakma tedavilerine daha dirençlidir. İkincisi, nikotin bazı psikotrop ilaçların kan düzeylerini etkilediği için bu ilaçların dozlarının sigara kullanımına göre ve sigara bırakıldıktan sonra yeniden ayarlanması gereklidir. Üçüncüsü özellikle erişkinlerde sigaraya başlama ya da yeniden başlama depresyonla ilişkili olabilmektedir. Dördüncüsü sigarayı bırakma depresyona yol açabildiği gibi sigara bırakma tedavilerinde kullanılan ilaçların da başta intihar riskini artırma olmak üzere psikiyatrik komplikasyonlarının olabileceği öne sürülmektedir.

Bütün psikiyatrik hastalıklar nikotin bağımlılığı için ciddi birer risk faktörüdür. 23,393 kişi üzerinde yapılan genel toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik problemleri olan kişiler arasında sigara kullanımının %34,3 (fobileri olanlarda) ile %59,1 (şizofreni hastalarında) arasında değiştiği ve bunun, aynı çalışmada psikiyatrik hastalığı olmayan kişiler arasında saptanan %18,3 oranından çok yüksek olduğu bulunmuştur (3). Ayrıca bu çalışmada, komorbit psikiyatrik hastalık sayısı arttıkça sigara içme oranının da arttığı bildirilmiştir. Diğer yandan psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sigara bırakma girişimleri, diğerlerinininkine denk olmasına rağmen psikiyatrik hastalığı olanlarda bırakmayı başarma oranları çok daha düşük bulunmuştur (3).

Bütün araştırmalar, özellikle psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi ağır mental hastalığı olanlarda sigara kullanımının çok yaygın olduğunu göstermektedir. Şizofrenide mi yoksa bipolar bozuklukta mı sigara kullanımının daha yaygın olduğu konusunda farklı bulgular olsa da çalışmaların çoğunda şizofreni ilk sırada yer almaktadır. Örneğin yakın tarihli bir çalışmada hâlihazırdaki günlük sigara kullanımı şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresyon hastalarında sırasıyla %74, %66 ve %57 olarak bildirilmiştir (4). Gerek şizofreni gerekse bipolar bozukluğa sıklıkla eşlik eden alkol kullanım bozuklukları da sigara kullanımını daha da artırmaktadır (4). Türkiye'de

yapılan bir çalışmada (5). sigara içme oranları şizofreni hastalarında %57,5, bipolar bozukluğu olan hastalarda %55,1, kontrol grubunda %47,3 olarak bildirilmiştir.

Birçok psikotrop ilaç kilo artışına neden olabildiği için ağır mental hastalığı olan kişilerde fazla kilolar, önemli bir sorundur. Sigara bırakıldığında da kilo artışı görülüyor olması, hastaların motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.

Şizofreni ve Sigara

Sigara, bedensel sağlığı bozmanın yanı sıra şizofreni hastalığının seyrini de olumsuz etkilemektedir. Sigara içen şizofreni hastalarında psikiyatrik nedenlerle hastane yatışlarının sigara içmeyenlerden daha sık olduğu bildirilmiştir (6). Akut psikotik dönem içindeki hastalar arasında sigara içenlerin Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (5).

Şizofreni hastalarında hem sigara içme ve hem de ağır içicilik oranlarının yüksek oluşu, nikotinin diğer insanlarda olduğu gibi bu kişilerde de orta beyindeki dopaminerjik aktiviteyi artırarak (hem dopamin salımını artırma hem de yıkımını inhibe etme yoluyla) ödül sistemi üzerinden davranışsal pozitif pekiştirmeye yol açmasının yanı sıra nikotinin şizofreni hastalığının patofizyolojisi üzerine etkileriyle de ilişkilidir (7). Sigara kullanımı, prefrontal korteksteki dopaminerjik hipofonksiyona bağlı defisitleri azaltabilmektedir. Sigara kullanımı şizofreni hastalarının bilişsel defisitlerinin tamir etmek ve antipsikotik ilaçların ekstrapramidal yan etkilerini azaltmak için bir self-medikasyon çabası olarak görülebilir.

Şizofreni hastalığının kendisi bilişsel işlevleri bozduğu gibi antipsikotik ilaçlar (özellikle klasik olanlar) da bilişsel işlevleri olumsuz etkileyebilir. Sigara kullanan şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada nikotinin, objektif testler üzerinde dikkat ve belleği düzelterek haloperidolün neden olduğu bazı yan etkileri azalttığı gösterilmiştir (8). Ayrıca sigara kullanan şizofreni hastalarında, antipsikotik ilaç dozu artırıldıkça uyarıcı etkisinden dolayı sigara içme isteğinin de arttığı gösterilmiştir (9). Psikiyatri tedavisi görülen ortamlarda özellikle kapalı psikiyatri servislerinde sigara kullanımının yaygın olmasının getirdiği çevresel etki de ağır mental hastalığı olanların sigara kullanımını artırmaktadır.

Santral etkilerinin yanı sıra sigara kullanımı, CYP 1A2 enziminin aktivitesini arttırdığı için, klozapin ve olanzapin gibi antipsikotikler de dahil olmak üzere pek çok ilacın kan konsantrasyonlarını azaltır. Sigara kullananlarda haloperidol, flufenazin ve tiotiksen gibi antipsikotiklerin klirensinin arttığı da gösterilmiştir. Bu nedenle her şizofreni hastasında

sigara kullanımının sorgulanması ve antipsikotik dozlarının buna göre ayarlanması önem arz etmektedir. Ayrıca bu hastalar sigarayı bıraktıklarında da antipsikotik dozlarının yeniden düzenlenmesinin gerekebileceği akılda tutulmalıdır (7).

Bipolar Bozukluk ve Sigara

Bipolar bozukluğu olan hastalar arasında şimdiki sigara kullanımının sıklığı farklı çalışmalarda %30 ile %70% arasında bildirilmiştir (10). Yaygınlık çalışmaları yöntemsel farklılıklar nedeniyle oldukça farklı sonuçlar verse de Amerika ve Avrupa'da yapılan kontrollü çalışmalar, tutarlı biçimde, bipolar bozukluğu olan hastalarda sigara kullanımının genel toplumdaki 2-3 kat fazla olduğunu ortaya koymaktadır (10). Sigara kullanan bipolar hastalarında duygudurum belirtilerinin daha şiddetli olduğu gösterilmiştir (11). Bu hastalarda hızlı döngülülük, genel hastalık şiddetinin fazla olması, intihar düşüncesi ve girişimleri, depresif belirtilerin şiddetli olması söz konusudur.

Bipolar hastalarında sigara kullanımının yaygın olmasının nedeni, hem sigaraya başlama olasılıklarının yüksek hem de sigarayı bırakabilme olasılıklarının görece düşük olmasıyla ilişkilidir. Wilens ve arkadaşları bipolar bozukluğu olan adolesanların sigaraya başlama olasılıklarının herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan yaş uyumlu kontrol grubundan yüksek (sırasıyla %22'ye %4) olduğunu göstermişlerdir (12). Pek çok çalışma, sigara kullanan bipolar hastalarının genel toplumdaki sigara kullanıcılarından daha ağır içici olduğunu göstermiştir (4) ve bu durum da bırakmalarını zorlaştırmaktadır. Yaşam boyu herhangi bir yoğunlukta sigara kullanmış bipolar hastaları arasında sigarayı başarılı şekilde bırakanların oranı genel toplumdakinden düşüktür (bipolar hastalarında %8-%16, genel toplumda %33-%43) (4).

Bipolar bozukluk ile sigara kullanımının ilişkisinin altında yatan mekanizmalar karmaşık ve multifaktoriyeldir, hem biyolojik hem de çevresel etmenleri içerir. Bu ilişki hem iki yönlü hem de ortak risk faktörleri ile ilişkilidir. Bipolar bozukluğun varlığının sigaraya başlama ve sürdürme riskini artırması, sigara dumanının monoamin oksidaz (MAO) enzimini inhibe edici etkiye sahip oluşuna ve nikotinin duygudurumu düzelter (serotonin) ve keyif veren (dopamin) nörotransmitterlerin salınımını artırmasına bağlanabilir (10). Bu görüş self-medikasyon hipotezi olarak bilinir ve maddenin istenmeyen duyguları kaldırmak için kullanıldığını öne sürer. Duygudurumu düzeltme dışında nikotinin bir başka etkisi de dikkati gibi bilişsel işlevleri artırma kapasitesidir (10). Nikotinin bu özelliği, başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olmak

üzere bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon gibi bilişsel yetileri etkileyen bozukluklarda sigara kullanımının yaygın olmasını açıklamamıza yardım eder. Bipolar bozuklukta da kullanılan antipsikotik ilaçlar yukarıda açıkladığımız yollarla sigara kullanımını pekiştirir. Karbamezapin, sitokrom P450 enzimlerinden CYP2A6'ü indükleyerek nikotinin metabolizmasını artırır (13). Valproat benzer bir etkiye sahip değildir. Nikotini hızlı metabolize eden kişilerin daha ağır sigara içicisi oldukları bilinmekle birlikte ilaçların neden olduğu nikotin metabolizmasındaki değişikliklerin sigara içme davranışı üzerindeki etkisi tam olarak ortaya konmamıştır (10).

Sigara kullanımının kendisi de bipolar bozukluğun gelişmesi riskini artırabilir. Nikotine kronik maruziyet, beyindeki limbik sistemde yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerini desensitize ederek depresyon gelişmesi riskini artırır (14). Nikotinin hipokampüsteki serotonin yolları üzerindeki etkisi nedeniyle uzun süre sigara kullananlarda sigaranın kesilmesi depresyonu tetikleyebilir (15). Çeşitli vaka bildirimlerinde sigaranın ani bırakılması sonrası depresyon ya da mani ortaya çıkışı, bupropion ya da vareniklin tedavisi sırasında mani, bupropionun kesilmesi sonrası mani tarif edilmiştir.

Bipolar bozukluk ve nikotin bağımlılığı ortak bazı genetik ve çevresel risk faktörlerine sahiptir. Katekol-O-metiltransferaz (COMT), dopamin transporter ve serotonin transporter genleri hem bipolar bozukluk hem de nikotin bağımlılığı için aday genlerdir (16). Ayrıca dopamin, serotonin ve norepinefrinle ilgili nörokimyasal sistemler her iki bozuklukta da rol oynarlar. Bazı çalışmalarda bipolar bozukluk ve nikotin bağımlılığında yapısal ve işlevsel bozukluk gösteren beyin bölgelerinde örtüşme gösterilmiştir. Özellikle ön limbik ağ üzerinde durulmaktadır ki bu sistem, manideki dürtüsellik ve afektif disregülasyon, nikotin bağımlılığındaki disfonksiyonel ödül işlemiyle ilintilidir (10). Her iki bozuklukta da prefrontal bölgenin çeşitli alt alanları arasında hacimsel farklar bildirilmiştir. Ayrıca her iki bozuklukta da yapılan fMRI çalışmaları kortikolimbik alanlarda aktivasyon farkları göstermiştir (10). Çocukluk çağı travmaları da her iki bozuklukla ilgili çevresel etmenlerdendir (17). Alkol ve madde kullanımı da her iki bozukluğun başlangıç ve gidişyle ilişkili bulunmuştur (10).

Depresyon ve Sigara

Depresyon çok yaygın ve ciddi yeti yitimine neden olan bir bozukluktur. Sağlık Bakanlığı tarafından 7479 kişi üzerinde yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasına göre depresif nöbet yaygınlığı %4,0'tür. Yaygınlık kadınlarda %5,4 erkeklerde ise %2,3 olarak bulunmuştur. En sık rastlanan

psikiyatrik bozukluğun depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (18).

Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Depresyon, nikotin bağımlılığı için bir risk faktörüdür. Genel toplumda, depresyon tanısı alan 15 yaş üstündeki kişiler arasında sigara kullanımının sıklığı, depresyonda olmayanlardan iki kat (%45'e %22) fazla bulunmuştur (19). Diğer yönden bakıldığında, sigara içenlerde de depresyon öyküsü daha sıktır. Örneğin erişkinlerde nikotin bağımlısı olanların son bir yıl içinde majör depresyon geçirmiş olma sıklığının nikotin bağımlısı olmayanlardan iki kat fazla (%13,8'e %6) bulunduğu bildirilmiştir (20).

Nikotinin, sigara kullanmayanlarda antidepresan etkisinin olduğu saptanmıştır (21). Sigara bırakıldığında yaşanan nikotin yoksunluğu belirtilerinden depresif duygudurum, iritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve iştah artışı majör depresif bozuklukta da görülen belirtilerdir (22). Sigarayı bırakmak, depresyon öyküsü olan kişilerde yeni bir depresyon dönemini tetikleyebilir (23). Depresyondaki sigara kullanıcılarının bırakma çabasından sonra yeniden sigaraya başlama olasılıkları ve başlama hızları daha yüksek, nikotine bağımlılıkları daha fazla, sigarayı bıraktıklarında duygudurumla ilgili belirtileri daha şiddetli ve sigaraya bağlı mortalite ve morbiditeleri genel toplumdan daha fazladır (24).

Bazı çalışmalar depresyonu sigara bırakma tedavisinde başarıyı olumsuz etkileyen bir risk faktörü olarak gösterse de bir meta-analiz çalışması bunu çürütmüştür (25). Depresyon hastalarının sigarayı bırakmakta daha fazla zorlanıyor olmaları, tedavileri bu hasta grubu ile ilgili karamsarlığa sürükleyip tedavi etmekten uzaklaştırmamalıdır, çünkü depresyon tanısı alan hastaların sigarayı bırakma konusunda hayli istekli olabildikleri bilinmektedir (26). Prochaska ve arkadaşları depresyonu olan sigara kullanıcılarının %79'unun sigarayı bırakmaya niyetlendiklerini, %24'ünün bir sonraki ay bırakma girişiminde bulunmaya hazır olduklarını bildirmiştir (27). Depresyon ile nikotin bağımlılığı arasındaki karmaşık etkileşime rağmen bu kişilere de sigarayı bırakmaları için tavsiye ve tıbbi destek mutlaka sunulmalıdır. Çünkü sigara bırakmada kullanılan yöntemlerin bu hastalarda da işe yaradığı bilinmektedir.

Sigara kullanımı nedeniyle değerlendirilen her hastada depresyon öyküsünün de değerlendirilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre majör depresif bozukluğun tanı ve tedavisi sadece psikiyatri uzmanlarına ait bir alan değildir. Bu iş, birinci basamakta çalışan hekimler tarafından güvenilir bir şekilde yapılabilir (28). Depresyon çok yaygın olduğu ve dünyada başta gelen maluliyet sebebi

olduğu için, halk sağlığı açısından bu durum bir zorunluluktur. KOAH hastalarında depresyon, ortalama %40 ile sadece genel toplumdan değil diğer pek çok ağır kronik hastalıkta olduğundan da daha sık görülür (29).

Amerikan Psikiyatri Birliği majör depresif bozukluğun belirtilerini şöyle sıralamaktadır:

1. Depresif (çökkün) duygudurum. Gençlerde iritabl duygudurum görülebilir.
2. Hemen hemen bütün aktivitelere karşı ilgi, istek kaybı ve zevk alamama (anhedoni)
3. Belirgin iştah ya da kilo artışı veya azalması
4. Uykusuzluk veya uykuda artış
5. Ajitasyon veya retardasyon (yavaşlama)
6. Halsizlik, enerji kaybı
7. Yetersizlik veya suçluluk düşünceleri
8. Düşünme veya konsantrasyon becerisinde azalma; kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Bu belirtilerden beşinin (en az biri ilk ikisinden olmak üzere) en az 2 hafta boyunca her gün devam etmesi, herhangi bir psikoaktif maddenin veya bedensel bir hastalığın doğrudan fizyolojik bir sonucu olmaması, belirgin zorluklara (mesleki ve sosyal işlevsellikte aksamaya) yol açması, yas ile daha iyi açıklanamaması halinde majör depresif bozukluk (MDB) tanısı konmaktadır (22).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyonu taramak için, Dünya Sağlık Örgütü'nün saha çalışmalarında kullandığı, Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme Kısa Formu'nda (CIDI-SF) yer alan iki temel soru hastalara yöneltilebilir (30).

1. En az iki hafta boyunca kendinizi hemen her gün mutsuz ve karamsar hissettiğiniz hiç oldu mu?
2. En az iki hafta boyunca işinize, hobilerinize, normalde keyif aldığınız hemen her şeye ilginizi kaybettiğiniz hiç oldu mu?

DSM-IV-TR ölçütlerine göre tanımlandığı şekliyle majör depresif bozukluk en sık 25-44 yaşları arasında görülmektedir. Ancak klinik olarak anlamlı derecede depresif belirtiler yaş ilerledikçe ve özellikle tıbbi rahatsızlıkları olan kişilerde daha sık görülür. Ancak yaşlılarda depresyon atipik özellikler gösterdiği için ve bazı belirtiler eşlik eden tıbbi hastalığa bağlanabileceği için MDB tanısı konması zorlaşır. Yaşı ileri ve tıbbi sorunu olan kişilere, sigarayı bırakması için başka hekimler tarafından yönlendirilen hastalar arasında sık rastlanır. Yaşlı hastalarda MDB genellikle kronik tıbbi hastalıklarla

komorbid olarak görülür ve bu tıbbi hastalıkların gidişini kötüleştirir, sağlık sisteminin kullanımını ve mortaliteyi artırır (31). Örneğin koroner arter hastalığı, depresyon geçirmek için bir risk faktörüdür; depresyon da koroner arter hastalığı geçirmek için bağımsız bir risk faktörüdür. Hem depresyonu hem koroner arter hastalığı olanların mortalitesi sadece koroner hastalığı olanlarından yüksektir (32).

Depresyonun en korkulan sonucu intihardır. ABD’de afektif bozuklukları olanların %15’inin intihar sonucu öldüğü bilinmektedir. Türkiye’de intihar oranı, diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında son derece düşüktür. Türkiye’de intihar oranlarının düşük olmasının nedenleri arasında; dini inançlar, kuvvetli aile bağları, aile bütünlüğü ve sosyal dayanışma yer almaktadır (33). Türkiye’de tamamlanmış intiharlar 15-34 yaş arası ve 65 yaş üzerinde ve erkeklerde daha sık görülmektedir (34).

Yaş ve erkek cinsiyeti dışında intiharla ilişkili risk faktörleri şunlardır (35):

1. Depresyon geçiriyor olmak
2. Geçmişte intihar girişimi
3. Ciddi tıbbi hastalığının olması
4. Yakın zamanda ciddi stres faktörü (Kadınlarda evlilik problemi, erkeklerde ekonomik sıkıntı)
5. Sosyal desteğin olmaması
6. Dul ya da boşanmış olmak
7. Silaha sahip ya da kolay ulaşabilir olmak
8. Nedeni açıklanamayan kilo kaybı

Özellikle şiddetli bir depresyon geçirdiği düşünülen hastaların bu risk faktörleri açısından değerlendirilmesi ve riskli hastaların psikiyatriste yönlendirilmeleri kritik bir önem taşımaktadır.

Sigara kullanımının psikotrop ilaç tedavileri üstüne etkisi

Sigara dumanındaki polisiklik aromatik hidrokarbonlar sitokrom P450 sistemini, özellikle CYP1A2 enzimini indükleyerek bazı psikotrop ilaçların (Olanzapin, klozapin, haloperidol ve fluvoksamin) metabolizmasını arttırırlar (36). Yukarıda bahsedilen ağır mental hastalıklarda kullanılan bu ilaçların dozları sigara içen kişilerde %50 arttırılmalıdır ve bu durum kullanılan günlük sigara miktarından bağımsızdır. Bu husus dikkate alınmadığında verilen rutin dozlar yeterli olmayacağı için hastaların tedavilerinde başarısızlık söz konusu olabilir. Sigara bırakıldığında da bu ilaçların kan düzeylerinde ciddi artışa bağlı şiddetli yan etkiler (ekstrapramidal yan etkiler, konvülzyon, sedasyon vb) ve toksisite görülmesi mümkündür.

Sigara dumanının psikotrop ilaçlarla farmakokinetik

etkileşiminin yanı sıra farmakodinamik etkileri de vardır. Nikotin sempatik sinir sistemini aktive ederek benzodiyazepinlerin sedatif etkisini ve β -blokerlerin kalp atım hızını azaltma etkisini düşürebilir (36). İlaç dozları hastanın sigara kullanma durumuna göre ve sigarayı bırakmasından sonra ayarlanmalıdır.

Ağır mental hastalığı olanlarda sigara bırakma tedavileri

Klasik bilgi sigara bırakma oranlarının ağır mental hastalığı olanlarda daha düşük olduğu şeklinde olsa da yeni çalışmalar şizofreni hastalarında dahi bu oranların bazı modifiye girişimlerle kısa dönemde diğer hastalarinkine benzer oranlara çıkarılabileceğini göstermiştir (37). Genel toplumda işe yarayan tedaviler bu grupta da yararlı olmaktadır (38). Ayaktan tedavi edilen şizofreni hastalarında görüşme sayısının arttırılması, grup terapisi ve daha yüksek dozlarda nikotin yerine koyma tedavilerinin başarıyı arttırdığı gösterilmiştir (37). Her şeye rağmen uzun vadede sigara bırakma oranları mental hastalığı olmayanlardan düşüktür (39).

Ülkemizde 2008 yılında kanunlaşan sigara yasağından sonra hekimlerin sigara bırakma tedavileri konusunda bilgilerinin arttırılması ve sigara bırakmak isteyenlere devlet eliyle verilen sağlık hizmetlerinin de yardımıyla sigarayı bırakanlarda ciddi bir artış sağlandı. Ancak diğer ülkelerde olduğu gibi (39) ülkemizde de psikiyatrlar, hastalarına sigarayı bıraktırma konusunda çok gayretli değiller. Psikiyatri hastalarının bu konuda çok başarılı olamayacağı düşüncesi, sigarayı bırakmanın psikiyatrik belirtileri alevlendirmesine dair endişeler ve bu alanda kullanılan ilaçları nöropsikiyatrik yan etkilere neden olabilmesi bunda etkili olabilir. Oysa kontrollü bir şekilde sigarayı bırakmanın ağır mental hastalığı olanlarda psikiyatrik işlevleri bozmadığı, hatta bazı durumlarda psikiyatrik duruma katkısının da olduğu bildirilmiştir (40).

Sigara kullanan ve ağır mental hastalığı olan kişilere sunulabilecek çeşitli psikolojik ve farmakolojik tedavi seçenekleri vardır. Hastaların sigarayı bırakma motivasyonlarının oluşturulması ve bırakmaya hazır hale gelmeleri bu konuda en kritik basamaktır ve bu nedenle motivasyonel görüşmeler çok önemlidir. Ağır mental hastalığı olan kişilerin sigarayı bırakmalarına yardım eden programlar etkilidir ve maliyet etkinlikleri vardır (41). İlk başta sigara sayısının azaltılmasının hedeflenmesi, tedavi süresinin uzatılması, sigara bırakma tedavisinin diğer psikiyatrik tedavi hizmetleriyle entegre edilmesi ve psikiyatri servisinde sigaraya ulaşımın zorlaştırılması tedavi etkinliğini arttırabilir (40).

Nikotin yerine koyma tedavileri (NYT) 30 yıldan fazla süredir kullanılmaktadır ve istenmeyen

psikiyatrik olaylara neden olma riski yönünden bupropion ve varenikline göre daha güvenlidir (42). Bu nedenle sigara kullanımının kısıtlandığı psikiyatri servislere yatırılan akut hastalarda profilaktik olarak düşünülebilir (39). Ağır mental hastalığı bulunan kişilerin nikotin bağımlılığı genellikle yüksek düzeylerde olduğu için psikolojik girişimlerle birlikte NYT tedavisinin de uygulanması minimum standart tedavi olarak kabul edilmelidir.

Bupropionun ağır mental hastalığı olan kişilerde yararlılığı gösterilmiştir (43). Davranış terapisiyle kombine edildiğinde bu yararlılık daha artmaktadır (44). Bupropion şimdiye kadar ağır mental hastalığı olanlar üzerinde en çok çalışılmış sigara bırakma tedavisi seçeneğidir (39). Randomize klinik çalışmalar bupropionun, sigara bırakma tedavisi sırasında depresif belirtileri de azalttığını ve fakat depresyonda olmayan nikotin bağımlılarının sigarayı bırakmaları konusunda aynı derecede etkili olduğunu göstermiştir (45). Bupropion çalışmalarında yan etki nedeniyle tedaviyi bırakma oranları NYT'dekinden yüksektir ve intihar eğiliminde artışa neden olabildiği bildirilmiştir (42). Ağır mental hastalığı olan kişilerde uygulanan sigara bırakma tedavisinde bupropion ile NYT'nin bir arada kullanılması daha iyi sonuçlar vermiştir (43). Karbamezapin kullanan hastalarda bupropionun metabolizması daha hızlı olacağı için kan seviyesinin düşük olacağı hatırlanmalıdır. Antidepresan amaçla kullanıldığında bupropionun bipolar hastaların maniye geçişine neden olması riski oldukça düşüktür. Stabil bipolar bozukluk hastaları sigarayı bırakma amacıyla bupropion aldıklarında maninin tetiklendiğine dair güçlü bir kanıt yoktur (10). Yine de FDA'in bupropionun ajitasyon, depresif duygudurum ve intihar eğilimi gibi psikiyatrik yan etkilere yol açabileceği uyarısı dikkate alınarak hastalar yakından izlenmeli ve bipolar hastalarda duygudurum düzenleyicilerle birlikte kullanılmalıdır. Bupropion konvülzyon eşliğini düşürdüğü için klozapin gibi konvülzyon eşliğini düşüren psikotropolarla birlikte kullanılmamalıdır.

Vareniklin sigara bırakma tedavisinde endikasyon alan en yeni ilaçtır. Vareniklin alan bazı hastalarda tedavi sırasında ortaya çıkan psikoz, mani, dürtüsellik, ajitasyon ve intihar eğilimi gibi ciddi nöropsikiyatrik belirtiler bildirilmişse de bu ilaçla nedensellik ilişkisi kurulmamıştır (40). Geniş veri tabanlarının incelenmesi, vareniklinin diğer tedavi seçeneklerinden daha çok depresyon ya da intihar eğilimine neden olduğunu göstermemiştir (46). Vareniklinin şizofreni hastalarında da sigarayı bırakma amacıyla yararlılığı gösterilmiştir (47). Ancak unutulmamalıdır ki bu ilacın ağır mental hastalığı olan kişilerdeki etkileri konusunda son

söz söylenmiş değildir (10). Hekimler, bir yanda sigaranın zararları ve bu ilacın sigara bıraktırmadaki etkinliği ile diğer yanda olası riskleri tartarak karar vermelidir. Bu ilacın kullanımı sırasında hastaların psikiyatrik açıdan düzenli olarak kontrol edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

İlaç tedavilerinin psikolojik destekle birlikte verilmesi başarılı bir tedavi için çok önemlidir. Psikolojik destek kendine yardım grupları, bilişsel davranışçı terapi, edimsel yöntemler (contingency management, ödül sistemi) ya da motivasyonel görüşme şeklinde olabilir. Motivasyonel görüşme ağır mental hastalığı olan sigara kullanıcılarında başarıyla uygulanabilecek standart psikolojik yaklaşımdır (48). Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ancak bu konuda eğitim almış klinisyenler tarafından uygulanabilir. BDT mental hastalığı olan sigara kullanıcıları için modifiye edilmiştir ve psikiyatri hastanelerine göre düzenlenmiş uygulamaları vardır (4).

BDT'nin depresyon öyküsü olan hastaların sigarayı bırakmalarında yararlı olduğu gösterilmiştir (49). Unipolar depresyon tanısıyla izlenen ve halen depresyon tanısını karşılayan, ayaktan tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada (50) danışmanlık, motivasyonel görüşme, BDT ve NYT kullanılmıştır. Bu çalışmaya girmek için sigarayı bırakmaya istekli olmak gerekmiyordu. Sonuçta bütün girişimlerin yararlı olduğu gösterildi. İlginç olan ise başlangıçtaki depresyon şiddetinin sigara bırakma tedavisindeki başarıyı yordamamasıydı. Bu sonuç depresyondaki hastaların da uygun sigara bırakma tedavilerine alınabileceğini göstermektedir. Genel olarak ağır mental bozukluklarda sigarayı bırakmadan önce hastanın stabilleşmesini beklemede yarar vardır (10).

Ağır mental hastalığı olan kişilerde başta alkol olmak üzere çeşitli maddelerin kullanım bozuklukları da yaygındır ve bu da sigarayı bırakmayı zorlaştırır ve relapsları arttırır (11). Çünkü alkol kullanımı hem sigaraya duyulan arzuyu tetikler (51) hem de psikiyatrik belirtileri alevlendirir. Böyle bir hastanın değerlendirilmesi sırasında alkol ve madde kullanımı da dikkatle sorgulanmalı ve tedavide ele alınmalıdır.

Sonuç

Ağır mental hastalığı olan kişilerde sigara kullanımı yaygındır ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. Psikiyatrların hastalarını sigarayı bırakmaları için motive etmeleri ve bu konuda yardımcı olmaları önemlidir. Bu hastaların sigarayı bırakma motivasyonları vardır ve bu hasta grubunda yararlı bulunan farmakolojik ve psikolojik yöntemler bulunmaktadır. Sigara bırakma tedavilerinin standart psikiyatrik tedavinin içine entegre edilmesinde yarar vardır (52). Sigara bırakma tedavisi alan ağır mental hastalıkları olan kişilerin psikiyatrik komplikasyonlar

yönünden yakın takibe alınmalarında yarar vardır.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: 1988.
2. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* [serial online] 2006. URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/pdf/05_0180.pdf
3. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking Characteristics of Adults With Selected Lifetime Mental Illnesses: Results From the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2010;100(12):2464-2472.
4. Diaz FJ, James D, Botts S, Maw L, Susce MT, De Leon J. Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar Disorders* 2009, 11(2):154-165.
5. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 58: 434-437.
6. Kobayashi M, Ito H, Okumura Y, Mayahara K, Matsumoto Y, Hirakawa J. Hospital readmission in first-time admitted patients with schizophrenia: smoking patients had higher hospital readmission rate than non-smoking patients. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(3):247-257.
7. Sagud M, Mihaljević-Peles A, Mück-Seler D, Pivac N, Vuksan-Cusa B, Brataljenović T, Jakovljević M. Smoking and schizophrenia *Psychiatr Danub.* 2009;21(3):371-5.
8. Levin ED, Wilson W, Rose JE, McEvoy J. Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics. *Neuropsychopharmacology* 1996;15:429-436.
9. Barr AM, Prochyshyn RM, Hui P, Johnson JL, Honer WG. Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophr Res* 2008; 100: 252-260.
10. Jaimee L, Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disorders* 2011, 13(5-6):439-453.
11. Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, Tran TB, Marzilli Ericson G, Weiss RD, Sachs GS. The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1907-1911.
12. Wilens TE, Biederman J, Adamson JJ, Henin A, Sgambati S, Gignac M, Sawtelle R, Santry A, Monuteaux MC. Further evidence of an association between adolescent bipolar disorder with smoking and substance use disorders: a controlled study. *Drug Alc Depend* 2008; 95: 188-198.
13. Williams JM, Gandhi KK, Benowitz NL. Carbamazepine but not valproate induces CYP2A6 activity in smokers with mental illness. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19: 2582-2589.
14. Mineur YS, Picciotto MR. Biological basis for the co-morbidity between smoking and mood disorders. *J Dual Diagn* 2009; 5:122-130.
15. Balfour DJK, Ridley DL. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 66: 79-85.
16. McEachin RC, Saccone NL, Saccone SF, Kleyman-Smith YD, Kar T, Kare RK, Ade AS, Sartor MA, Cavalcoli JD, McInnis MG. Modeling complex genetic and environmental influences on comorbid bipolar disorder with tobacco use disorder. *BMC Med Genet* 2010;11: 14.
17. Saccone KA, George TP, Head CA, Vessichio JC, Easton CJ, Prigerson HG. Adverse childhood experiences, smoking and mental illness in adulthood: a preliminary study. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19: 89-97.
18. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeçi M, Şimsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd. Şti. Ankara; 1998.
19. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284(20):2606-2610.
20. Office of Applied Services, Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2006 National Survey on Drug Use and Health. URL:<http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k6nsduh/2k6results.pdf>. 13.02.2012'de girilmiştir

21. Ischaki E, Gratziou C. Smoking and depression: Is smoking cessation effective? *Ther Adv Respir Dis.* 2009;3(1):31–38
22. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Revize edilmiş 4. basım), 2000.
23. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990;264:1546–1549
24. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Comparative Effectiveness of Smoking Cessation Treatments for Patients With Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2010
25. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 657–663.
26. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction.* 2009;104(5):719–733.
27. Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, Humfleet GL, Eisendrath SJ, Meisner MR, Hall SM. Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76(2):143–51.
28. Dünya Sağlık Örgütü resmi web sayfası. 05.02.2012'de girilmiştir. URL:http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html
29. Norwood RJ. A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007;2(4):485-491.
30. Kessler RC , Andrews G , Mroczek D , Ustun B , Wittchen H-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Meth Psychiatric Res.* 1998;7(4):171–185.
31. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Mar 2003;58(3):249-265
32. Lespérance F, Frasere-Smith N. Depression and heart disease. *Cleve Clin J Med.* 2007;74 Suppl 1:S63-6.
33. Sayıl I. Türkiye intihar sorunu. *Kriz Dergisi* 2002; 2(2): 293–298.
34. Duru G, Özdemir L. Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 16(2): 34–41.
35. Elovainio M, Shipley MJ, Ferrie JE, Gimeno D, Vahtera J, Marmot MG, Kivimäki M. Obesity, unexplained weight loss and suicide: the original Whitehall study. *J Affect Disord.* 2009;116(3):218-221
36. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm.* 2007;64(18):1917-1921.
37. Selby P, Voci SC, Zawertailo LA, George TP, Brands B. Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric and addictions co-morbidity. *Addict Behav.* 2010;35(9):811-817.
38. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010;105(7):1176-1189.
39. Moss TG, Weinberger AH, Vessicchio JC, Mancuso V, Cushing SJ, Pett M, Kitchen K, Selby P, George TP. A Tobacco Reconceptualization in Psychiatry (TRIP): Towards the Development of Tobacco-Free Psychiatric Facilities. *Am J Addict.* 2010;19(4): 293–311.
40. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry.* 2009;54(6):368-378.
41. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007 Jul;41:572-580.
42. Hays JT, Ebbert JO. Adverse effects and tolerability of medications for the treatment of tobacco use and dependence. *Drugs* 2010;70(18):2357-2372.
43. George TP, Vessicchio JC, Sacco KA, Weinberger AH, Dudas MM, Allen TM, Creeden CL, Potenza MN, Feingold A, Jatlow PI. A placebo-controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 2008;63:1092–1096.
44. Weiner E, Ball MP, Summerfelt A, Gold J, Buchanan RW. Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158:635–637.
45. Torrens M , Fonseca F , Mateu G , Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-

- analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2005;78:1–22.
46. Williams JM, Steinberg MB, Steinberg ML, Gandhi KK, Ulpe R, Foulds J. Varenicline for tobacco dependence: panacea or plight? *Expert Opin Pharmacother.* 2011;12(11):1799-812.
47. Dutra SJ, Stoeckel LE, Carlini SV, Pizzagalli DA, Evins AE. Varenicline as a smoking cessation aid in schizophrenia: effects on smoking behavior and reward sensitivity. *Psychopharmacology (Berl)* 2012;219(1):25-34.
48. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci J, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2004;77:723–728.
49. Haas AL, Muñoz RF, Humfleet GL, Reus VI, Hall SM. Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004;72:563–570.
50. Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Meisner M, Humfleet GL, Gorecki JA. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health* 2006;96(10):1808-1814.
51. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction* 1997; 92: 15–26.
52. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of Smokers with Co-Occurring Disorders: Emphasis on Integration in Mental Health and Addiction



13

Nüks Olgulara Yaklaşım

Tütün bağımlılığı bir hastalık olarak kabul edildiği için, tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Tütün bağımlılığı tedavisi, hem hastalar için hem de hekimler için sabır gerektiren bir tedavi süreci olup, zaman zaman nükslerin görüldüğü ve tekrar tedavi edilmesini gerektiren sürekli ve karmaşık bir süreçtir.

Tütün bağımlılığı tedavi edilirken erken ve geç dönemlerde nükslerin olması nedeniyle, nükslerin önlenmesi için takip ve kontrollerin sürekliliği gerekmektedir. Bu nedenle nükse neden olacak durumların hastalara çok iyi açıklanması gerekmektedir. Yüksek riskli gruplar, yüksek riskli durumları iyi bilinmeli ve kişinin bunlarla baş edebilme becerileri, motivasyon düzeyi, kendine güveninin artırılması için gerekli çaba gösterilmelidir. Özellikle doktorların olumlu geri bildirimleri motivasyon ve kendine güveni artırmada önemli rol oynamaktadır.

Nüks, sigarayı bırakmayı başarmış bir kişinin tekrar sigaraya başlaması ve yeni bir bırakma teşebbüsüne kadar sigara içmeyi sürdürmesidir. Nüksler genellikle ilk haftalarda görülmekle birlikte (1,2), güçlü sigara içme arzusu sigarayı bıraktıktan aylar veya yıllar sonra aniden umulmadık bir anda ortaya çıkabilmektedir (3,4). Sigara bıraktıktan sonra ilk yılda nüks oranı % 60-90, 2. ve 6. yıllar arasında oran % 2-4 arasında değişirken, 10 yıl sonra oran % 1'e düşmektedir (5). Erken nükslerde ilk hafta içinde en sık nedenler, yoksunluk belirtileri ve aşırı sigara içme isteğinin olduğu bildirilmiştir (6). Bir haftadan sonraki nükslerde ise aşağıda belirtilen tetikleyici diğer faktörler söz konusu olabilir. Erken nükslerde kişinin özgüveni önemlidir, kendine güveni düşük olma durumunda nüks oranı artmakta, yüksek özgüven ise başarı oranını artırmaktadır (1). Hastalarda bırakma sürecinin başlangıcında ve sonrasında nüks görülmesinin, tedavi öncesi kendine güven ve kararlılık durumu, ilk sigara içimindeki duygusal durum ve içilen ilk sigaranın nedeni ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (7). Negatif duygular oluşturan uyarıları kontrol etme başarısı uzun dönemde nüksleri azaltmaktadır (8). Sigara bırakmayı başaran kişilerin çoğunun, 3 ile 10 arasında değişebilen bırakma çabasıdan sonra başarılı oldukları belirtilmektedir (9). Her nüksten sonra içilen sigara miktarının azalması yeni bir sigara bırakma girişiminin göstergesi olabilmektedir (3). Her nüks, hastanın bir sonraki bırakma teşebbüsü için daha deneyimli olmasını, aynı

hataları yapmamasını sağlayabilir.

Hemen her zaman sigara içmeyi tetikleyen bir olay veya bir durum söz konusudur. Kişi bu duruma hazırlıklı olmadığı takdirde olay nüksle sonuçlanabilir. Özellikle nüks riskinin yüksek olduğu gruplar başlangıçta saptanmalı ve tedavinin izleminde daha dikkatli olunmalıdır (10,11,12,13,14,15,16,17).

Nüks Riskinin yüksek olduğu gruplar

- Gençler
- Eğitim düzeyi daha düşük olanlar
- Sağlık bilinci daha az olanlar
- Sigarayı daha fazla içenler
- Alkol kullanımı daha fazla olanlar
- Aile veya arkadaş çevresinde sigara içenlerin çok olması

Sigara bırakma sürecinde nüksten önce kayma (slip) veya hatalar (laps) olabilmektedir. Sigara bıraktıktan sonra tek bir sigara içimi veya birkaç puf çekilmesi "kayma", birkaç gün birer tane sigara içimi ise "hata" olarak tanımlanmaktadır. Tetik çeken faktörler ve yüksek riskli durumlar hataya neden olabilmektedir.

Sigara içme arzusunu artıran tetikleyen faktörlere bilinmeli ve önlem alınmalıdır (5);

Sigara İçilmesi Tetikleyen Faktörler

- Çevrede sigara içen kişilerin bulunması (özellikle Aile İçi..)
- Alkol kullanımı
- Kendini kötü, depressif hissetmek
- Kendine fazla güvenmek (İstedğim zaman bırakabilirim gibi)
- Sevdiği kişilerden ayrılmak (vefat..)
- Sinirlilik, kendine acıma hissine kapılmak
- Tedaviye uyum sağlamamak
- Yorgunluk, aşırı iş yükü
- Stres ve kaygılar
- Ekonomik sıkıntılar
- Negatif düşünceler, kötümserlik durumu

Kişiler, sigara içmeye neden olan uyarılarla baş edebilme becerisini öğrenmeli, bu süreçte

problemleri çözümlenebilme, stres yönetimi konusunda kendini geliştirmeli ve kendi özgüvenlerini artırmalıdır.

Kayma veya hata, çoğu kez sigarayı bıraktıktan sonra ilk gün ve ilk haftalar içerisinde olur. Fakat bu tekrar sigara içmeye başlandığı veya nüks anlamına gelmez fakat çoğunlukla nüks ile sonuçlanabilir (3,6,10,11,14). Bu nedenle risk almamak için kayma veya hataya müsaade edilmemesi önemlidir. Bırakma sürecinde riskli durumlarda oluşacak olan fiziksel yoksunluk bulguları erken hata olasılığını artırabilir (18).

Aşırı sigara içme arzusu hissedilmesi durumunda geliştirilmiş stratejiler dikkate alınmalıdır.

Bu durumda;

- Sigara bırakmanın sağladığı ekonomik ve sağlık yararları,
- Sigara içme durumunda oluşacak ekonomik ve sağlık zararları düşünülmesi ve gözden geçirilmeli
- Bir sigaradan ya da bir puf sigaradan bir şey olmaz gibi yanılığa kapılmamalı
- Sigara bırakmanın çok kolay başarılmadığı hatırlanmalı
- Sigara bırakmayı başarmış kişilerin, bırakma sürecinde birkaç kez bu durumu yaşadıklarını ve sonunda da başarılı olduklarını düşünülmesi

Bir puf çektim veya bir sigara içtim, şimdi ne olacak?

Bırakma süresinde bir sigara içme, tekrar sigara içmeye başlanacağı uyarısı olabilir. Bu nedenle sigarasız kalmak için çaba gösterilmelidir. Nüksleri önlemede bilişsel ve davranışsal girişimler önemlidir.

Sigarayı bırakma tedavisi alan kişilerin, hata veya kayma durumunda ne yapılması gerektiğinin yazılı olduğu göz önünde bulundurulacağı bir kartı bulunmalı ve gerektiğinde bu kart gözden geçirilmeli ve motivasyon artırılmalıdır.

Acil durum da yol gösterici kart

- Sakin ol !
- Derin bir nefes al !
- Bu bir hataydı geçti !
- Tekrar aynı hataya düşmemeliyim !
- Bırakma nedenlerim !
- Kazandıklarım !
- Kazanacaklarım !
- Bırakmak için harcadığım çabalar !
- Tekrar başa dönmek istemiyorum !
- Başaracağım ! vs gibi liste uzatılabilir.

Daha sonra hata yapmamak için;

- Nerede?
- Kiminle?
- Niçin?
- Ne zaman? Sigara içtim?
- Bu soruların cevabını verdikten sonra bu tetikleyici faktörlere karşı dikkatli olunmalı
- Sigara içmeye neden olan durum saptanmalı
- Saptanan durumlara karşı önlemler alınmalı
- Aynı durumla karşılaşıldığında daha kararlı olunmalı
- Sigara bırakma kararlılığı ve sigara bırakma nedenleri tekrar gözden geçirilmeli
- Sigara bırakmak için harcanan çaba hatırlanmalı
- Sigara içen kişilerle aynı ortamda bulunmaktan kaçınılmalı
- Sigara bırakmasını destekleyen kişilerle konuşmalı (sigarayı bırakmış kişiler, aile üyeleri veya doktoru)
- Sigara paketi satın alınmamalı ve sigarayı hatırlatıcı tüm objeler ortamdaki uzaklaştırılmalı

Her hata bir deneyim kazandıracığından, kişiler daha sonraki bırakma girişimlerinde yaşadığı deneyimin yardımı ile bırakma sürecinde daha başarılı olabilirler.

Sigara bırakma sürecinde nüksler görülmesi çeşitli faktörlere bağlı olabilir. Bu faktörler kişisel özellikler, durumsal, çevresel ve sosyo-kültürel faktörler olarak değişebilir. Her kişide tetik çeken faktörler farklı olabileceğinden, alınacak önlemlerde farklılık arzedelebilmektedir.

Ayrıca hekim ve hasta arasındaki iletişim çok önemlidir, aksi takdirde başarısız olma olasılığı yüksektir. Hekimin davranışları hastayı huzursuz etmemeli, agresif, yargılayıcı olmamalı, hastanın kendine güvenini ve motivasyonunu kaybetmesine yol açmamalıdır. Hekimler sabırla her nükste hastaya tedavi olma şansı vermeli ve başarıya kadar devam etmelidir.

Bağımlılıklar, psikolojik, fizyolojik ve sosyal belirteçlerin rol aldığı kazanılmış durumlardır. Günümüzde tedavileri, bu konularda eğitim almış deneyimli hekimlerle başarılı bir şekilde yapılmaktadır.

Davranışsal ve bilişsel tedavi eğitimi, sigarayı bırakma sürecindeki her hastaya verilmelidir. Bağımlılık düzeyine göre farmakolojik tedavi ile destek sağlanmalıdır. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavi seçenekleri tedavi

bölümünde daha detaylı olarak açıklanmıştır.

Hastaların anamnez ve klinik muayenelerine göre, hangi tedavinin daha uygun olduğu belirlenmelidir. Hastalar, belirli bir ilacı kullanma isteği ile kliniğe gelebilirler, fakat son söz kesinlikle doktorun olmalıdır.

Tedavi seçeneği belirlenirken kontrendikasyonlar yönünden dikkatli olunmalıdır ve iyice sorgulanmalı ve gerekli konsültasyonlar istenmelidir.

Nüks olgularda tedavi düzenlerken;

- Hastanın daha önce tedavide kullanmadığı ilaçları tercih etmek veya
- İlaçları kombine ederek kullanmak veya
- Tedavi süresini daha uzun tutmak gibi seçenekler üzerinde düşünülebilir (19).

Nikotin ürünlerinin (sakız, inhaler, nazal sprey) istenildiğinde 6 aya kadar kullanılmasının bilinen bir sağlık riski olmadığı ve ürüne karşı bağımlılık gelişmesinin ise nadir görüldüğü bildirilmiştir (4). Bupropion SR ve Varenikline ve bazı NRT ürünlerinin 6 ay kadar kullanımına FDA tarafından onay verilmiştir (4).

Tedavide kullanılan üç ilacın da(Nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion SR ve vareniklin) kullanılması ile, sigara bırakmada tedavinin başlangıcında ve tedavi süresinde nüksleri önlemede etkili olduğu görülmektedir (20).

Bupropion ve plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada, bupropion kullananlarda nüks gelişme süresi ortalama sigara bıraktıktan 156 gün sonra olurken plasebo grubunda bu süre 65 gün olarak kaydedilmiştir (21). Bupropion + nikotin sakızı, bupropion, nikotin bantları ile 24 haftalık tedavide, bupropion grubunda nüks gelişme süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır (22). Bupropion SR ile nikotin bantlarının kullanıldığı bir çalışmada bupropionun, nikotin bantlarına göre bir yıl sonunda bırakma oranlarında, özellikle kadın ve daha önce depresyon hikayesi olanlarda 3 kat daha etkili olduğu bildirilmiştir (23). Bupropionun tedavi süresince nüks gelişmesini azalttığı fakat tedavi sonrası izlemlerde etkili olmadığı gözlenmiştir (24).

Sigara bırakma tedavisinde belirlenen sigara bırakma gününde(1.hafta) başarılı olamayıp daha geç (11.hafta) dönemde başarılı olanlarda vareniklin tedavisinin 24 hafta sürdürülmesinin bu kişilerde nüksü azalttığı bildirilmiştir(26). Benzer bir çalışmada ise uzatılan vareniklin tedavisinin özellikle kadınlarda nüks önleme üzerine daha etkili bulunduğu belirtilmiştir (27). Vareniklin tedavisinin uzatılması ile nüks oranının daha düşük olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır (28,29). Kombine tedavilerde NRT ile vareniklinin

kombinasyonunun kullanımı konusunda yeterli çalışma yoktur.

Nüks durumlarında tedavinin seçimi, kombine edilmesi ve süresi, hastanın tedaviden en iyi yarar göreceği şekilde planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Herd N, Borland R, Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2009;104(12):2088-99.
2. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
3. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(2):196-215.
4. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. a clinical practice guideline for treating tobacco use *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158-76.
5. Elizabeth AK, Arthur JG, Raul IG. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nic Tobacco Res*. 2002(4); 95-100.
6. Cummings KM, Jaen CR, Giovino G. Circumstances surrounding relapse in a group of recent exsmokers. *Prev med*. 1985;14(2):195-202.
7. Brandon TH, Tiffany ST, Obrenski KM, et al. Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addict Behav*. 1990;15(2):105-14.
8. Yong HH, Borland R, Cooper J, et al. Postquitting experiences and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:S12-9.
9. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, et al. Smoking cessation guidelines-2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.
10. Fiore MC, NovotnyTE, Pierce JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs work? *JAMA* 1990;263(20):2760-2765.
11. Kirscht JP, Brock BM, Hawthorne VM, et al. Cigarette smoking and changes in smoking among a cohort of Michigan adults. *Am J Public*

- Health. 1987; 77(4): 501-2.
12. Garvey AJ, Bosse R, Glynn RJ, et al. Smoking cessation in a prospective study of healthy adult males: effect of age, time period, and amount smoked. *Am J Public Health.* 1983; 73(4): 446-50.
 13. Mothersill KJ, McDowel I, Rosser W. Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addict Behav.* 1988;13(1):29-36.
 14. Garvey AJ, Bliss RE, Hitchcock JL, et al. Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the Normative Aging Study. *Addict Behav.* 1992;17(4):367-77.
 15. Zimmerman RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, et al. The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. *Addict Behav.* 1990;15(3):197-207.
 16. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *J Clin Psychol.* 1998;54(2):223-35.
 17. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, et al. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol.* 1986 Aug;54(4):447-53.
 18. Brown RA, Lejuez CW, Strong DR, et al. A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):493-502.
 19. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(8):730-5; quiz 735-6.
 20. Agboola S, McNeill A, Coleman T, et al. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction.* 2010;105(8):1362-80.
 21. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. *Ann Intern Med.* 2001(18);135:423-433.
 22. Covey LS, Glassman AH, Jiang H, et al. A randomized trial of bupropion and/or nicotine gum as maintenance treatment for preventing smoking relapse. *Addiction.* 2007;102(8):1292-302.
 23. Steven SS, Douglas EJ, Scott JL, et al. Targeting smokers at increased risk for relapse: treating women and those with a history of depression. *Nic Tobacco Res.* 2003(5); 99-109.
 24. Wileyto P, Patterson F, Niaura R, et al. Do small lapses predict relapse to smoking behavior under bupropion treatment? *Nicotine Tob Res.* 2004;6(2):357-67.
 25. Hajek P, Tønnesen P, Arteaga C, et al. Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment. *Addiction.* 2009;104(9):1597-602.
 26. Hawk LW Jr, Ashare RL, Lohnes SF, et al. The effects of extended pre-quit varenicline treatment on smoking behavior and short-term abstinence: a randomized clinical trial. *Clin Pharmacol Ther.* 2012;91(2):172-80.
 27. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 (21).
 28. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(1):64-71.



14

Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri

Nikotin bağımlılığı, 1994 yılında APA (Amerika Psikiyatri Birliği) tarafından DSM IV'de maddeyle ilişkili bir bozukluk olarak tanımlanmaya kadar uzun bir yol alınmıştır. Madde bağımlılığı tanı ölçütleri, diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, biyopsikososyal modele dayanmaktadır. Bu modelde genetik, psikolojik, sosyal boyutlar gibi çoklu etkenler yer almaktadır. Biyolojik boyut tıbbi tedavileri kapsarken, sosyal boyutta bağımlılık için olan risk etkenleri, alevlenme ve sürmesinde rol oynayan özellikler; tedavilere toplumsal destek gibi özellikler yer almaktadır. Diğer yandan biyopsikososyal model, kişinin istek ve sorumluluğuna vurgu yapan toplumsal boyut ve karşıtı olan biyolojik boyut gibi madde bağımlılıklarına yaklaşımda iki farklı görüşü de yansıtmaktadır. Bu görüşler tanı ve tedavi yaklaşımlarında da etkilidir. Nikotin bağımlılığını değerlendirme yöntemleri, madde bağımlılığı ölçütleriyle yapılan klinik değerlendirme ve anketler/testler aracılığıyla bağımlılık düzeyi, tanı ve tedavi izlemi yapılabilmektedir (1, 2, 3).

Normalde de insan vücudunda bulunan bir madde olan nikotin, sigara gibi yöntemlerle dışarıdan alındığında başlangıçta hoşlanma duygusu, gevşeme, rahatlama hissi vermektedir. Nikotinin hoşlanma duygusu, konsantrasyonu artırıcı etkisi kişilerde tekrar sigara içme ihtiyacına yol açmaktadır. Bir süre sonra tolerans gelişir ve kanda azalan nikotin seviyesi ortaya çıkan huzursuzluğu giderebilmek için güçlü sigara içmek isteği olur. Bağımlılık yapma potansiyeli diğer bağımlılık yapan maddelerle kıyaslandığında daha fazladır. Bir süre sonra artık kişiler sigarayı zevk almaktan çok huzursuzluk, sinirlilik, baş ağrısı, ani sigara içme isteği gibi nikotin yoksunluk belirtilerini yaşamamak için tüketmeye başlarlar (4, 5, 6).

Nikotin bağımlılığı sigara içiminin sürdürülmesinde en önemli etkidir. Sigarayı bırakma döneminde hissedilen yoksunluk belirtileri patofizyolojik bir olaydır ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Bırakma döneminde fizyolojik olarak bağımlı kişilerde nikotin yoksunluk belirtileri kişilerin yeniden sigaraya başlamalarında önemli bir rol oynamaktadır. Aşağıdaki yoksunluk belirtilerin biri, bir kaçı ya da tümü görülebilir. Bu belirtiler tıbbi tedaviyle tamamen ortadan kaldırılabılır ya da kişiyi rahatsız etmeyecek düzeyde kontrol edilebilir. Sigara

bırakma döneminde karşılaşılabilecek sorunların listesi aşağıda yer almaktadır (7, 8).

Sigara bırakma döneminde karşılaşılabilecek sorunlar listesi

- Huzursuzluk
- Uykusuzluk veya uykuya eğilim
- Gerginlik
- Dikkati toplamada güçlük
- Olaylara aşırı tepki verme eğilimi
- Sinirlilik
- Yorgunluk
- Titreme
- Baş ağrısı
- Kabızlık
- Hayattan zevk alamama veya aşırı neşelenme durumu
- İştah artması
- Ağız kuruluğu, ağız yaraları

Sigara bırakma döneminde karşılaşılabilecek sorunların geçici olduğu, sigarayı bırakan pek çok kişide görülebileceği, başa çıkmak için kendisinin de yöntemler geliştirebileceği gibi, aşağıdaki önerileri de uygulayabileceği vurgulanmalıdır.

Huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, aşırı tepki verme eğilimi, hayattan zevk alamama söz konusu olduğunda yürüyüşe çıkmak, duş almak, spor yapmak, müzik dinlemek, hobilere zaman ayırmak rahatlatıcı olabilir.

Uykusuzluk ve baş ağrısı için akşam saatlerinde çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekleri olabildiğince içmeme veya az içme, ılık duş alma, ılık süt, bitki çayları içme yararlı olabilir.

Kabızlık oluştursa bol su içmek, kayısı, incir, armut gibi meyveler, kepek unundan yapılmış ekmek, yeşil yapraklı sebzeler, tahıl gibi posa içeriği yüksek yiyecekler tüketmek, her gün aynı saatlerde tuvalet alışkanlığı kazanmak sorunu çözmeye yardım edebilir.

Ağız kuruluğu olduğunda su içmek, sakız çiğnemek bu sorunu giderebilir. Ağızda yaraların çıkması durumunda iyileşmesine yardım etmek için karbonatlı ağız gargaraları, kapatıcı pomatlar kullanılabilir (5,6,7).

Sigara İçme Dürtüsü ve Başa Çıkma Yöntemleri

Başlangıçta sigara bırakma dürtüsü çok bunalıcı olabilir. Özellikle de hasta buna hazırlıklı değilse ilk birkaç gün ve hafta bu dürtüler çok kuvvetli olabilir ve çok sık gerçekleşebilir. Sigara içenler, sigara içmek için kuvvetli bir dürtü hissettiklerinde bir sigara içerler ve bu his geçici olarak kaybolur. Dürtüyü azaltmanın en etkili yolu hiç içmemektir.

Kişi bırakma günlerinden sonraki birkaç hafta boyunca sigara içmediğinde dürtüler daha az kuvvetli ve daha seyrek hale gelir ve daha kolay başa çıkılabilir (9,10).

Sigara bırakma döneminde "sigara içme dürtüsü" tetikleyicileri

- Stres
- Tartışmalar
- Diğer sigara içenler
- Alkol
- Normalde sigara aldığı yerlerden geçmek
- Çay ve kahve bardakları
- Yere atılmış sigaraları görmek
- Sigara dumanının kokusu
- Yeni sosyal statüler
- Anksiyete
- Sıkıntı
- Sevilen sigara içme mekanları
- Sigara içiminin yaygın olduğu yerlerdeki aktiviteler
- Anılar
- Öğünlerin sonrası

Sigara bırakan kişilerin sigara içme dürtüsü ile başa çıkmada farklı yöntemleri olabilir. Sigarasız geçirilen süreler arttıkça, sigara içme arzusunun daha seyrek olacağına hatırlatılması önemlidir. Kendisini meşgul ederek dikkat dağıtma, sigara içmeye teşvik edecek durumlardan kaçınma, egzersiz yapmak ve/veya önerilen ilacı kullanmak bu yöntemlerden bazılarıdır.

Kilo Alma

Sigarayı bırakanların büyük bir bölümünde kilo artışı görülür. Sigara bırakanlarda ilk birkaç ay içinde 3-5 kilo alınması, %10'unda ise daha fazla kilo alınması beklenen bir durumdur. Sigara içmeye devam etmenin sağlık açısından riskleri göz önüne alındığında kilo alma bir süre göz ardı edilebilir. Kadınların kilo alma eğilimi erkeklere göre daha fazladır. Yine her iki grupta "ağır içici" olanlarda kilo artışı daha sık gözlenebilmektedir. Yeniden sigaraya başlama oranları kilo alma endişesi olan

kadınlarda, kilo konusunda hassas olan gençlerde yüksektir (7,10).

Fakat hem sigara içmeyi bırakmaya çalışma, hem de beslenmeyi değiştirip fiziksel aktiviteyi artırmaya çalışma başarısızlıkla sonuçlanabilir. Bu durumda sigarayı bırakmaya yoğunlaşma önerilebilir. Eğer daha sonra bir iki ay boyunca sigara içmeme başarılırsa kişinin kendine olan güveni artar ve beslenme alışkanlığını değiştirip, daha çok egzersiz yapabilir.

İştah artışı tütün yoksunluk belirtilerinden biridir ve bir süre devam edebilir. Sigara bırakma sonrası kilo almanın diğer nedenlerinden biri bırakma gününden sonra metabolik hızda düşüş olmasıdır. Bu dönemde öğün atlamadan düzenli, ancak un ve şekerden fakir düşük kalorili gıdalarla beslenmek, egzersiz yapmak kilo artışının beklenenden daha fazla olmasını engelleyecektir. Ayrıca el ağız alışkanlığından kurtulmak için çerez, cips, bisküvi, çikolata gibi yağlı ve yüksek kalorili yiyecekler yerine mevsim meyveleri ve çiğ yenebilen sebzeler tercih edilmelidir. Beslenme tarzının değiştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması genel önerilerdir.

Stres Yönetimi

Sigara içiciler, bırakma sonrası yeniden başlamanın en büyük nedenlerinden biri olarak stresle baş edememeyi gösterirler. Sigara içen ve içmeyen kişilerin strese tepkileri farklıdır. Sigara içenler nikotini çoğunlukla hoş olmayan duyguların ve stresin üstesinden gelebilmek için kullanırlar. Bu nedenle bırakma aşamasında stresle baş etme konusunda yeni yöntemler geliştirilmelidir.

Fiziksel aktivite iyi bir stres azaltıcıdır. Aynı zamanda sigara bırakma sonrası yaşanan kısa süreli depresyon ve kayıp duygusuna da yardımcı olabilir. Stresle baş etme konusundaki kişisel gelişim kitapları, psikolojik destek alınması önerilir. Hobi edinme, yaratıcı uğraşlar, meditasyon, doğada bulunma, yardım gibi aktiviteler de bu konudaki öneriler arasında yer almaktadır (5,7,8).

KAYNAKLAR

1. Hughes JR. Nikotine Bağlı bozukluklar. Textbook of Psychiatry (içinde), Sadock A, Sadock J (eds). Lippincott, Williams and Wilkins, New York, 2005, sh. 1257-1264.
2. Örsel S. Nikotin Bağımlılığı ve nikotin bağımlılığın klinik değerlendirilmesi. Tütün ve Tütün Kontrolü. Totaks Kitapları, sayı:10. Aves yayıncılık 2010, İstanbul.
3. A Us Public Health Service Report. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use

- and Depence. JAMA, 2000, 283 (24): 3244 – 3259.
4. T . Coleman. Smoking Cessation: Integrating Recent Advances Into Clinical Practice. Thorax 2001; 56: 579-582.
 5. Örsel O. Ankara Tabip Odası (Pratisyen Hekim Komisyonu). Tütün Kontrolü ve Tütün Bağımlılığı Tedavisi Kursu. 19-20 Mart, 2010, Ankara.
 6. U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practise Guideline.
 7. <http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayFromTobacco/GuidetoQuittingSmoking/guideline> (13.02.2012 tarihinde yararlanılmıştır.).
 8. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (Hekimler için) 2010. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 796. Ana Matbaacılık, 2010, Ankara.
 9. Örsel O. Tütün içeriği, farmakokinetiği ve Tütün ürünleri. Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları, sayı:10. Aves Yayıncılık 2010, İstanbul.
 10. Sigarayı Bırakıyoruz. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, sayı A3. Turgut Yayıncılık, 2004, Ankara.



Türk Toraks Derneği

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu