

Sigara Bırakma Yöntemleri

Smoking Cessation Methods: Review

Dr. Mükremin ER,^a
Dr. Ayşegül KARALEZLİ,^a
Dr. H. Canan HASANOĞLU^a

^aGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Mükremin ER
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
mukreminer@hotmail.com

ÖZET Türkiye’de milyonlarca sigara içicisi bulunmakta ve ülkemizde her yıl 100 binden fazla kişi sigara içimine bağlı gelişen hastalıklar nedeni ile ölmekte veya bakıma muhtaç hale gelmektedir. Sigara içmek sayısız hastalık ve fonksiyon kaybına yol açmasının yanında, dünyadaki bilinen en önemli önlenilebilir hastalık ve ölüm nedenidir. Bu nedenle sigara bırakma tedavileri, koruyucu hekimlik ve ulusal sağlık programı açısından çok önemlidir. Bu makalede sigara bırakma ile ilgili tedavi yöntemleri, literatür bilgileri eşliğinde derlenerek anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion, vareniklin, hipnoz, akupunktur

ABSTRACT There are millions of people who smoke cigarettes in Turkey and more than 100 thousand people have been dying in our country every year due to smoking. Smoking leads to numerous diseases and loss of function as well as it is world’s most important preventable cause of illness and death. Therefore, smoking cessation treatment is very important for preventive medicine and national health programs. Contemporary smoking cessation treatment methods are reviewed in this article with the literature information.

Key Words: Smoking cessation, nicotine replacement therapy, bupropion, varenicline, hypnosis, acupuncture

Turkish Medical Journal 2009;3(3):167-80

Sigara içmek, günümüzde birçok sağlık sorununa yol açarak sağlık sistemine giderek daha fazla maliyet yükü getiren, modern bir epidemi halini almıştır. Dünyada yaklaşık olarak 1 milyardan fazla tütün içicisi olduğu hesaplanmaktadır. Tütün kullanımının dünyadaki en önemli önlenilebilir hastalık ve erken ölüm sebebi olduğu bilinmektedir.¹

Sigara, ciddi hastalık ve ölümlere yol açması yanında üretim kaybı ve gittikçe artan sağlık harcamaları nedeniyle tüm dünya ülkelerinde ekonomik kayıplara da neden olmaktadır. Sigara içimine bağlı sağlık riskleri, başarılı ve kalıcı bir sigara bırakma süreci sonucunda ve ömür boyunca bir daha tekrar başlamamak şartıyla giderek azalarak çok düşük düzeylere inebilir. Sigaranın ömür boyu bırakılması toplum sağlığı açısından çok

önemli bir hedefdir. Hastalıkları önlemek için önceden önlem almak (aşılama programları gibi) hem daha etkili, hem de sağlık sistemine maliyet yükü en az olan hastalıkla mücadele yöntemidir.²

TÜTÜN KULLANIMININ KISA TARİHÇESİ VE SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün bitkisi yaklaşık 2000 yıldan beri Amerikan yerlilerince kullanılan bir bitkidir. İlk kez 16. Yüzyılda Kuzey Amerika'dan Avrupa'ya getirilmiştir. Önceleri pipo daha sonraları enfiye (snuff) denilen buruna çekme şeklinde kullanılırken, 19. yüzyıldan itibaren daha çok sigara ve puro olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sigara bu tarihten sonra kitlesel bir fenomene dönüşmüş ve tüm dünyada kullanımı giderek artmıştır.³

Bugün dünya genelinde ortalama 1.2 milyar insan sigara içmektedir. Bu sayının 2025 yılında 1.6 milyara yükselmesi beklenmektedir. Her yıl sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle tüm dünyada yaklaşık 5 milyon kişi ölmektedir. Şimdiki sigara içme oranları devam ederse, bugün hayatta olan 500 milyon kişinin ileride sigara nedeniyle öleceği hesaplanmaktadır. Bu kişilerin yarısından fazlası da günümüz çocukları ve gençleridir. Dünya genelinde gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi azalırken, gelişmekte veya az gelişmiş ülkelerde ise artmaktadır. Dünya genelinde sigara içen 1.2 milyar kişinin yaklaşık 800 milyonu (%70-75'i) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Ülkemizin de yer aldığı güney doğu Avrupa ve Ortadoğu bölgesi, dünya tütün tüketiminde ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık bakanlığı verilerine göre Türkiye, sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci, dünyada ise ilk 10 ülke arasındadır ve yaklaşık her iki yetişkinden biri sigara içmektedir.⁴

SİGARA: EN FAZLA TÜKETİLEN TÜTÜN BİÇİMİ

Sigara tütünün en sık kullanılan şeklidir ve tütün bitkisinin yapraklarının kurutulmasıyla ve çeşitli işlemlerden geçirilerek ince bir kâğıda sarılmasıyla oluşur. Bunun dışında tütünün pipo, nargile, puro, ağızda çiğneme ve buruna çekme şeklinde kullanımları da bulunmaktadır.⁵

Sigaradaki tütünün içerdiği nikotin adı verilen alkaloid yüzünden çok çabuk alışkanlık gelişmekte ve bir kez bile tütünü kullanan bir daha bırakmamaktadır. Bu nedenle kullanımı toplumda giderek yaygınlaşmaktadır.⁵

SİGARA SALGINI İLE MÜCADELE

Sigara salgını ile mücadelenin birbirini tamamlayan üç bileşeni olduğunu düşünebiliriz. Bunlardan birincisi belki de en önemlisi sigara alışkanlığının hiç edinilmemesini sağlayacak önlemleri almaktır. Bu alışkanlık genellikle çocukluk çağında edinildiğinden, çocuklara yönelik sigaraya başlamayı engellemeye yönelik eğitici programlar hazırlamak, sigara reklamlarını yasaklamak ve çocuklara örnek (rol model) olan büyüklerin (anne-baba, öğretmenler, sanatçılar, sporcular ve doktorlar) çocukların göreceği şekilde sigara içmelerini önlemek, sigara fiyatlarını arttırmak yasa ve yönetmeliklerle alınabilecek önlemlerdir.

İkinci bileşen pasif içiciliği önlemek için gereken tedbirleri almaktır. Özellikle insanların toplu olarak bulunduğu yerlerde sigara içilmesinin önlenmesi ve aynı ortamı paylaşan diğer insanların dumandan etkilenmelerini önlemek, yine yasalarla güvence altına alınması gereken çok önemli bir halk sağlığı hizmeti olarak devletin görevidir.⁶

Bu iki konuda da ülkemizde son zamanlarda çıkarılan yasalarla halkın toplu bulunduğu kapalı ortamlarda sigara içimi ve sigaranın açık veya örtülü reklamları yasaklanarak tüm dünyaya örnek olan önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Üçüncü bileşen ise sigaranın bırakılmasını sağlamaktır. Sigara bırakmanın, sigara içenlere yararlı olduğu kanıta dayalı olarak ispatlanmıştır. Sigarayı bıraktırmak, sigara bırakma polikliniklerinde bu konuda uzmanlaşmış kişilerce bilimsel yöntemlerle yapılırsa etkinliği daha fazla olmaktadır.⁷

SİGARA DUMANINDAKİ KİMYASAL MADDELER

Sigara dumanında yaklaşık olarak 4.000 farklı kimyasal madde olduğu gösterilmiştir. Bu maddelerin içinde birçok güçlü kanserojen madde bulumaktadır.

tadır. Sigaradaki kanserojen maddelerin hem invitro ortamlarda hemde invivo olarak kansere yol açtığı gösterilmiştir. Bu kadar fazla oranda kanserojen kimyasal madde bombardımanına maruz kalan organizmanın doğal DNA tamir yeteneği oluşan mutasyonları düzeltmeye yetmemektedir.⁸ Tablo 1’de sigara dumanında bulunan major kimyasal madde ve bileşikler özetlenmiştir.⁹

SİGARA KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ HASTALIKLAR VE SAĞLIK SORUNLARI

Sigaranın yol açtığı sağlık sorunları saymakla bitmez dense abartılmış olmaz. Bu konuda yayınlanmış binlerce araştırma makalesi ve kitap mevcuttur. Ortaya çıkan hastalıklarla sigara dumanı maruziyeti ile ilgili olarak güçlü bir doz-yanıt ilişkisi vardır. Sigaraya başlama yaşı, kullanım süresi ve günde

içilen sigara miktarının yol açtığı hastalık ve ölümlerle doğrudan ve güçlü bir ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır.¹⁰

En güçlü hastalık ve ölüm ilişkisi kuşkusuz solunum yolu kanserleri ve KOAH ile ilişkilidir. Sağlığa yaptığı en önemli olumsuz etkisi akciğer ve kardiyovasküler sistem üzerine olsa da tüm organ ve sistemler etkilenmekte ve bunlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tablo 2’de sigaranın yol açtığı hastalıklar özetlenmiştir.¹¹

Sigaraya ne kadar erken yaşta başlanırsa, bu hastalıkların görülme sıklığı ve riski katlanarak artmaktadır. Sigara içicilerinde osteoporoz, diş ve dişeti hastalıkları, iktidarsızlık, erkek infertilitesi ve katarakt gibi diğer ölümcül olmayan hastalıklara da daha sık rastlanmaktadır.

TABLO 1: Sigara dumanı içindeki bazı kimyasal maddeler.*

• Karbon monoksit	• Antrasen	• Amonyak	• Piren
• Karbon dioksit	• Fenol	• Metilamin	• N-nitrozonornikotin
• Karbonil sulfid	• Katekol	• Dimetilamin	• Naftalen
• Benzen	• Hidrokinon	• Nitrojen oksitleri	• N-nitrozodietanolamin
• Toluen	• Anilin	• N-nitrozodimetilamin	• Kadmiyum
• Formaldehit	• 2-toluidin	• N-nitrozodietilamin	• Nikel
• Akrolein	• 2-naftilamin	• N-nitrozopirrolidin	• Çinko
• Aseton	• 4-aminobifenil	• Formik asit	• Polonyum-210
• Piridin	• Benz[a]antrasen	• Asetik asit	• Benzoik asit
• 3-metilpiridin	• Benzo[a]piren	• Metil klorit	• Laktik asit
• 3-vinilpiridin	• Kolesterol	• 1,3-butadien	• Glikolik asit
• Hidrojen siyanür	• N-butirolakton	• Katran	• Suksinik asit
• Hidrazin	• Kinolin	• Nikotin	• Arsenik

* Güçlü kanserojen olan kimyasal maddeler koyu olarak yazılmıştır.

TABLO 2: Sigaranın yol açtığı hastalıklar ve diğer sağlık sorunları.

• Akciğer kanseri	• Mide kanseri	• Vasküler demans	• Göğüs ağrısı
• Larinks kanseri	• Mesane kanseri	• Periodontit	• Bel ağrısı
• Ağız boşluğu kanseri	• Böbrek kanseri	• Maküler dejenerasyon	• Osteoporoz
• Nazofarinks kanseri	• Lösemi	• Katarakt	• Tüberküloz
• Orofarinks kanseri	• KOAH	• İşitme kaybı	• Tip 2 diyabet
• Hipofarinks kanseri	• Pnömoni	• İnfertilite	• Peptik ülser
• Özofagus kanseri	• Astım nöbeti	• Spontan abortus	• Cerrahi komplikasyonlar
• Karaciğer kanseri	• Koroner arter hastalığı	• Ölü doğum	• Deri kırıklığı
• Serviks kanseri	• Aort anevrizması	• Düşük doğum ağırlığı	• Arteriyel oklüzyon
• Pankreas kanseri	• Serebrovasküler hastalık	• Ani bebek ölümü sendromu	• Venöz tromboemboli

NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Sigara dumanında bulunan nikotinin insan davranışları üzerine olan etkileri, nikotinin beyinde çok yaygın bulunan nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyarmasının sonucudur. Nikotin verilmesini takiben nukleus akkumbens'de gözlenen dopamin artışı, ventral tegmental alanda bulunan ve aksonları nucleus akkumbense ve pre-frontal korteks'e ulaşan mezolimbik dopaminerjik nöronların nikotininle uyarılmasıyla açıklanmaktadır. Nikotin toleransının nikotinin etkilerine tekrar tekrar maruz kalan sinir hücrelerinde oluşan yapısal değişiklikler sonucu ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Şekil 1).

Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin sayısındaki artış (up-regulation) bu değişikliklerden biridir. 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 yoksunluk sendromu oluşurken nikotinik reseptörler de yeniden uyarıya cevap verecek duruma dönmektedir.¹² Bu nedenle günün ilk sigarasının oluşturduğu etkiler, günün izleyen saatlerinde içilen sigaraların yaptığı etkiden farklıdır. Sigara bağımlılarının genellikle en çok hoşlandıkları sigaranın günün ilk sigarası olması bundan dolayıdır. Bağımlılarda sigaranın kesilmesi kişide hoş olmayan belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Genellikle yoksunluk tablosu veya nikotin çekilmesi olarak tanımlanan bu durum, nikotin alımıyla ya da sigara içimiyle geçer. Sigara veya nikotin çekilmesi belirtileri, sigara içilmesiyle birlikte geçer ve böylece kişi kendini sınıktan kurtarmış olur. Nikotin yoksunluk semptomları içindeyken içilen sigaranın hem sıkıntı giderici hem de keyif verici özelliği vardır. Bundan dolayı sigara hem negatif pekiştirici hem de pozitif pekiştirici olarak işlev görür. Bağımlılık yapan kimyasal maddelere ait çekilme durumlarında saptanan ortak bir özellik, nukleus akkumbense dopamin düzeyinin düşmesidir.¹³

NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

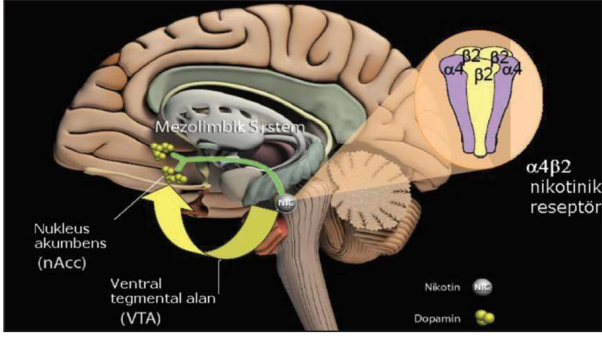
Sigara alışkanlığı insanların sonradan edindiği bir davranıştır. Sonradan edinilen bu davranış, insan

vücudunun gereksinimi olmadığı ve bir bebeğin yalancı emziği gibi yararsız ve aksine zararlı olan dolayısıyla vazgeçilebilir bir alışkanlıktır. Dünyada milyonlarca insan sigara alışkanlığından vazgeçmeyi başarmıştır. O halde sigarayı bırakmak olanaklıdır. Önemli olan buna karar vererek bu yönde gerekli adımları atmaktır. Ne yazık ki bazen bu alışkanlıktan vazgeçmek daha zor olmaktadır. Sigaradaki tütün yandığı zaman oluşan duman içinde çok sayıda kimyasal madde vardır. Bunlar arasındaki nikotin, tütün bağımlılığından sorumlu olan ana maddedir. Nikotin bağımlılığı sigara içen herkeste aynı şekilde ve aynı düzeyde değildir. Bazı içicilerin bağımlılığı daha güçlüdür. Bu nedenle bu kişiler sigarayı daha çok ararlar ve sayıca daha çok sigara içerler. Nikotin bağımlılığı beyinde bulunan nikotinik reseptörlerin sayısı ile doğru orantılıdır. Nikotin bağımlılığını ölçmek bırakma tedavisini planlamakta klinisyene yol gösterici olarak oldukça işe yaramaktadır. Sigara içicilerinin nikotine olan bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi bakımından çeşitli skalalar ve testler geliştirilmiştir. Nikotin bağımlılığının ölçülmesi için bu skalaların günümüzde en yaygın olarak kullanılanı, İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş olan skaladır. (FTND; Fagerström Test for Nicotine Dependence). Bu ölçekte sigara içenlere 6 adet soru sorulur, bu sorulara alınan cevaplara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir.¹⁴ Fagerström skalasında yer alan sorular ve puanlama şekli Tablo 3'te görülmektedir.

Bağımlılık düzeyi yüksek olan tiryakilerin sigarayı bırakmaları daha zor olabilir. Bu nedenle bu kişilerin sigarayı bırakmaları için daha fazla çaba gösterilmesi gereklidir.¹⁵

SİGARAYI BIRAKMANIN YARARLARI

Sigarayı bırakmanın yararlarının başında elbette sigaranın yol açtığı hastalık risklerinin azalması gelir. Sigarayı bırakan kişide ilk yarım saat içinde nabız ve kan basıncı normale dönerken, 6-8 saatlik sürede kandaki karbon monoksit düzeyi düşmekte, 24 saatte ise akut miyokard enfarktüsü geçirme riski yarıya inmektedir. Sonraki günlerde ve yıllar içinde çeşitli hastalıkların riskinde önemli azalmalar olur. Hastalık risklerinin azalması ilk yıllarda daha belirgindir, ancak ilerleyen yıllarda risk azal-



ŞEKİL 1: Beyindeki nikotinik reseptörler.

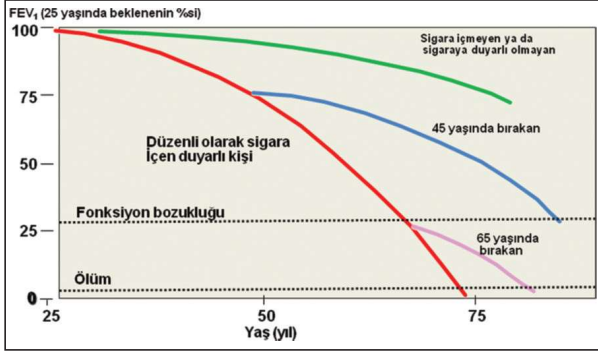
ması sürmektedir. Sigara bırakıldıktan 10-15 yıl sonrasında akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski sigara içmeyen bir kişinin riskine yakın düzeye kadar azalmıştır.^{16,17}

Sigarayı bırakma sonucu akciğer fonksiyonlarında bozulma durmaktadır. Özellikle KOAH gelişmiş veya henüz gelişmekte olan bireylerde bırakmanın etkisi daha dramatiktir (Şekil 2).

Sigarayı bırakanlarda gözlenen bütün bu olumlu etkiler, hangi yaşta olursa olsun sigarayı bırakan her kişide ortaya çıkar. Bu nedenle sigarayı bırakmak için hiçbir zaman geç kalınmış değildir ve sigara her yaşta mutlaka bırakılmalıdır. İngiltere’de 1950-2000 yılları arasında akciğer kanseri nedeni ile olmuş ölüm vakaları yönünden yapılan değerlendirme sonucunda 60 yaşında sigarayı bırakmış olanlarda dahi sonraki yıllarda akciğer kanseri nedeniyle ölme olasılığında azalma meydana geldiği saptanmıştır. Şu bir gerçektir ki risk azalması, sigarayı daha erken yaşlarda bırakanlarda daha fazladır. Araştırma sonucuna göre sigara içen her 100 kişiden 16 tanesi 75 yaşına kadar olan sürede akciğer kanseri nedeniyle ölmektedir. Sigarayı 60 yaşında bırakanlarda akciğer kanseri nedeniyle ölme riski 10 kişiye, sigarayı 50 yaşında bırakanlarda ise 6 kişiye, 30 yaşında bırakanlarda ise 1.7 kişiye inmektedir.¹⁸

TABLO 3: Fagerström bağımlılık skalası.

1- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	
a) < 10	0
b) 11-20	1
c) 21-30	2
d) 31>	3
2- İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne zaman sonra içersiniz?	
a) İlk 5 dk içinde	3
b) 6-30 dk içinde	2
c) 31-60 dk	1
d) 1 saatten sonra	0
3- Yasaklanan yerlerde (kütüphane, tiyatro vs.) zorlanıyormusunuz?	
a) Evet	1
b) Hayır	0
4- Sabahları günün diğer yarısından daha fazla mı sigara içiyorsunuz?	
a) Evet	1
b) Hayır	0
5- Hangi sigara sizin için daha zevkli ve doyurucu?	
a) Sabah içilen ilk sigara	1
b) Diğer zamandaki	0
6- Çok hasta olduğunuzda sigara içer misiniz?	
a) Evet	1
b) Hayır	0
Toplam Puan :	
Puanlama:	0-2: Çok düşük 3-4: Düşük 5: Orta 6-7: Yüksek 8-10: Çok yüksek



ŞEKİL 2: Sigarayı bırakmanın akciğer fonksiyonlarına etkisi. (Fletcher CM, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. BMJ 1977;1: 1645-48).

SİGARA BIRAKMADA DOKTOR TAVSİYESİNİN ROLÜ

Sigaranın sağlık açısından zararlı bir davranış olduğu herkes tarafından bilinmekle birlikte, bazı sigara içicileri sigarayı bırakma konusunda istekli değildir. Sigara içen birine pek çok kişi bu davranıştan vazgeçme yönünde uyarıda bulunabilir. Bu uyarılar nadiren yararlı olur. Ancak bu yönde bir uyarı doktor tarafından yapıldığı takdirde kişiler bu uyarıya daha fazla önem verirler. Bu nedenle sigara alışkanlığından vazgeçme ve sigarayı başarılı şekilde bırakma bakımından doktorların önemli rolü söz konusudur. Doktorlar hastalarının sigara bırakma kararı alması konusunda çeşitli yönlerden etkili olabilir. Doktorların bu konuda oynayacağı rol, doktor tarafından yapılabilecek bazı etkinliklerin İngilizce karşılığı olarak "5 A İlkesi" şeklinde ifade edilmektedir.

ASK (Sor): Doktorlar her hastasına sigara içip içmediğini sormalıdır. Sigara içme davranışının bir doktor tarafından sorgulanması, sigara içen kişiler açısından uyarıcı etki yaparak sigara bırakmaya yönlendirebilir.

ASSESS (Değerlendir): Hastanın sigara içme alışkanlığı olduğunun öğrenilmesinden sonra, sigara içme davranışlarının süresi ve içtikleri miktar sorgulanmalıdır. Sigara içen kişilere ne kadar zamandan beri sigara içmekte olduğu ve günde içtikleri sigara sayısı ayrıntılı bir şekilde sorulmalı ve kaydedilmelidir.

ADVISE (Öğüt ver): İçilen sigara miktarı öğrenildikten sonra kişilere sigaranın sağlık üzerin-

deki zararlı etkileri ve karşılaşılabileceği diğer olumsuz durumlar anlatılmak suretiyle sigara içmekten vazgeçmeleri önerilmeli ve isterlerse bu konuda kendilerine destek verilebileceği vurgulanmalıdır.

ASSIST (Yardım et): Bunun sonucunda kişi sigarayı bırakmaya karar verdiğinde, sigarayı bırakma konusunda hastaya yardımcı olunmalıdır. Bu aşamada hasta sigara bırakma konusunda yardım alabileceği sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilebilir. Bu polikliniklerde psikolojik destek yanında gerektiğinde ilaç desteği de sağlanabilir.

ARRANGE (İzle): Sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalar için sigara bırakıldıktan sonraki dönemde uygun bir izleme programı yapılarak bu kişilerin tekrar sigara içmeye başlamalarının önüne geçilmeye çalışılmalı ve bu hastalar belli aralıklarla kontrole çağrılmalıdır.¹⁹

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ

Doktorların sigara bırakma ile ilgili rolleri konusunda bir diğer boyut da sigara bırakma poliklinikleridir. Bu polikliniklere kişiler kendiliklerinden başvurabilecekleri gibi, bazıları çeşitli sağlık kuruluşlarından ve diğer doktorlar tarafından yönlendirilebilir. Bu polikliniklerde ideal olan eğitimli ve deneyimli bir doktor ile birlikte hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer yardımcı sağlık personelinin bulunmasıdır.

Polikliniğe başvuran tiryakilerin sigara içme davranışları ve nikotin bağımlılık düzeyleri bir anketle değerlendirilir, akciğer grafisi çekilir, solunum fonksiyon testi yaptırılır, kan kolesterol ve şeker düzeyleri ölçülür ve nefesteki karbonmonoksit düzeylerine bakılır. Çıkan sonuçlar hasta ile birlikte tartışılır buna "sigara bırakma görüşmesi" denilmektedir. Sigaranın zararları, bıraktığında kazanacakları konusunda bilgilendirilir. Daha sonra da kişiye uygun bir bırakma programı yapılarak kişinin sigarayı bırakması sağlanmaya çalışılır. Bu polikliniklerin en önemli rolü hastaların izlenmesidir. Gerektiğinde telefon görüşmeleri yaparak hastaların sigara içme durumlarının takibi nükslerin önlenmesinde kilit rol oynamaktadır.²⁰

SİGARA BIRAKMA GÖRÜŞMESİ

Sigara içen kişiler sigarayı bırakma veya sigara içmeyi sürdürme konusundaki düşünceleri bakımından değerlendirildiklerinde 5 gruba ayrılabilirler. Bu gruplar ve bu grupların belirgin özelliklerini şöyle tanımlayabiliriz:

1- Sigarayı bırakmayı düşünmeme dönemi:

Bunlar sigara içmekten keyif alan, sigara ile ilişkili herhangi yakınması bulunmayan, kendi sağlıkları ve gelecekte karşılaşacakları sağlık sorunları bakımından da kaygı duymayan, daha çok genç yaşta kişilerdir. Bu kişilere yönelik olarak özellikle okullarda eğitim çalışmaları yapılmalı ve sigaranın bir süre sonra kendi sağlıkları bakımından olumsuz sonuçlara yol açabileceği anlatılmalıdır. Sigara içmenin yalnızca kendi sağlıkları açısından değil, çevrelerinde bulunan kişilerin sağlıkları bakımından da sakıncaları olduğu, bunun yanında sigara kullanımının ekonomik yükü ve genel anlamda çevre üzerindeki olumsuz etkileri de anlatılarak, sigara içmenin “zararlı” bir davranış olduğu yönünde bilgilencmeleri sağlanmalıdır. Çevrelerinde, yakınları arasında sigaranın yol açtığı sağlık sorunu olan kimseler varsa, bu örnekler üzerinde özellikle durularak sigarayı bırakmayı düşünmeleri sağlanmaya çalışılmalıdır.²¹

2- Sigarayı bırakmayı düşünme aşaması: Bu kişiler genellikle uzunca bir zamandan beri sigarayı içmekte olup, bazı sağlık sorunları olan veya sigaranın maliyeti dolayısıyla yol açtığı ekonomik yükü önemseyen ve bu yükten kurtulmak isteyen, sonuç olarak sigarayı bırakmayı düşünen kişilerdir. Ancak sigarayı bırakma konusunda çoğunun belirli bir planı yoktur, sigarayı “ileride” bırakacaklarını ifade ederler. Bu kişiler, sigarayı bırakmaları için derhal bir plan yapmaları yönünde desteklenmelidir. Sigarayı bırakma konusundaki planlarını kendilerinin yapması, sigarayı bırakma tarihini kendilerinin belirlemesi daha uygun olur. Bu aşamada, sigarayı bırakmayı kolaylaştırıcı ilaçlardan yararlanılabilir.

3- Karar aşaması: Bırakma konusunda bir plan yapmış ve kesin kararını vermiş, sigarayı bırakma tarihini belirlemiş olan kişilerdir. Bu kişiler hazırladıkları planı uygulamaları konusunda cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir. Sigarayı bırakma

tarihi yaklaştıkça bu kişiler planı uygulama veya plandan vazgeçme şeklinde ikilem içine girebilirler. Bu yüzden planlanan tarihin çok uzak olmaması sağlanmalıdır. Yapılan plandan çevredeki kişileri haberdar etmek ve bırakma tarihini çevreye belirtmiş olmak, uygulamadan vazgeçilmesini güçleştirme bakımından yarar sağlar, ancak bu yöndeki kararı da kişi kendisi vermelidir. Sigaranın bırakılmasından sonra oluşabilecek nikotin yoksunluk belirtileri konusunda kişi bilgilendirilmeli, bu durumda yapılacaklar da bırakma planı içinde yer almalıdır.

4-Harekete geçme aşaması: Belirlenmiş olan bırakma gününde sigaranın bırakılmasıdır. Bu güne yönelik olarak sigara çağırışımı yapacak tüm maddelerin çevreden kaldırılması gerekir. Sigaranın bırakılmasını izleyen ilk saatler ve ilk günler çok önemlidir. Bu dönemde eğer nikotin yoksunluğuna ait belirtiler ortaya çıkarsa, bu belirtilerle başa çıkma konusunda kişiler desteklenmeli, gerekiyorsa gecikmeden nikotin replasman tedavisi başlanmalıdır.

Sigaranın bırakıldığı ilk günlerde bol su içilmesi, sigara çağırışımı yapacak davranışlardan ve ortamlardan uzak durulması öğütlenmelidir.

5-İzleme aşaması: Bir sigara içicisinin sigarayı bırakması ile yapılması gerekenler tamamlanmış sayılmaz. Sigarayı bırakmış olan kişi bir süre sonra tetikleyici bir faktörün etkisiyle tekrar sigara içmeye başlayabilir. Bu nedenle sigarayı bırakmış olanlar yakından izlenmelidir. Mümkünse sık sık telefonla veya yüz yüze görüşme olanağı sağlamak gerekir. sigarayı bırakanlar nikotin yoksunluğuna bağlı olarak bazı yakınmalar ifade edebilirler. Bu yakınmalar dikkatle dinlenerek uygun destek sağlanmalıdır. Bu süreçte sigarayı bırakmış olanlar sigara içme isteğini uyandırabilecek davranış ve ortamlardan titiz bir şekilde kaçınmalıdırlar. Sigarayı bıraktıktan birkaç gün sonra kişi bir veya birkaç tane sigara içmiş olabilir. Böyle bir durum sakın bir şekilde karşılanmalı, kişiye yönelik herhangi suçlama yapmadan sigara içmeme davranışı desteklenmelidir. Üstelik sigara bırakma çabalarının her zaman başarı ile sonuçlanmadığı gerçeği akılda tutulmalıdır. En başarılı sigara bırakma girişimlerin-

de bile sigarayı bırakanların yaklaşık yarısının bir yıl içinde tekrar sigara içmeye başlayabildikleri bilinmektedir. Böyle bir durum karşısında kişi ile yeni bir görüşme yapılmalı ve tekrar bırakmayı denemesi konusunda desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir.²²

SİGARAYI BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Sigara Bırakma Stratejileri ve Yaklaşımları

Sigara bırakma ile ilgili çok önemli bir nokta, nikotin bağımlılığının bir hastalık olarak algılanması ve bu anlayış ile tedavi edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü nikotin bağımlılığını bir hastalık olarak tanımlamış ve hastalıkların sınıflandırılması listelerinde ayrı bir kod numarası ile belirtmiştir. Nikotin bağımlılığı bir hastalık olduğuna göre tedavisinin de hekim tarafından yapılması ve tedavi yaklaşımı olarak da bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış bir yöntemin kullanılması gereklidir.²³

Sigara içen kişiler, herhangi bir sağlık sorunu ile hekime başvurdıklarında, sorunu ile bağlantı kurulursa sigarayı bırakma önerisine daha açık olabilmektedir. Bu nedenle hekimler tüm hastalara sigara kullanıp kullanmadığını sormalı ve sigara kullanma durumlarını kayıt altına almalıdırlar.^{19,21}

Tüm doktorlar sigara içen hastalarına güçlü ve kararlı bir şekilde bırakmasını önermelidir. “Bıraksan iyi olur” gibi şüphe içeren önerilerin yararı olmaz, kesin konuşulması gerekir. Çalışmalar doktor tavsiyesi ile bırakmanın uzun süreli başarıyı artırdığını göstermektedir. Sigara içen hastaların bırakma kararlılığını değerlendirip, nikotin bağımlılık düzeyleri fagerström testi ile ölçülmelidir. Sigarayı bırakmak isteyen hastalara bırakma konusunda öneriler edilmelidir. Hastaya sunacağımız uygun öneriler ve ilaç tedavisi seçenekleri ile bırakmanın başarıya ulaşmasını ve kalıcı olmasını sağlayabiliriz. Sigara bırakma tedavileri, ilaç tedavisi ve ilaç içermeyen tedavi olarak iki grupta incelenebilir.^{19,24,25}

İLAÇLA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen ve tüm sigara bırakma kılavuzlarında yer alan nikotin içeren ve nikotin içermeyen olmak

üzere iki grup farmakolojik tedavi yaklaşımı vardır.^{19,21,24-26}

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından ruhsatlanmış olarak bu ilaçlardan sadece nikotin bandı, nikotin sakızı, bupropion ve vareniklin bulunmaktadır.

Nikotin yerine koyma tedavisi (NYKT)

- Nikotin bandı
- Nikotin sakızı
- Nikotin nazal sprey
- Nikotin dilatı tablet
- Nikotin pastil
- Nikotin inhaler

Nikotin içermeyen ilaç tedavisi

- Bupropion
- Vareniklin
- Rimonabant
- Nikotin aşısı
- Nortriptilin
- Klonidin

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi (NYKT)

En yaygın kullanılan ve tercih edilen tedavi şeklidir. NYKT ile bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının %15-25 arasında değiştiği bildirilmektedir. 17.703 olguyu içeren NYKT'nin çeşitli formlarının kullanıldığı 53 çalışmanın meta-analizinde, NYKT'nin uzun dönemde (6-12 ay) sigarayı bırakmış kalma oranını iki kat artırdığı gösterilmiştir.^{19,27} 6 farklı NYKT vardır. Hepsi sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan yoksunluk semptomlarını ve nikotin isteğini azaltır. Çalışmalar hemen hemen eşit etkili olduklarını göstermiştir. NYKT'de en sık kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttır. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen, bant ve sakız kombinasyonudur.^{19,21,24-26}

NYKT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir. Nikotin yerine koyma tedavisinin süresi kullanılan ilacın şekline göre farklılık göstermekle birlikte ortalama 3 ile 12 ay arasında değişebilmektedir. Tedavi sırasında sigara içiminin tam olarak bırakılması gerekir.¹⁹

Miyokard enfarktüsü sonrası ilk iki hafta, ciddi aritmilerin varlığında, ciddi anjina durumunda NYKT kontrendikedir.^{19,21}

Gebelik ve emzirme döneminde, kalp-damar hastalıklarında ve 18 yaşın altındaki sigara içicilerinde kullanırken dikkatli olunmalıdır. Ayrıca bant formu, egzema ve psöryazis gibi kronik deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir.

Nikotinin tedavi dozu aşıldığında önce bulantı ve kusma ile ortaya çıkan nikotin zehirlenmesi oluşur. Akut zehirlenme bulguları şunlardır: Bulantı, tükürükte salgısında artma, karın ağrısı, kusma, ishal, soğuk terleme, baş dönmesi, baş ağrısı, iştihayı ve görme bozukluğu, güçsüzlük; daha sonra baygınlık ve hipotansiyon gelişebilir, dispne, taşikardi ve aritmi ortaya çıkabilir. Yüksek dozlarda şok tablosu ve konvülsiyonlar oluşabilir. Son olarak solunum kaslarının felci sonucu ölüm görülür.^{19,21,26}

Nikotin Bandı

Nikotin bandının ülkemizde bulunan şekli 21, 14, 7 mg'lık nikotin içeren 24 saatte bir değiştirilmesi gereken bantlardır. Yurtdışında 16 saatlik salınımlı formları vardır. Bunlar gebelerde kullanmak gerekirse tercih edilmelidir.²¹ Fagerström testi ve günlük içilen sigara sayısına uygun bir bant ile tedaviye başlanır. Bırakma gününden itibaren her gün aynı saatte takılmalıdır. Uyku sorunu olanlarda ve uyku sorununa neden olduğunda uyku öncesi çıkarılabilir. Uykuda çıkartma, sabahları yoksunluk belirtilerine neden olacağından ve sabah takılacak bandın etkisi uzun süre alacağından tercih bantların 24 saat süreyle kullanılmasıdır. Fakat gece çıkarılmasının tercih edilmesi durumunda, ertesi sabah yeni bant uyanır uyanmaz takılmalı, nikotin sakızıyla kan nikotin düzeyini daha hızlı yükseltme yolu seçilmelidir.

Yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde cilt reaksiyonları, taşikardi, aritmi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri bulgular, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik görülebilir.^{19,21}

Transdermal nikotin bant tedavisine ek olarak hangi davranışsal destek yöntemi kullanılırsa kullanılsın bırakma başarısı ikiye katlanır.²⁸ 724 sigara içicinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, içiciler 21, 14, 7 mg'lık nikotin bantları veya plasebo-

yu 10 hafta kullanacak şekilde randomize edilmişlerdir. Uzun vadede (48-62 aylık süreçte) sigarayı bırakmış kalma oranları 21 mg bant kullananlarda (%12.4) plasebo alanlardan (%4.5) anlamlı derecede yüksek bulunmuş iken, 14 mg (%5.5) ve 7 mg'lık (%4.7) bant ile plasebo grubu (%4.5) arasında devamlı bırakma oranları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu 21 mg nikotin bant tedavisinin uzun dönemdeki etkinliğini desteklemektedir.^{19,21,24,25}

Nikotin Sakızı

Ülkemizde 2 mg, naneli/meyveli formları mevcuttur. Önerilen doz: günde en çok 24 parçadır (25 sigaradan az içenler 2 mg, daha fazla içenler 4 mg). Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Tek sakız bir saat çiğnenmelidir. 1-2 dk yavaş çiğnenip, yanak mukozasında bekletilir "çiğne ve parket". 15 dk öncesinde ve çiğneme sırasında bir şey yenmemelidir. Sakızlar, düzenli kan nikotin düzeyi sağlayamadığından, çiğneme sıklığı ve miktarını genellikle kişiler kendi ihtiyaçlarına göre belirlemektedir. İki sakız arasında en az yarım saat ara olmalıdır. Nikotin sakızının, banda göre bir avantajı kişinin sigara içme isteği olduğu zaman kullanılmasıdır. Ancak günde en az 8 adet sakız çiğnenmelidir. Önerilen doz saat başı bir tane olmalıdır.¹⁹

Özellikle bırakmanın ilk günlerinde, uyanır uyanmaz takılacak bantın etkisi başlayınca kadar, kan nikotin düzeyini daha hızlı yukarı çekerek yoksunluk belirtilerini önlemek amacıyla da kullanılır.

Ağızda acılık hissi, hıçkırık, dispepsi, çene ağrısı, bulantı, kusma en sık bildirilen yan etkileridir.²⁹

NİKOTİNİN DİĞER FORMLARI

Nikotin Nazal Sprey

Bir doz, her iki burun deliğine bir püskürtmedir. Her püskürtmede 0.5 mg nikotin alınmış olur. Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Maksimum günlük doz 40 mg'dır.

- 3-6 ay süreyle kullanılabilir.

■ En yüksek plazma düzeyine 5-10 dakikada ulaşır.

■ En sık karşılaşılan yan etkileri burun ve boğaz irritasyonu, öksürük, aksırık, sürekli göz ve burun akıntısı, sinüzit, çarpıntı ve bulantıdır. Bu tedavi yönteminde uzun süreli kullanımda bu sefer de nasal nikotin spreyine bağımlı kalan olgular bildirilmiştir.¹⁹

Nikotin İnhaler

Her inhalasyon kartuşlu 10 mg nikotin içerir. Her bir inhalasyonla 13 µg nikotin alınır. Bir kartuş ortalama 80 inhalasyon sağlar. Başarılı bir sonuç için 6-16 inhalasyon kartuş/gün kullanılması önerilmektedir. Özellikle elinde bir şeyler bulundurma ihtiyacı olan bağımlılar için en iyi seçenek olabilir, çünkü çok sık kullanım gerektirir.

- Büyük kısmı ağız mukozasından emilir.
- 3-6 ay süre ile kullanılabilir.
- 20 dakikada en yüksek plazma düzeyine ulaşır.
- Genellikle iyi tolere edilir, geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en sık görülen yan etkisidir. 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.

Nikotinin bunlardan başka sublingual tablet ve pastil formları da bulunmaktadır.³⁰

NİKOTİN İÇERMEYEN İLAÇ TEDAVİSİ

1. basamak ilaçlar

- Bupropion
- Vareniklin

2. basamak ilaçlar

- Klonidin
- Nortriptilin
- Rimonabant
- Nikotin aşısı

Bupropion

Bupropion; trisiklik olmayan bir antidepresan olup, kullananlarda sigarayı bırakma oranını plaseboya göre anlamlı derecede yükseltmektedir. Tek başına kullanılabilirdiği gibi nikotin yerine koyma tedavileri ile birlikte de kullanılabilir.

Bupropion; dopamin, noradrenalin ve serotonin geri alınımının zayıf inhibitörüdür. Sigaranın bırakılmasındaki yararlı etkisinin nasıl oluştuğu net olarak bilinmemekte ancak noradrenerjik ve/veya dopaminerjik mekanizmalarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Sigara kullanımı ve bağımlılığının tedavisinde ilk tercih edilecek ilaçlar grubundadır.

En sık görülen yan etkileri ağız kuruluğu (%10), baş ağrısı ve uykusuzluktur (%35-40).

Eczanelerde 150 mg'lık tabletleri bulunmaktadır. Bupropion 300mg/gün dozunda 8 hafta süresince kullanılmalıdır. Tedavi, gerekirse 6 aya kadar sürdürülebilir. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanılmalı, ilk 3 gün süresince günde 1 kez 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2 x 1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenmelidir. Tedavinin 7-14. günlerinde belirlenmiş olan bırakma gününde hasta sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür. Kilo alma sorunsu, daha önce nikotin yerine koyma tedavisi denenmişse, depresyonu varsa öncelikle tercih edilebilir. Nikotin bandı ile birlikte kullanılması kanıt A düzeyinde önerilmektedir.¹⁹

Kontrendikasyonlar

- Epileptik nöbet geçirme öyküsü olanlar
- Anoreksiya nervoza ve bulimia gibi yeme hastalığı olanlar
- Son onbeş gün içinde MAO inhibitörü bir antidepresan ilaç kullanmış olma
- Epileptik nöbet geçirme eşliğini düşüren (Antipsikotik, antidepresan, teofilin, sistemik steroidler gibi) ilaçlar kullanılıyorsa, bupropion kullanımını konusunda dikkatli olunmalıdır.
- Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde kullanımında da çok dikkatli olmalı ve düşük dozu kullanılmalıdır.

Bupropion ile yapılmış 53 çalışmanın meta-analizinde ilacı tek başına kullananlarda sigara bırakma başarısını yaklaşık 2 kat artırdığı (OR= 1.94, %95 Güven Aralığı (CI): 1.72-2.19) gösterilmiştir. Bupropion tedavisine NYKT eklenmesi tedavi başarısını anlamlı olarak artırmamaktadır. İlacın uzun süreli kullanımının relaps önlemedeki etkinliği kanıtlanamamıştır.^{31,32}

Vareniklin

Vareniklin, nikotik asetilkolin $\alpha 4\beta 2$ reseptörlerinin kısmi agonisti ve antagonistidir. Vareniklin $\alpha 4\beta 2$ reseptörleri uyararak nikotik agonist etki ile nukleus akkumbensden dopamin salınımına yol açar. Vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile sigara içme isteğini azaltırken, yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını da engellemektedir. Vareniklin kullanımı sırasında yapılan sigara kaçamakların keyif vericiliği de azalmaktadır.

Bulantı, uykusuzluk, anormal rüya görme, baş ağrısı, halsizlik, meteorizm ve tat alma bozukluğu en sık görülen yan etkileridir.

Tedaviye bupropion gibi sigara bırakma gününden 7-14 gün önce başlamalıdır. İlk üç gün, günde bir kere 0.5 mg (0.5 mg/gün), sonraki dört gün günde iki kere 0.5 mg (1 mg/gün), 8. gün ve sonrasında günde iki kere 1 mg (2 mg/gün) verilir. Nüksleri önlemek için tedaviye en az 12 hafta boyunca devam etmek gerekir.

Bir meta-analizde vareniklinin plasebo ile karşılaştırıldığı 5 çalışma ve bupropion ile karşılaştırıldığı 3 araştırma ve 1 plasebo kontrollü relaps önleme çalışması incelenmiştir. Vareniklin kullanan kişilerde 12 ay sigara içmeden kalma başarısı plasebo alan olgulara göre 3.22 kat (CI %95: 2.43-4.27), bupropion alan olgulara göre 1.66 kat (CI %95: 1.28-2.16) artmış olarak bulunmuştur. İlacın ana yan etkisi çoğu kez hafif ve bazen orta şiddette bulantı olmakla birlikte Vareniklin kişinin uzun dönem sigara içmemiş kalma olasılığını hiçbir ilaç desteği almamış kişiyle karşılaştırıldığında ortalama 3 kat artırmaktadır. Vareniklin

kullananlarda depresyon ve anksiyete oluşma olasılığı artabilir. Daha önceden psikiyatrik bir hastalık öyküsü olan hastalarda bu konu dikkate alınmalıdır.³³

Sigara Bırakmada Dikkat Edilmesi Gerekli Gruplar

Gebeler: Gebelerde mümkünse ilaçsız bırakma yöntemleri tercih edilmelidir. Gebelikte sigara içmenin sürdürülmesinin tehlikesi, ilacı kullanmanın doğurabileceği zarardan daha çoktur. Aynı görüşler emzirme dönemi için de geçerlidir. Ancak sigara içmek anne ve bebek için büyük risk oluşturuyorsa aileye anlatılarak ve onayları alınarak NYKT'lerinden biri başlanılabilir.

18 yaş altı çocuklar: Bu grupta kısa görüşme ve motivasyonel yöntemler çok etkilidir. NYKT'leri başarılıdır.²¹

Kalp ve damar hastalığı olanlar: Bu hastalarda bupropion genellikle iyi tolere edilmektedir. Bazen nadiren oluşabilecek tansiyon yükselmeleri konusunda dikkatli olunmalıdır.^{19,21}

Kilo sorunu olanlar: Sigara bırakma kilo artışına neden olmaktadır. Özellikle kilo almaktan çekinen hastalarda bupropion ve 4 mg'lık nikotin sakızlarının kilo almayı geciktirdiği saptanmıştır.¹⁹

İLAÇSIZ TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

(FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ)

1. Davranışsal ve bilişsel yöntemler
2. Hipnoterapi
3. Akupunktur
4. Biyorezonans

Davranışsal ve Bilişsel Yöntemler

Hastanın sigarayı bırakma sürecinde karşılaştığı zorlukların üstesinden gelebilmesi için nikotin yerine koyma tedavilerinin yanında davranış tedavileri olarak ta adlandırılan bilişsel yöntemler yani "baş etme becerileri", "öfke kontrolü", "iletişim becerileri", "aile görüşmesi", "rahatlamaya yönelik gevşeme egzersizleri", "motivasyona yönelik çalışmalar" ve "hipnoz" gibi değişik tedavi metodlarından yararlanılabilir.²⁸

Beceri eğitimi ile relaps önlenmesi, uyarın kontrolü, hızlı içme teknikleri kanıta dayalı davranış tedavisi teknikleridir.

Beceri eğitimi, relaps önlenmesi tekniği

Can sıkıntısı, üzüntü ve öfke gibi yüksek riskli durumların tanımlanması, bunlarla baş etmek için plan yapılması ve uygulama alanında davranışsal ve bilişsel başa çıkma yollarının öğretilmesini içerir.

Uyarın kontrolü tekniği

Ortamda sigara kullanımını tetikleyen faktörlerin ortadan kaldırılması amaçlanır.

Hızlı içme tekniği

Bulantı oluşana kadar sigara içmeleri önerilerek sigara içmenin hoş duygu değil de kötü duygular yaratan bir eylem haline dönüşmesi amaçlanır.^{34,35}

TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ VE SİĞARA BIRAKMADA KULLANIMLARI

Hipnoz ve Hipnoterapi

Hipnoz da sigara bırakmayı kolaylaştırıcı, yardımcı bir tedavi metodudur. Bilindiği gibi davranışlarımızın oluşmasını sağlayan şey düşüncelerimizdir. Düşüncelerimizi ortaya çıkaran kaynak da bebekliğimizden beri bilinçaltına kaydolmuş olan bilgilerimiz ve yargılarımızdır.

Herkesin bildiği gibi tıpta psikosomatik dediğimiz bir hastalık grubu vardır. Bu hastalıklar arasında ülser, alerjiler, astım ve diğer birçok otoimmün hastalık sayılabilir. İnsan doğası gereği karşılaştığı duygusal olaylardan kolayca etkilenir ve bu etkilenme, vücutta çeşitli hastalıklar şeklinde kendini gösterebilir. Hipnoz insanın duygularını telkin ve imajinasyon yoluyla değiştirebilme sanatıdır. Hipnoz duygusal kökenli hastalıklarda, fobilerin iyileştirilmesinde, kekemeliğin tedavisinde ve psikolojik bağımlılıktan kurtulmada bu nedenle işe yaramaktadır.

Hipnoz aynı zamanda dikkati toplamanın etkin bir yoludur ve kişinin bilinçaltına yerleşmiş olan önyargılar ve şartlanmalar nedeniyle sigarayı

bırakamayacağına olan inancını değiştirebilmesine ve kendine güven duygusunu artırarak sigarayı bırakabileceğine olan inancının güçlenmesine olanak tanımaktadır.

Hipnoz hastalıkları tedavi veya alışkanlıklardan kurtulmak için kullanılmasına hipnoterapi denir.³⁶ Hipnoterapi ile yani hipnoz kullanılarak sigara bırakmak isteyenlerin motivasyonu artırılabilir. Hipnoz doktorların elinde kullanıldığında etkili bir araçtır ve ilaçlarla birlikte kullanıldığında sigara bırakmanın başarısını ve kalıcılığını artırabilmektedir.²⁵ Ancak sigara bırakma tedavisinde hipnozun araştırıldığı kontrolü ve iyi düzenlenmiş çalışmalar yoktur ve bu konuda araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.²¹ Bu nedenle de rehberlerde yer almamaktadır.

Akupunktur ve Biorezonans

Akupunktur ile ve buna benzer fizyolojik prensiplerle etkili olduğu söylenen biorezonans yöntemleriyle sigarayı bırakmanın plaseboya göre yararlı olabileceği yapılan bazı bilimsel çalışmalara göre gösterilmiş olmasına rağmen geniş popülasyonlu plasebo kontrollü çalışmalar olmadığı için sigara bırakma rehberlerinde önerilmemektedir.

SONUÇ

Sigara bırakma polikliniklerinde, sigara bırakmak isteyenlere yönelik olarak sigara bırakma görüşmesi yapılması, nükslerin önlenmesi, sürecin kalıcı olması için birinci derecede önemlidir. İkinci önemde ilaç tedavisi yaklaşımlarıdır. Üçüncül olarak bu tedavilere ek olarak veya tek başına uygulanabilen hipnoz, akupunktur ve biyorezonans gibi tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanılması mümkündür.

Sigara bırakma sürecinin ne kadar zor ve karmaşık bir süreç olduğunu bu konu ile uğraşanlar oldukça iyi bilmektedirler. Bu sürece katkısı olabilecek bilimsel temeli olan her yöntem, önyargısız olarak incelenmeye ve araştırılmaya değer görülmelidir. Sigara içen ve bırakmak isteyen ki-

şilere değişik seçenekler sunulması gerekir. Ancak henüz bilimsel olarak etkinliği yüzdeyüz kanıtlanmamış yöntemler konusunda yönlendir-

me veya körü körüne karalama yapmadan hastalar bilgilendirilmeli ve seçim hastaya bırakılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO). Tobacco or Health: a Global Status Report. Geneva, World Health Organisation, 1997: 1-32.
2. Volpp GK, Troxel AB, Pauly MV et. al. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med* 2009; 360:699-709.
3. Tobacco Control Policy, Ed. J. Beyer and LW. Bridgen, World Bank and RITC (Research for International Tobacco Control), 2003.
4. Educating Medical Students About Tobacco, Ed. R. Richmond, IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease), Paris, 1996.
5. Shahab L. Epidemiology of smoking: A growing concern. *Mirawitiles M. Editor. Hot Topics in Respiratory Medicine*. 2008. 8: 7-14.
6. Bilir N, Aslan D. Tütün Kontrolünde Doktorların Rolü. *STED* 2006; 15 (5): VIII-X.
7. Role of Health Professionals for Tobacco Control, WHO, 2006 (çev. Bilir N, Telata G. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü. WHO, 2005).
8. Emri S. Sigara Bırakma Yöntemleri, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2002; 33: 10-19.
9. Rodgman A, Perfetti TA (edit). The chemical components of tobacco and tobacco smoke. First edition Newyork Taylor and Francis group 2009: 42-45.
10. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950; *BMJ* 2000; 321: 323-329.
11. Lee PN, Forey BA (edit). Induction of asthma – methods and general considerations. In: The role of environmental tobacco smoke in asthma induction and exacerbation in children and adults. First edition. Newyork. Nova Science Publisher 2007: 145-149.
12. Treating Tobacco Use and Dependence, US Department of Health and Human Services, 2000.
13. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on role of nucleus accumbens. *Nic Tob Res*. 2004; 6: 899-912
14. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence; A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 1989;12: 159-182.
15. Fagerström K. New perspectives in the treatment of tobacco dependence. *Monaldi Arch Chest Dis*.2003; 60: 179-183.
16. The Relationship of Smoking Cessation to Coronary Heart Disease and Lung Cancer in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Am J Public Health*. 1990; 80:954-958.
17. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking Reduction, Smoking Cessation, and Mortality: A 16-year Follow-up of 19,732 Men and Women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies *Am J Epidemiol* 2002;156:994-1001.
18. Fletcher CM, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977; 1:1645-1648.
19. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Clinical Practice Guideline. Executive Summary*. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
20. Demir T. Sigara bırakma polikliniğinin yapılması Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. *Tütün ve Kontrolü*. Toraks Kitapları, Türk Toraks Derneği. AVES Yayıncılık İstanbul. 2010: s.439-444.
21. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. *NICE Public Health Guidance* 10: 2008.
22. Bilir N. Sigarayı bırakma metodları, önemi ve ülkemizdeki durum. Tuncer AM, editör. *Türkiye'de kanser kontrolü*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara. 2007 s.181-189.
23. Sigara Bırakma Tedavisi. Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu. <http://www.toraks.org.tr/sub/sigarahekim.pdf>
24. Demir T. Farmakolojik Tedavi(Nikotin yerine koyma tedavileri). Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. *Tütün ve Kontrolü*. Toraks Kitapları, Türk Toraks Derneği. AVES Yayıncılık. İstanbul. 2010: s.460-466.
25. Uzaslan E. Farmakolojik Tedavi(Nikotin içermeyen farmakoterapi). Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. *Tütün ve Kontrolü*. Toraks Kitapları, Türk Toraks Derneği. AVES Yayıncılık. İstanbul. 2010: s.467-473.
26. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55: 281-299.
27. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006, 6:300 doi:10.1186/1471-2458-6-300.
28. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2005; 53(4): 354-361.
29. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* 2002;(4): CD 000146. Update in: *Cochrane database Syst Rev* 2004;(3): CD 000146.
30. Watkins SS, Koob GF, Markau A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *NicotineTobacco Research* 2000;2:19-37.
31. K Simon, JA, Duncan, C, Carmody, TP, Hudes, ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1797-1803

32. Brody AL, Mandelkern MA, Lee G, Smith E, Sadeghi M, et al. Attenuation of cue-induced cigarette craving and anterior cingulatecortex activation in bupropion-treated smokers: a preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2004; 130: 269-281.
33. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1): CD006103.
34. R Mallin. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. *Am fam Physician* 2002;65: 1107-1114.
35. Uzaslan E. Sigaranın bırakılmasında hekimin rolü ve sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaya yaklaşım. *Akciğer Arşivi* 2003; 4: 225-234.
36. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S et. al. Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10: 811-818.