

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE
KULLANILAN YÖNTEMLERİN
BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

DR. ALEV KARARLI BİNGÜL

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. CAN ÖZTÜRK**

ANKARA-2006

TEŐEKKÖR

Tezimin hazırlanmasında yakın desteğini gördüğüm tez hocam Prof. Dr. Can Öztürk'e, tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen Uzm.Dr. Ahmet Selim Yurdakul'a, sigara bırakma ünitemizde verilerin toplanması sırasındaki yardımlarından dolayı psikolog Emel Özarıslan'a, asistanlığım süresince eğitime katkılarından dolayı değerli hocalarıma, asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım ve diğer klinik çalışanlarına, ihtisasım sırasında kaybettiğim canım anneme ve bana her zaman destek olmuş olan aileme teşekkür ederim.

Dr. Alev Kararlı Bingöl

İÇİNDEKİLER

Sayfa Nu.:

1-GİRİŞ	1
2-GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sigaranın Epidemiyolojisi.....	4
2.2.Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Olan Etkileri	5
2.3.Nikotin Bağımlılığı.....	9
2.4.Nikotin Yoksunluğu.....	14
2.5.Nikotin Bağımlılığı Tedavisinde Hekimin Rolü	16
2.6.Sigara Bırakma Poliklinikleri	21
2.6.1.Sigara Bırakma Polikliniklerinin İşleyişi ile İlgili Genel Bilgiler	21
2.6.2.Hazırlık Dönemi.....	31
2.6.3.Davranışçı Terapiler.....	33
2.6.4.Farmakolojik Tedavi Uygulamaları	36
2.6.5.Takip	46
3-GEREÇ VE YÖNTEM	48
4-BULGULAR	54
5-TARTIŞMA VE SONUÇ	66
6-ÖZET.....	75
7- ABSTRACT	76
8-KAYNAKLAR.....	77

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerikan İlaç Dairesi
RİDKOÖ	: Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği
GOLD	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
CO	: Karbonmonoksit
EKG	: Elektrokardiyografi
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NNS	: Nikotin Nazal Sprey

1.GİRİŞ

Dünyada her 8 saniyede bir kişinin ölümüne neden olan sigara (1) ile mücadele, günümüz tıbbının en önemli konularından biri durumuna gelmiştir. Bu mücadele kapsamında öncelik sigaraya başlama oranlarını azaltmaya yönelik stratejiler geliştirmek olmakla beraber, içenlerin sigarayı bırakması için tedavi yöntemi geliştirme çabaları da sürmektedir.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan dolayı vaktinden erken ölmektedir ve 2030 yılına ulaşıldığında bu sayının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir (122). 2020’li yıllarda dünyada sigaraya bağlı olan ölümlerin %70’inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı hesaplanmaktadır (122). Çünkü sigara tüketimi sadece gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir.

Sigara dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde de olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde erişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. 1988 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Raporuna göre, sigara içme oranları 15 yaş üzeri erkeklerde %62.8, kadınlarda ise %43.6’dır (109). Ülkemizde hala sigara nedeniyle ölen insan sayısının, trafik kazalarından ölenlerin sayısının yaklaşık 10 katı olduğu tahmin edilmektedir (107). Türkiye’de erken ölümlere yol açan kalp hastalıkları, kanser ve beyin damar hastalıklarının da en önemli nedenlerinden biri sigara kullanımıdır. Sigara aynı zamanda bu hastalıkların önlenabilir, kontrol edilebilir nedenleri arasında başta gelmektedir.

Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedirler. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır (111). Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan İlaç Dairesi (FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Başta Göğüs hastalıkları hekimleri olmak üzere tüm hekimler sağlık kurumlarına başvuran hastaların sigara içme durumlarını mutlaka sorgulayıp, hastasına sigarayı bırakmasını önermeli, bırakma konusunda hastasını yönlendirip, gerekli farmakolojik tedaviyi hastasına uygulamalıdır. Sigaranın bırakılması döneminde ve sonrasında hastasını izleyip desteklemelidir.

Gençleri de içine alan bir sigara bırakma programı toplumda tütün kontrolünde hızlı ve büyük yarar sağlayan bir yöntemdir (80). Sigara dumanı içinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde içerir (6). Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir (6). Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (110). 50 yaşından önce bırakanlar, sonraki 15 yılda sigaraya bağlı hastalıklardan ölme risklerini % 50 azaltırlar. Kişisel ve sağlık sistemi bazında yapılacak en önemli girişimlerden biri sigara bırakmaktır. Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. Sigaranın ülkemize verdiği zarar ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır (56). Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (77). Sigara bıraktırma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5

iken poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir (56). Bu yüzden sigara bıraktırma poliklinikleri önemlidir.

Günümüzde sigara bıraktırma polikliniklerinde önerilen 2 tedavi yaklaşımı bulunmaktadır. Bunlardan biri farmakolojik tedavi, diğeri ise davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisidir (85). Yapılan çalışmalar her ikisinin de tek başına etkili olduğu ancak birlikte kullanıldığında başarı oranının arttığını göstermektedir.

Sigara bıraktırma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarısı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bugün için sigara bırakma ünitelerinin en büyük amacı tüm sigarayı bırakmak isteyen tiryakilere sigarayı bir daha başlamak üzere bıraktırmaktır.

Bu çalışmada sigara bıraktırma ünitesine başvuranlarda başarı oranları ve bu başarı oranlarına yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durumu, kaç paket yıl sigara içtiği, fagerström nikotin bağımlılık skoru, daha önce sigarayı bırakıp bırakmadığı ve bıraktıysa süresi ve nasıl bıraktığı, evde beraber yaşadığı kişilerden sigara içen olup olmadığı, alkol, madde bağımlılığı, diğer nikotin kaynakları, herhangi bir sağlık probleminin olup olmadığı, sigara bırakma nedeninin etkisi ile, Rotter'in iç dış kontrol ölçeği (RİDKOÖ) testinin skorunun etkisinin araştırılması, ayrıca kullanılan farmakolojik yöntemlerin cinsi ve süresi ile bunların başarıya etkisi, sigara bırakma sonrası depresyon ve kilo alımı oranlarının retrospektif olarak araştırılması planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SİGARANIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Sigara, tüm ülkeler için en önemli sağlık problemidir. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafya, dünya tütün tüketiminde birinci sırayı almaktadır. Dünyada her yıl 4 milyon insanın ölümüne neden olan sigara kullanımı, yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tarafından kullanılıyor olup, bunların %80'i orta ve az gelişmiş ile gelişmekte olan ülkelere aittir (59). Sigara tüketimi sadece gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelere artmaya devam etmektedir.

Sigara, dünyada her 8 saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. DSÖ verilerine göre her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan dolayı vaktinden erken ölmektedir ve 2030 yılına ulaşıldığında bu sayının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir (122). 2020'li yıllarda dünyada sigaraya bağlı olan ölümlerin %70'nin gelişmekte olan ülkelere olacağı hesaplanmaktadır (122). Sigara içme oranlarının bugünkü seviyelerde devam etmesi durumunda önümüzdeki 30 yıl içinde sigara nedeniyle ölümlerin; kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), tüberküloz, trafik kazaları, anne ölümleri, intihar ve cinayetlerin toplamından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (1).

Gelişmekte olan ülkelere sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (121). 1999'da yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelere 13-15 yaşları arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında

olduğu tespit edilmiş (116). Günümüzde erişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlası 18 yaşından önce başlamaktadır (110).

Ülkemizde ise farklı çalışmalarda gençlerde ortalama sigara başlama yaşları 11-18 yaş arasında bulunmuştur (21,58,60,62). 1988'de yapılan bir araştırmaya göre 15 yaş üzeri sigara içme prevalansı %43'tür (erkeklerin %63'ü, kadınların %24'ü) (79). Yakın zamandaki bir başka çalışmada ise, ülkemizde 20 yaş üzeri populasyon da erkeklerde %50.9, kadınlarda %10.9 içicilik saptanmıştır (94). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (104, 108). Ülkemizin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak öngörülmektedir (123).

2.2. SİGARANIN GENEL SAĞLIK ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4.000'den fazla madde içerir. Ana akım dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 mL'de 0.3–3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5 mm.dir, yani solunabilir düzeydedir (6).

Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (78). 1990 yılında tüm dünyada hastalıklara bağlı ölüm oranı %2.6 iken, 2020

yılında sadece tütüne bağlı hastalıklardan oluşacak ölüm %9 olarak tahmin edilmektedir (74). Sigara direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir (79). Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir. Sigara 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir (4).

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Sigara içenlerde birçok solunum fonksiyon bozukluğu geliştiği saptanmıştır. Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır (5). Proteolitik ve anti-proteolitik dengesizliğine, bronş aşırı duyarlılığına yol açtığı ve inflamatuvar etkilere yol açtığı gösterilmiştir (40). Sigara içenlerin %10-15'inde klinik olarak belirgin hava akım kısıtlanması ortaya çıkar. 1964'teki "Surgeon General" raporu ilk kez resmi olarak, sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindendir; tüm dünyada yıllık 1.3 milyon ölümle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir (18). 1991'de ABD'de 161.000 akciğer kanseri olgusu, 143.000 akciğer kanseri ölümü saptanmıştır (18). Ülkemizde yapılmış ilk popülasyona dayalı kanser kayıt çalışmasına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38.6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaştırılmış insidans hızı 61.6/100.000'dir (26). Türkiye'deki en büyük veri serisine göre olguların %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadındır ve %79.5'i küçük hücreli olmayan

akciğer kanseri (KHDAK), %20.5'i küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK)'dir (33). Ülkemizde yılda 20.000-40.000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olabileceği tahmin edilmektedir (66).

Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir (40). Genellikle bu bölgelerde kanser gelişme riski akciğer kanseri riskinden daha azdır. Belirgin olarak sigara içenlerde sigara ile ilişkili bir kanser ortaya çıktığında ikincil bir sigara ile ilişkili kanser çıkma riski daha fazladır. Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler (57).

Birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (40). Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'nın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (40). Birçok çalışma sigaranın hem kadın, hem erkekte inmelere yol açtığını göstermiştir. Sigara içenlerdeki inme riski içmeyenlerden 2 kat fazladır. Bu risk doza bağlıdır ve gençlerde daha güçlüdür (110).

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebekleri ortalama 200-250 gr daha hafiftir ve daha erken doğma olasılıkları daha yüksektir. Bundan başka, ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri saptanmaktadır. Emziren anne sigara

içtiğinde sütle bebeğine nikotin geçirmektedir (112). Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur. Annenin sigara içimi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir (112). Sigara içmeyenlere göre içen kadınların kısırlık riski daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir (40). Sigara içen bayanların amenore, adet düzensizliği, dismenore (ağrılı adet) ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1-2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmaktadır (40). Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır (69).

Mide ve duodenum ülserleri sigara içenlerde içmeyenlerden 2 kat daha fazladır. Sigara içimi yüzde erken yaşta kırıksıklıklar oluşması, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Miyastenia Graves Hastalığı, katarakt, maküler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkili olabilir. Tütün dumanı içerikleri propranolol, propoksifen ve teofilin gibi ilaçlarla etkileşebilir (40).

Sigara içenlerde hem romatoid artrit, hem romatoid akciğer tutulumu riski artmıştır. Sigara içicilerin katarakt riski ve yaşla ilişkili maküler hasar riski artmıştır . Anksiyete (huzursuzluk) bozuklukları, bulimia (psikojenik aşırı yeme ve kusma), depresyon, dikkat azlığı bozuklukları ve alkolizm görülen kadınlarda sigara içme oranları daha fazla bulunmaktadır. Bu bozukluklarla sigaranın ilişkisi araştırılmaktadır. Son 20 yılda yapılan araştırmalar sigaranın daha fazla cilt kırıksıklıklarına neden olduğu ve içenlerin daha az etkileyici ve daha yaşlı görünmelerine yol açtığını kanıtlamıştır (40).

Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir . Dünya genelinde her yıl 600.000 masum insan başkasının dumanından ölmektedir. En önemli zararları çocuk ve gebelerdir (69). Ülkemizde her yıl 8.750 kişinin başkasının dumanından öldüğü tahmin edilmektedir (56).

2.3. NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

DSÖ'nün tanımına göre her gün en az bir kez bir tütün ürününü içen kişiler günlük düzenli içicidir. Herhangi bir tütün ürününü içen ama bu işi her gün yapmayan kişilerde düzensiz içicidir. 1997 yılına ait verilere göre Türkiye'de yetişkin erkeklerin %51'i, kadınların ise %49'u günlük düzenli içicidir (10).

Nikotin emildikten sonra hızla beyni etkiler (10, 68) ve sigara kullanımında bağımlılığa neden olan başlıca ajandır (9). Pamerleau kötü kullanıma uygun olduğu ve bağımlılık yaptığı bilinen diğer maddeler gibi nikotinin etkilerinin de Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'ne olan etkisi yoluyla ortaya çıktığını; MSS üzerine olan etkisinin öforizan olduğunu ve doza bağımlı olarak değişiklik gösterdiğini belirtmiştir (82). Sigarayla alınan nikotin arteriyal dolaşımdan hemen emilmekte ve MSS'ne 15 saniyede ulaşmaktadır. Davranışsal ve kardiyolojik etkiler birkaç dakikada açığa çıkar. Nikotin karaciğerde yıkıma uğrar ve yarı ömrü 2 saattir (46). Bir sigara içildikten sonra plazma nikotin seviyesi hızlıca yükselerek yaklaşık 1mg / ml oranına ulaşır, bunu takiben dolaşımdaki katekolaminlerin düzeyinde de artış olur. Sigara içimi bittikten sonra ise hem nikotin hem norepinefrin seviyesi hızla düşer (7).

Nikotin insan beyinde zona kompakta, substantia nigra, ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlenmesini arttırmaktadır (37,72). Bu alandaki etkiler nikotinin emosyonel durum üzerindeki etkilerini açıklamaktadır (17, 93). Nikotinin mezolimbik sistemi aktive etmesinin bağımlılıkla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür, bu merkez ödül mekanizmaları içinde yer almaktadır (17, 93). Ödüllendirme etkileri sigara için olumlu pekiştirme sağlarken, sigarayı kestikten birkaç saat sonra başlayan ve 4 haftaya kadar süren yoksunluk semptomları ise olumsuz pekiştirmeye neden olmaktadır (68,76,81).

Nikotinin locus sereleustaki norepinefrin düzeylerinde yaptığı değişiklik sempatik tonusun ayarlanmasını sağlamakta ve böylece seçici dikkat ve konsantrasyon üzerinde etkili olmaktadır. Nikotin MSS’de asetil kolin salınmasını arttırarak bellek ve işlevsel performansı etkilemekte (81), ayrıca santral dopamin kullanımını arttırma yoluyla “haz” almayı arttırmaktadır. Norepinefrin ve beta endorfinlerdeki artışın da bu etkinin oluşmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Beta endorfinler vagal refleksleri potansiyelize ederek solunum hızında, kan basıncında ve anksiyetede azalmaya yol açarlar (68,81,93).

Nikotin bağımlılığının genetik yatkınlığı ise santral sinir sisteminin nikotin duyarlılığı ve nikotin’e yanıtı genetik özellikte olmasına bağlıdır ve yatkınlık yoksa bağımlılık olmamaktadır. Toplumun yaklaşık % 10’u yatkın değildir. CYP2A6 gen mutasyonu veya nikotinik reseptör azlığı suçlanan genetik faktörlerdendir.

Sigara içmeye bağlı hem gıda alımı azalır, hem enerji kullanımı artar bunların sonucu kilo azalması görülebilir (115). Sigara içiminin 24 saatlik enerji tüketimini %10 kadar arttırdığı bildirilmiştir (45, 93). Dopamin ve norepinefrinin açlık hissinde azalmaya yol açarak kilo alımını engellediği düşünülmektedir, son dönemde yapılan çalışmalarda bu konuda

serotoninin de rolü olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (68). Sigara kullananlarda uykuya dalma gecikmekte; kullanılan sigara sayısı arttıkça günlük uyku süresi de azalmaktadır (47, 107).

Bugüne kadar insanların neden sigara içtiğı ile ilgili olarak dört psikolojik teori ileri sürülmüştür. Bunlardan birincisi bunun bir alışkanlık olduğu şeklindedir. İkinci teori sigara içmenin çocukluktan beri bilinç altında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağı olduğunu ileri sürer. Üçüncü teori sigara içmenin özellikle düşük derecede benlik kontrolü olan kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu iddia eder. Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığını ve bu konularda objektif olarak yanlış yapmış olsalar dahi buna uygun davrandıklarını veya davranmaya çalıştıklarıdır (37, 93).

Nikotinin farmakolojik etkileri alınan sigara dumanının niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağıdır. Maddeyi kullanmanın farmakolojik nedenleri duygu durumu veya işlevsellik üzerine yaptığı pozitif etkiler olabilir (68, 107). Keyif verme, uyanıklığı artırma ve gevşemeyi sağlama sigaranın pozitif etkileridir (53). Ayrıca pek çok kişi anksiyete ve stres gibi rahatsız edici durumlardan kurtulmayı, açlık duygusunun azalmasını ve nikotin kesilme belirtilerinin ortaya çıkmamasını da sigaranın pozitif etkileri arasında sayar (115).

Sigara bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanında, öğrenilmiş veya şartlanılmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir. Alınan maddenin pekiştirici farmakolojik etkilerinin belli duygu durumu veya çevresel faktörlerle ilişkilendirilmesi şartlanmadır. Örneğin, pek çok insan sigarayı belli durumlarda (yemek

sonrası, çayla, alkolle beraber) içer. Şartlanma mekanizmasının sigara bağımlılığında önemli olduğu düşünülmektedir (88). Sigaraya başlama yaşının genelde adolesan dönemde olması, bu dönemde özellikle depresif duygu durumu, okul başarısında azalma, düşük benlik algısı ve başkaldırma - isyankarlık tablolarının sıklıkla görülebilmesi de sigara bağımlılığında kişilik yapısı ve sosyal etkilerin önemini göstermektedir (46, 93).

Nikotin ile ilişkili bozukluklar DSM IV’de nikotin bağımlılığı ve yoksunluğu olmak üzere 2 grup altında toplanmaktadır. DSM IV’deki tanımlamaya göre maddeye bağlı problemlere rağmen kişinin madde almayı sürdürmesi söz konusudur. Bu nikotin için de geçerli olup bağımlıların %50’si sigaraya bağlı hastalıklardan yaşamlarını yitirmektedirler. Nikotin kötüye kullanımı DSM IV’de yer almamaktadır. Kötüye kullanım için fiziksel problemler yerine psikososyal problemlerin bulunması şartı aranmaktadır (51). ICD 10’da (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) ise kötüye kullanım vardır. Bağımlılık tanısı koymak için gerekli süre ICD 10’da 1 yıl iken DSM IV’ de 1 aydır (2, 93).

DSM IV Madde Bağımlılığı Kriterleri (51):

12 aylık bir dönem içinde her hangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanım örüntüsü :

(1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması :

- (a)** Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi

- (b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılmasıyla belirgin olarak azalmış etki sağlanması

(2) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması

- (a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu

- (b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak yada kaçınmak için aynı madde (yada yakın benzeri) alınır.

(3) Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda yada daha uzun bir dönem süresince alınır.

(4) Madde kullanımını bırakmak yada denetim altına almak için sürekli bir istek yada boşa çıkan çabalar vardır.

(5) Maddeyi sağlamak (örn. çok sayıda doktora gitme yada uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn. birbiri ardı sıra sigara içme) yada maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

(6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler yada boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır yada azaltılır.

(7) Maddenin neden olmuş yada alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan yada yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik yada psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür .

2.4. NİKOTİN YOKSUNLUĞU

Sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan belirtileri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır; ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğunda aynıdır. Bunlar arasında sigara arama davranışı, iritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, sabırsızlık, somatik yakınmalar, insomni, açlık hissinde ve yemek yemede artışa bağlı kilo alma vardır. Semptomların ortaya çıkmasında bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal ve ekonomik düzeyinin herhangi bir rolü olmadığı saptanmıştır (12,39,93).

Yoksunluk belirtileri sigara bırakmayı takip eden 1-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4.haftalarda sonlanır. Ancak sigara içicilerinin %40'ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü bildirilmiştir. Sigara içmek için şiddetli istek duyma ve kilo alımı gibi yakınmalar 6 ay veya daha uzun süre devam edebilmektedir (46). Major depresyon yada anksiyete bozukluğu olanlarda yoksunluk belirtileri daha şiddetli olur. Özellikle major depresyon öyküsü bulunanlarda sigara bırakılmasının neden olduğu depresif belirtiler belirgindir (53,65,93).

DSMIV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri (2)

A. En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması

B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (yada daha fazlasının) ortaya çıkması:

1. Disforik ya da depresif duygu durumu
2. İnsomnia
3. İrritabilite, sinirlenme yada öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşüncelerini yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında azalma
8. İştah artması yada kilo alma

C. B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, mesleki alanlarda yada önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Nikotinin yoksunluk belirtileri bir çok psikiyatrik hastalığı yada psikiyatrik ilaçların yan etkilerini taklit edebilir, maskeleyebilir yada arttırabilir (46). Örneğin artmış anksiyete gerçek bir yoksunluk belirtisi olabileceği gibi hastada zaten varolan anksiyetenin artık sigara tarafından baskılanmıyor olmasına da bağlı olabilir (53). Depresyon nedeniyle tedaviye alınan ve eş zamanlı olarak sigarayı bırakan bir hastanın 1 ay içinde 1- 2 kg alması hasta ve hekim tarafından antidepresan ilacın yan etkisi olarak değerlendirilebilir.

2.5. NİKOTİN BAĞIMLILI TEDAVİSİNDE HEKİMİN ROLÜ

Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyati Birliği, FDA gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Başta Göğüs hastalıkları hekimleri olmak üzere tüm hekimler sağlık kurumlarına başvuran hastaların sigara içme durumlarını mutlaka sorgulayıp hastasına sigarayı bırakmasını önermeli, bırakma konusunda hastasını yönlendirip, gerekli farmakolojik tedaviyi hastasına uygulamalıdır. Sigaranın bırakılması döneminde ve sonrasında hastasını izleyip desteklemelidir.

Sigara içenlerin %70 – 75'i sigarayı tamamiyla bırakmak istemektedir, %46'sı ise her yıl bırakmayı denerken, %70 içici de her yıl bu amaçla bir hekime baş vurmaktadır (2,46,113). Sigarayı bırakma pek çok diğer madde bağımlılıklarında olduğu gibi birinci derecede kişinin kendi isteği, kararı ve iradesiyle ilişkilidir. Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devam etmesini sağlamak için bireyi desteklemektir (19). Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir (115). Hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az 6 ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde hekimlerin sadece hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3- %13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13- %40) olarak saptanmıştır (45). Hamilelerin, pulmoner ve kardiovasküler hastalığı olan kişilerin hekimlerin yönlendirmesi ile sigarayı bırakma oranları diğer olgulara göre daha yüksektir. Hamilelerde

bu oran %1- 35 arasında değişmektedir. Hekimlerin desteği ile sigaranın bırakılma oranının akciğer hastalarında %10- 76 (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %31.5), kalp hastalarında %11- 73, (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %43) olarak bulunmuştur (45). Ani ölüm veya yakın bir zamanda ölüm korkusu sigaranın bırakılmasında en güçlü motivatörlerdendir (19). Yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmiş olguların hekimin desteği ile sigarayı bırakma oranı %60'a kadar yükselmektedir.

Sigaranın bırakılması sırasında kişilerin yaşadığı dört deneyim (dönem) vardır (24, 83, 113). Bunlar **düşünce öncesi**; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi bir şekilde düşünmediği dönem, **düşünme**; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğü ve planladığı dönem, **hareket**; kişinin sigarayı bırakmayı denediği ve bırakmaya çalıştığı dönem, **bırakmış kalma**; kişinin sigara içmeyi bıraktıktan sonra tekrar içmekten kaçınması ve bırakmış kalmasıdır.

Bütün bu dönemlerde hekim telkin ve desteğinin sigaranın bırakılması konusunda büyük önemi vardır. Hekim sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastasını, bırakması açısından uyararak bu konuyu ciddi olarak düşünme yönünde motive edebilir. Sigarayı bırakmaya hazır ve kararlı olan bir hastaya ise hekim sigarayı bırakma teknikleri ve programları hakkında bilgi vererek destek olabilir. Yani hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği bu konuda motivasyonu olmayan hastayı, bırakma konusunda motive etmek, bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek vermek, bırakma yöntemlerini öğretmek ve tıbbi destek vermektir (70). Hekimlerin bu konudaki desteği dört aşamada değerlendirilebilir: Sorgulama, Öneri, Tedavi ve İzleme (24,70,113).

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

Öneri; hekim çok net ve anlaşılır bir mesajla hastaya sigarayı bırakmasını önerir. Bu önerinin hastanın motivasyonunu güçlendirmesi için sigaranın zararları, kişisel risk faktörleri, sigarayı bırakmasının kendisine ve ailesine getireceği yararlar açıklanabilir. Kişilerin sigarayı bırakmasına destek olan motivasyon faktörleri farklıdır ve biri için geçerli olan neden diğerini hiç etkilemeyebilir. Elbette ki bir hastada sigaranın zararlarının genel olarak anlatılması veya bu zararların kendinin ve ailesinin sağlık durumu ile ilgili kurularak anlatılması farklı etkiler bırakır. Kişilerin sigarayı bırakmasındaki en önemli faktörlerin kendi sağlıklarını korumak ve çocuklarına iyi örnek olmak olduğu bildirilmiştir (53). Ancak; sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeni ile mortalite açısından büyük risk taşımalarına rağmen hala sigara içen (geçirilmiş miyokard infarktüsü hastalar, hatta Buerger hastalığı nedeniyle ekstremitelerini kaybedip sakat olmalarına rağmen sigara içmeye devam eden) kişiler vardır. Bu nedenle sigara ve sağlık ilişkisinin anlatılması birçok olguyu sigarayı bırakmayı denemesi konusunda motive etmeyebilir. Çünkü sigara içme alışkanlığının farklı komponentleri vardır. Bu nedenle klinisyen hastasının sigara içme alışkanlığının sürmesi durumunda ümitsizliğe kapılmadan önermeye ve destek olmaya devam etmelidir.

Tedavi; bu aşamada klinisyen sigarayı bırakmak isteyen hastasına bırakma yöntemlerinden birini önerir. Birçok hasta kendi başına bırakabildiği gibi, diğer yöntemlerden de (farmakolojik tedavi, grup psikoterapileri, vs) yararlanılabilir. Sigarayı bırakırken hastaya yardımcı olacak bu konuda yaşayabileceği problemleri açıklayan broşür, kitap vs verilebilir. Kişinin sigara ile birlikte yapmaya alışık olduğu, sigara ile özdeşleştirdiği aktiviteler; çay,

kahve, içki içmek, televizyon seyretmek, kitap okumak, el işi yapmak, arkadaş toplantıları gibi davranışları birlikte irdelenir. Çünkü sigaranın bırakılması aşamasında bu özdeş aktivitelerin devam etmesi sıkça sigara içme isteğini çağrıştıracaktır. Elbette ki bu durumda kişinin motivasyonu ve kararlılığı da çok önemlidir.

İzleme; bu dönemde hekim sigarayı bırakan hastasını belirli aralıklarla görmek üzere kontrole çağırır. İlk iki hafta içinde öngörüşme, bırakmayı izleyen ilk ay haftalık, bunu izleyen ilk üç ay ayda bir takiben 3., 6., 12. aylarda ise tekrar görüşmeler önerilmektedir. İlk yıl içinde hastanın izlenmesi mektup göndermek veya telefon görüşmeleri ile de sıklaştırılabilir. İzleme döneminde hastanın sigarayı bırakmış kalma durumu, motivasyonun devamlılığı, relapsa eğilimi değerlendirilir. Genellikle relapslar; sigaraya tekrar başlanması, sigara içmenin bırakıldığı ilk haftalar içinde olmaktadır (70). Sigarayı bırakan kişi ilk iki kontrolüne kadar sigara içmemişse bırakmış kalma olasılığı yüksektir. Ancak relapslar başarısızlık olarak değerlendirilmemeli ve tekrar bırakma yönünde kişi motive edilmelidir.

Hekime herhangi bir sebeple başvuran olgularla yapılan kısa süreli görüşmelerdir. Üç dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar yaptığı saptanmıştır. Bu yaklaşım adolosan, hamile bayanlar, yaşlı içiciler dahil her hasta grubunu kapsamalıdır. Kısa görüşmeler, sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olan içiciler, sigara içen ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan olgular, önceden içen henüz sigarayı bırakmış içicilere uygulanabilir:

Bırakma denemesi için istekli olgulara beş ana basamak (5A) uygulaması önerilmektedir (87).

- . Sor (**Ask**),
- . Bırakmasını öner (**Advice**),
- . İlk 1 ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir (**Assess**),
- . Tedaviyi planla ve yardım et (**Assist**),
- . Nüksü önlemek için izle (**Arrange**).

Bırakma denemesi konusunda isteksiz olgulara ‘5R’ olarak adlandırılan bir basamak uygulaması geliştirilmiştir (87):

- . Kişiyi özel durumları (hastalık durumu veya riskleri, ailesel ve sosyal durumu) ele alarak bırakmaya cesaretlendirilmesi (**Relevance**),
- . Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların vurgulanması (**Risks**),
- . Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendirilmesi (**Rewards**),
- . Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörleri belirlenmesi ve çözüm yolları geliştirilmesi (**Roadblocks**),
- . Motivasyonel desteğin, olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarlanması (**Repetition**).

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

2.6. SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ

2.6.1. Sigara Bırakma Polikliniklerinin İşleyişi ile İlgili Genel Bilgiler

Sigara bırakma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen bütün içicilere yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış merkezlerdir. Sigara içenler, herhangi bir tıbbi yardım almadan da sigarayı bırakabilirler. Ancak sigara bırakma polikliniklerine başvurdıklarında başarı oranları artmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde uygulanan yoğun tedavi, hasta kayıtlı, klinisyen özelliği, tedavi süresi ve takip yönünden farklılık gösterir. Sigara bırakma polikliniğinde hasta mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Meta-analizlerde gösterilmiştir ki, kayıt tutmak hastanın bırakma girişimini ve bırakma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır (28).

Bu polikliniklerde ilk görüşmede ekspiryum havasında karbonmonoksit (CO) ölçümü, akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi (SFT), elektrokardiyografi (EKG), tam kan sayımı ve rutin kan biyokimyası istenmelidir. Sigara bırakma polikliniklerinin randevu sistemi ile çalışması hasta takibini kolaylaştıracağı gibi bu polikliniklerin diğerlerinden farklı olduğunu gösterecektir (56,75,113). Evde ve iş yerinde sigara içen olup olmadığı, herhangi bir sağlık problemi olup olmadığı, daha önce sigara bırakma girişimi olup olmadığı, kaç kez, nasıl ve bunun süresi, bu bırakma girişimlerinde nikotin yoksunluk semptomları yaşayıp yaşamadığı

sorulmalıdır. Kişilerin demografik özellikleri ve sigara içme alışkanlıkları ile ilgili formlar mevcutsa doldurulmalıdır. Kişiye sigaraya bağlı hastalık riskleri, bıraktığı takdirde elde edecekleri kazanımları ve bırakmanın yöntemleri konusunda bilgi verilmeli ve gerektiğinde uygulamayı düşündüğü farmakolojik tedavi konusunda hastayı aydınlatmalıdır. Sigara bırakma polikliniklerinde sigara konusunda yetişmiş hekim ve yardımcı sağlık personeli tercihinde psikolog bulunması önerilmektedir. Hekim dışı sağlık personeli ise psikososyal yardım veya davranış eğitimi açısından hastaya yardımcı olmaktadır (1,2,111,112).

Sigara ile ilgili bilgilerin ve uygulanan tedavi programının yazılı dökümanite edilmesi önemlidir, bu polikliniklerde hastalara broşür, kitapçık gibi yazılı materyal sağlanabilir. Sigara bırakma programı her biri en az 10 dakika süren, 4 veya daha fazla görüşmeyi içermesi önerilmektedir ve bunun sonunda sigara bırakma günü belirlenmelidir. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, izleyen 3 ay, ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir görüşmelerle 1 yıllık izlem tamamlanmalıdır (1,2,111). Görüşmeler, hem bireysel hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır (100,124). Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında izleyen hekimin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir. Klinikler bağımlıları telefonla arama sıklığı veya görüşme sıklığını belirlemek için çeşitli yöntemler uygulayabilir. Rotter'in iç- dış kontrol odağı ölçeği anketi Form1'de gösterilen, bu amaçla kullanılabilir. 1966'da Rotter tarafından oluşturulan bu formülasyona göre bireylerin genellenmiş beklentilerini içsellik ve dışsallık boyutu üzerinden belirlemeyi amaçlayan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 29 maddeden oluşmaktadır ve 0 ile 23 arasında değişen puanları bulunmakta ve yükselen puan dış kontrol odağı inancının artmasına işaret etmektedir. İç kontrole inananlar pekiştiricilerin kendi olduğuna inanırlar ve yaşadıkları

tecrübelerden ileride daha iyi yararlanabilmekte; güç kararlar karşısında daha uzun süreye ihtiyaç duymakta; doyumlarının geciktirilmesine daha çok tolerans gösterebilmektedirler. Dış kontrol ölçeğine inananlar da ise bunun tam tersi olarak pekiştiricilerin kendinin dışındaki güçlerin veya şans ve kaderin kontrolünde olduğuna dair inançları vardır (22). Özellikle sigara ve alkol bağımlılarında bu test ile yapılan çalışmalarda madde bağımlılığını bırakanlarda bu test puanların düşük olduğu bulunmuştur(16). 10 puanın ve üzerindeki değerlerde kişinin dış kontrolü artmakta ve bu kişilerin alışkanlıkları ve doyumlarının geciktirilmesine tolerasyonu azalmakta ve daha fazla motivasyona ihtiyaç duymaktadırlar (13,16,89). Özellikle RİDCOÖ puanı 10 ve üzeri olan sigara bağımlıları bırakma günü ve bunu izleyen günlerde daha sık takibe alınması motivasyonlarını arttırıcı etki yapabilir.

Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazırlanması gerekmektedir. Bu nedenle önce kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekir. Tanı için kişinin sigara öyküsü, bağımlılığın Form 2’de gösterilen Fagerström testi veya Form 3’de gösterilen Nikotin Bağımlılık Testi (EMASH-European Medical Association for Smoking and Health) ile değerlendirilmesi ve CO analizörü ile sigara dumanına ne kadar maruz kalındığının ölçülmesi gerekmektedir. Fagerström nikotin bağımlılık testi skoru 0-2 arası çok düşük, 3-4 arası düşük, 5 orta, 6-7 arası yüksek, 8-10 arası çok yüksek bağımlılığı göstermektedir. Fagerström nikotin bağımlılık testi skorunun 6’nın üzerinde olması, 250 mg üzeri kotinin/ ml serum değerleri, yüksek CO düzeyleri, ilk sigaranın sabah uyanmayı takiben 0.5 saat içinde içilmesi (EMASH-European Medical Association for Smoking and Health) yüksek düzeyde nikotin bağımlılık kriteridir (90).

Sigaranın bırakılması aşamasında farmakoterapi, her sigara içicisine (kontrendikasyon yoksa) önerilmektedir. Farmakoterapinin sigarayı bırakma başarısını artırırken, bırakma aşamasında ortaya çıkacak olan nikotin yoksunluk belirtilerini azalttığı bilinmektedir (113).

Form 1. RİDKOÖ anketi

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her madde de ‘a’ yada ‘b’ harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve bir yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. U anket kişisel inançlarla ilgilidir, bunun için ‘doğru’ ya da ‘yanlış’ cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Bazı maddelerde her iki cümleyede inandığınızı yada hiçbirine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda size en uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz, önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1.

- a. Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemli oluyor.
- b. Günümüz çocuklarının çoğunun problemi Ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.

2.

- a. İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, birazda şanslılıklarına bağlıdır.
- b. İnsanların talihsizlikleri kendi hatalarının sonucudur.

3.

- a. Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
- b. İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.

4.

- a. İnsanlar bu dünyada hakettikleri saygıyı er geç görürler
- b. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazıkki değeri genellikle anlaşılmaz.

5.

- a. Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.
- b. Öğrencilerin çoğu notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini farketmez.

6.

- a. Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
- b. Lider olamayan yetenekli insanlar fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.

7.

- a. Ne kadar uğraşsanızda bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
- b. Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.

8.

- a. İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.
- b. İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.

9.

- a. Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
- b. Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.

10.

- a. İyi hazırlanmış bir öğrenci adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.
- b. Sınav sonuçları derste işlenele çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki çalışmanın anlamı kalmıyor.

11.

- a. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır, şansın bunda payı hiç yoktur yada çok azdır.
- b. İyi bir iş bulmak temelde doğru zamanda doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.

12.

- a. Hükümetin kararlarında sade vatandaşda etkili olabilir
- b. Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.

13.

- a. Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir
- b. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi yada kötü şansa bağlıdır.

14.

- a. Hiçbir yönü iyi olmayan insnlar vardır.
- b. Herkesin iyi bir tarafı vardır.

15.

- a. Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.
- b. Çoğu durumda, yazı – tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.

16.

- a. Kimin patron olacağı genellikle, doğru yerde ilk önce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.
- b. İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir, şansın bunda payı ya hiç yoktur yada çok azdır.

17.

- a. Dünya meseleleri söz konusu olduğunda çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyızdır.
- b. İnsanlar siyasi ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.

18.

- a. Bir çok insan rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.
- b. Aslında ‘şans’ diye bir şey yoktur.

19.

- a. İnsan hatalarını kabul edebilmelidir.
- b. Genelde en iyisi insanın hatalarını örtbas etmesidir.

20.

- a. Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.
- b. Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğunuza bağlıdır

21.

- a. Uzun vadede, yaşamınızdaki kötü şeyler iyi şeylerle dengelenir.
- b. Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin , ihmalin tembelliğin yada her üçünün birden sonucudur.

22.

- a. Yeterli çabayla siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabiliriz.
- b. Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.

23.

- a. Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazen anayamıyorum.
- b. Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.

24.

- a. İyi bir lider ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
- b. İyi bir lider herkesin görevinin vne olduğunu bizzat belirler.

25.

- a. Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hisserderi.
- b. Şans yada talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.

26.

- a. İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.
- b. İnsanları memnun etmek çok fazla çabalamanın yararı yoktur, sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.

27.

- a. Liselerde atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
- b. Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.

28.

- a. Başıma ne gelmişse kendi yaptıklarım danfır.
- b. Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazen yeterince kotrolümün olmadığını hissediyorum.

29.

- a. Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.
- b. Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idarelerde uzun vadede halk sorumludur.

Form 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- | | |
|--------------------|---|
| a) En çok 10 adet | 0 |
| b) 11-20 adet | 1 |
| c) 21-30 adet | 2 |
| d) >31 adet | 3 |

2-Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?

- | | |
|------------------------|---|
| a) En çok 5 dakika | 3 |
| b) 6-30 dakika | 2 |
| c) 31-60 dakika | 1 |
| d) 60 dakikadan fazla | 0 |

3-Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz ?

- | | |
|----------|---|
| a)Evet | 1 |
| b)Hayır | 0 |

4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

- a)Günün ilk sigarası 1
- b)Diğer herhangi biri 0

5-Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

- a)Evet 1
- b)Hayır 0

6- Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- a)Evet 1
- b)Hayır 0

Form 3. Nikotin Bağımlılık Testi (EMASH-European Medical Association for Smoking and Health)

Uyandıktan sonra ilk sigara içene kadar geçen süre

Zaman	Skor	Bağımlılık Derecesi
0-5 dakika	3	Yüksek
5-30 dakika	2	Orta
30-60 dakika	1	Düşük
60 dakika üzeri	0	-

2.6.2. HAZIRLIK DÖNEMİ

Sigara bırakmayı düşünen bir kişi önce hazırlık dönemi geçirmelidir. Bu dönemde sigarayı bırakma nedenleri, sigaranın hayatlarındaki rolü ve sigara kullanım şekli ve kişiyi tetikleyen faktörler belirlenmelidir. Kişiyi sigarayı bıraktığı zaman elde edeceği yararlar anlatılmalıdır. Örneğin; yemeklerin lezzetini yeniden tam olarak alacaklarını, dumansız odalarda yaşayacaklarını, nefeslerinin sigara kokmayacağını, harcayacak daha fazla paraları olacağını, diş ve parmaklarındaki sarı lekelerden kurtulacaklarını, elbise ve mobilyalarındaki sigara yanıklarından kurtulacakları gibi yararlar kişilere hatırlatılmalıdır. Bu dönemde sigarayı bırakacak olan kişi sigarayı bırakma nedenlerini listelemelidir. Bırakma nedenleri arasında sağlık, görünüm, eş, çocuklar, para ve sosyal görev gibi nedenler arasında kişiye göre öncelik sırası belirlenmelidir. Hazırlık döneminde sigara içen kişinin sigaranın günlük yaşamındaki yerini algılaması sağlanmalıdır. Ellerinize yapacak bir iş bulmak, eğlenceli zamanları daha eğlenceli yapmak, kilo almaktan kurtulmak, nikotin yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya sosyal statülerde kendini rahat hissetmek sigaranın rolleri arasında olabilir. Araba kullanımı, telefonla konuşma, çay- kahve içimi, alkol alma, televizyon seyretme, kitap okuma ve sohbet ortamında sigara içip içilmediği belirlenmelidir. Sigara kullanma şeklini ve tetikleyen faktörleri bağımlıların not etmesi istenmelidir. İçilen her bir sigara için saat kaçta içildiği, nerede içildiği, ne yaparken içildiği, kiminle birlikteyken içildiği, hangi durumlarda içildiği ve sigara içilme isteğinin ne olduğu not edilmelidir. Sigaranın hayatlarındaki rolün ne olduğunu sorulmasını da içerir. Bu rol stresli durumla başa çıkmak, hoş olmayan durumların üstesinden gelmek, gevşemek, konsantrasyonu artırmak, iş arasında bir nefes alma, kendilerini kötü ve üzgün hissettiklerinde rahatlama ve sıkılınca vakit geçirmek verilen yanıtlardan bazıları olabilir. Hazırlık döneminde sigarayı bırakırken sigarayı

bırakmalarına mani olacak engelleri ortadan kaldırarak yaşamlarını zevkli hale getirecek sağlıklarını artıracak aktiviteler planlamaları önerilmelidir. Bu aktiviteler egzersiz yapmak, gevşeme ve meditasyon teknikleri öğrenmek, hobilerini uygulamak, ellerini boş bırakmayacak uğraşlar edinmek olabilir. Sigarayı bırakmadan önce uygun bir zaman seçilmelidir. Büyük değişiklikler ve büyük stresler öncesinde sigara bırakılmaya çalışılmamalı, ancak bahanelerle sigarayı bırakma işlemi geciktirmemelidir. Sigarayı bırakmadan önce bırakacak olan bağımlılara destek sistemleri geliştirmesi önerilmelidir. Onları destekleyen kişilerle duygularını paylaşmaları, konuşmaları, aktivitelerini planlamaları önerilebilir. Sigara bırakma döneminde onları engelleyecek kişilerle ilk birkaç hafta ilişkilerini en aza indirmeleri söylenmelidir. Sigara bırakmaya hazırlık döneminde sigara içme şekillerini değiştirmeye başlamaları önerilmelidir. Bunun için karton sigara almamaları, her bir sigarayı daha az içmeleri, ilk sigara içim zamanını geciktirmeleri, acilen içme isteğini geciktirmeye çalışmaları, sigara içme işlevini güçleştirmeleri anlatılmalıdır. Bırakmadan önce uygun bir zaman seçilmelidir (93,113).

Bu hazırlık döneminden sonra sigara bırakmayı isteyen kişiye uygulanacak üç yöntem bulunmaktadır (93,113).

1- Bilişsel ve Davranışçı yöntemler

2- Farmakolojik yöntemler

3- Sosyal destek

2.6.3. DAVRANIŞCI TERAPİLER

Sigarayı bırakma tedavisi için etkili yöntemlerdir. Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler, sigara ile koşullanmaların söndürülmesine yönelik teknikler, sigara rutinlerinden uzaklaşma, sigara içme dürtüsüyle başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik teknikler mevcuttur. Hazırlık aşamasından sonra uygulanır. Davranışçı yöntemler olarak şunlar sayılabilir;

Doyurma yöntemi: Kişi devamlı içtiği sigara sayısını ve hızını arttırır. Midesi bulanıncaya kadar her 5-6 saniyede bir nefes çeker. Bu teknik etkili olmakla birlikte iyi bir tedavi ve hasta uyumuna ihtiyaç gösterir (46, 93).

Kendi kendini yönetme teknikleri: Bu teknikler genellikle terapistler tarafından yönlendirilir. Kendi kendini yönetme tekniği genellikle bir yönetici veya terapist yönetiminde kişinin sigarayı bırakmasıdır ve bazı ters güdülenme yöntemlerini içerir (93).

Kendini izleme: Bir günlük sigara, sigaranın zamanı, aktivite, ruh hali ve istek seviyesi kaydedilir. Kendini izleme tekniği ise kişi sigara içme davranışına yönelik olarak bir günlük tutar. Bu günlük ile kişinin niçin sigara içtiği anlaşılır. Kişinin kendi sigara içme davranışı yakından izlemeye başladığında bu davranışını değiştirme olasılığının arttığı gösterilmiştir (71).

Ani bırakma veya azaltarak bırakma: Alınan nikotinin dereceli olarak azaltılmasıdır. Alınan nikotinin azaltılması için sigara sayısı giderek azaltılır veya nikotin içeriği düşük başka marka bir sigara içilir (107). Ancak yavaş yavaş azaltma yönteminde kandaki nikotin düzeyi eşik değerinin altına düşerek nikotin yoksunluk semptomları ortaya

çıkabilir. Sigaranın aniden bırakılması ise kişinin nikotin yoksunluk semptomlarını oldukça yoğun yaşadığı bir yöntemdir. Birdenbire bırakanların tekrar başlama eğilimi, azaltarak bırakanlara göre daha azdır (118).

Hipnoz: Sigarayı bırakmak için önerilen, fakat çok sayıda bağımlının ulaşamadığı bir yöntemdir. Hipnoz yöntemleri en çok hayaller, öneriler, kendini başkasının yerine koyma, kendi kendine gevşeme, nefret etme yöntemleri gibi davranış ilkelerini içerir. Tekli oturumda, birkaç kişilik oturumda veya grup oturumunda uygulanabilir (97). Başarı oranları %0-88 arasında değişmektedir (8).

Akapunktur: Akapunktur için kimi araştırmacı başarı oranının çok yüksek olduğunu savunurken, çoğunluğu akapunkturun sigarayı bıraktırmada sadece yardımcı bir yöntem olabileceğini ileri sürmektedir (93,97). İki tür akapunktur yöntemi mevcuttur; nazopunktur ve aurikolopunktur. Kişinin nikotin yoksunluk semptomlarını azalttığına dair fizyolojik kanıt yoktur ve plasebo etki yaptığı düşünülmektedir. Başarı oranları %8-40' dır (97).

Grup Tedavileri: Sigarayı bırakma sırasında davranış tedavilerine ek olarak grup tedavileri de uygulanabilir. Grup genellikle sigarayı bırakmadan önceki gün toplanır, birkaç grup da bırakmayı takip eden günlerde yapılır. Bir çok sigara bağımlısı destek olmadan sigarayı bırakmayı başaramayacaklarını dile getirmektedir (93, 107). Bu nedenle sigara bağımlılığında grup tedavilerinin faydalı olduğu üzerinde durulmaktadır. Başarı oranlar %15-30 arasında değişmektedir (97).

Davranışçı yöntemlerin (93)

- Danışmanlık

- Tedavi sırasında sosyal destek
- Tedavi dışında sosyal destek, olmak üzere 3 bileşeni vardır.

Danışmanlık hizmetleri,

Sigara içme yada yineleme riskini artıran olayları, ruhsal durumları, aktiviteleri tanımlamak, baş etme problem çözme becerisini geliştirmek, sigara bağımlılığı ve başarılı bırakmayla ilgili temel bilgiler vermeyi kapsar.

Tedavi sırasında destekleyici girişimler

Bırakma girişimi sırasında hastayı cesaretlendirmek , endişe ve kaygılarını paylaşmak, bağımlılığı sigarayı bırakma süreci ile ilgili konuşmaya cesaretlendirmekdir.

Tedavi dışı destekleyici girişim

Aileden, arkadaşlarından destek almayla ilgili pratik yapma, sigara içilmeyen bir ev için yardım etmek, destek verecek kişilerin tanımlanması için yardımcı olma, destek verecek kişilere ulaşmak ve bırakma seanslarına bu kişileri davet etmektir.

Destek ve davranış tedavileri; pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırası ve sonrasındaki sosyal desteği içermelidir. Sigara bırakma döneminde nikotin yoksunluğuna bağlı bulgular en yoğun ilk 72 saat içinde yaşanır. Aşırı sigara içme isteği, endişe, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü ve depresyon bu bulgulardan bazılarıdır. Şiddeti kişiden kişiye göre değişir. Bu bulgular 2-3 hafta döneminde azalarak kaybolur. Sigara içiminin durdurulmasını izleyen ilk üç ay içinde, sigarayı bırakan kişinin karşılaştığı bazı problemler ve yakınabileceği semptomlar vardır. Kişinin bu duruma

önceden hazırlıklı olması ve hekimin bu dönemdeki yardımı sigaranın bırakılma oranını arttıracaktır. Sigara içiminin bırakılmasını izleyen ilk üç gün yoksunluk semptomlarının en yoğun yaşandığı dönemdir. Bu semptomların şiddeti genellikle 72. saate doğru pik yaptıktan sonra giderek azalarak 3-4 hafta içinde kaybolur. Bu dönemde başlıca yakınılan semptomlar anksiyete, huzursuzluk, irritabilite, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü, depresyon ve aşırı sigara içme isteğidir (98). Erken ortaya çıkan bu semptomlarla mücadele edebilmesi için sigarayı bırakan kişiye genellikle bu dönemde aktif olması, kafein içeren içeceklerden kaçınması, derin nefes alma egzersizleri yapması, ilk üç hafta sigara içme riski olan ortamlardan kaçınması, bolca şekersiz sakız vs kullanması, sigara içme isteği aşırı olduğu durumlarda bu isteğin geçeceğini sıkça hatırlaması önerilir. Sigaranın bırakılmasını izleyen ikinci ve üçüncü haftaya doğru aşırı sigara içme isteği azalabilir, ancak bu isteğin ne zaman kişiyi yakalayacağı belli değildir. Bu durumda içilen bir sigaranın bile verilen bütün emekleri boşa çıkararak relapsı başlatabileceği hatırd tutulmalıdır. Sigaranın bırakılmasını izleyen ilk üç ay içinde ortaya çıkabilecek diğer klinik problemler depresyon ve kilo almadır. Depresyon genellikle hafif ve geçicidir, nadiren antidepressanlarla tedavi gerektirir. Sigarayı bırakmayı izleyen ilk 6-8 hafta içinde gözlemlenen hızlı kilo alma riski ise, önceden alınacak önlemler, egzersizin artırılması ve düşük kalorili gıdaların yenmesi ile azaltılabilir (93).

2.6.4.FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Bütün sigara bırakma yöntemlerin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları kişide sigara içimine bağlı gelişen psikolojik bağımlılığın ve fiziksel bağımlılığının üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin

ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde onaylanmış iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır (87,106).

Uzun süreli ve kalıcı sigara bırakmaya katkısı ortaya konmuş olan birinci basamak tedavide kullanılan farmakoterapi ajanları;

- Bupropion SR
- Nikotin sakızı
- Nikotin inhaler
- Nikotin nazal spreyi
- Nikotin bandı
- Nikotin pastili

Birinci basamak farmakoterapinin etkin olmadığı durumlarda kullanılabilecek ikinci basamak tedavi ajanları;

- Clonidine
- Nortriptyline

Nikotin Replasman Tedavisi

Sigarayı bırakma yöntemlerinden biri olarak nikotin replasman tedavisi (NRT) nin amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır (41). Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını

daha az yaşayacak, sigaranın psikolojik ve davranış alışkanlığı ile ilgili komponentleri ile mücadele edecektir. NRT nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Nikotin bağımlılığının saptanması için en sık kullanılan yöntem Fagerstrom Tolerans Anketidir (24).

Fagerstrom Tolerans Anketine göre 7 puan ve üzerinde alan bağımlıların sigarayı bırakırken NRT'den yarar görmeleri mümkündür. Nikotin bağımlılık testi olarak EMASH'ın önerdiği tek soruluk test de kullanılabilir (90).

Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanır, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse NRT uygulanır. 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 NRT için kullanılan nikotin sakızları ve nazal spreyle nikotin plazma seviyesi 6-8 mg/L, transdermal formlarda ise 12 mg/L düzeylerinde pik yapmaktadır (41,63).

NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-6 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor olması önemlidir (41). Ancak bazı hastalarda özellikle NRT'ni nikotin sakızları ile alanlarda nikotin preparatlarını kullanma alışkanlığı devam etmektedir (27). NRT ile bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının %15-25 arasında değiştiği bildirilmektedir (99). NRT'nin çeşitli formlarının kullanıldığı 17.703 olguyu içeren 53 çalışmanın meta-analizinde NRT'nin uzun dönemde (6-12 ay) sigarayı bırakılmış kalma oranını iki kat arttırdığı saptanmıştır (43).

NRT’de günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler, transdermal plaster ve pastildir. Transdermal formu haricinde diğer NRT formlarının etkinliğinin placebo ile karşılaştırıldığı üç çalışmada bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranı nikotin sakızı için %29 (plasebosunun %16), nikotin nazal sprey için %27 (plasebosunun %15), nikotin inhaler için %28 (plasebosunun %18) olarak bulunmuştur (42,85). NRT formlarının bir arada kullanıldığı çalışmalar vardır, bugün için genel olarak kombine kullanımda nikotin transdermal plasterleri ile birlikte günde 1-6 parça alınabilecek nikotin sakızı önerilir (42).

Nikotin Bantı

Nikotin bandı ile vücuda saatte 1 mg nikotin kontrolü olarak verilmesi sağlanır. Bandının 16 saat ve 24 saat vücuda yapışık kalan iki formu vardır. Nikotin bandından 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 4-2 haftada bir NRT’de doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banda 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 (87). 10-15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir.

Nikotin bandının 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 irritasyon 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 (25). Olguların %10-20'sinde hafif deri reaksiyonlarının oluşabildiği, ancak %1,5-2 olguda tedavinin kesilmesi gerekecek kadar ciddi ve persistan cilt irritasyonu ortaya çıktığı bildirilmiştir (105). Tedavinin kesilmesini gerektirecek kontrendikasyonlar ciddi deri reaksiyonları, nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Kişi NRT sırasında kesinlikle sigara içmemelidir. Ayrıca gebelerde ve süt emziren kadınlarda aktif yada son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, unstable angina ve aritmileri olanlarda nikotin bant ve diğer NRT'leri uygulanmamalıdır.

Nikotin Sakızları

Nikotin sakızları sıklıkla kullanılan NRT formlarından biri olup 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. 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 (41). Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir (25). 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, 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. 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 2 mg'lık formdan günde 20 sakızı çiğnemesi gerekirken 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 (41).

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 (41). Nikotin sakızlarının yan etkileri, ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bazı geçici hafif semptomlar (bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık vs)dır.

Nikotin İnhaler

Nikotin inhaler, yeni geliştirilen NRT'den biridir. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1.5-2.0 mg nikotini dışarıya bırakmaktadır. Bir kartuş ortalama 80 inhalasyon sağlar. Nikotin inhaler sigara ağızlığına benzer şekilde olduğu için sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından yararlı olabilir. Yapılan bir çalışmada nikotin inhaler kullanarak sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı %15 olarak bulunmuştur (102). Nikotin inhalerin yan etkileri; ağız ve boğaz irritasyonu ve öksürüktür. Günde en az dört inhalerin kullanılması (4-10 inhaler/gün) ve bu tedaviye 3 ay devam edilmesi, bunu takip eden üç ayda dozun azaltılması önerilmektedir (41).

Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal sprej (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 (43). Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Nikotin nazal sprej vücuda nikotinin en hızlı alınış şeklidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. Nikotin nazal sprej ile plasebonun etkinliğinin karşılaştırıldığı iki çalışmada sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı nikotin nazal sprej için %26 (plasebonun %10) 34 ve %27 (plasebonun %15) 39 olarak bulunmuştur. NNS'in yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun NRT olduğu düşünülmektedir (41). Önerilen doz 10-40 paf/gündür. Tedavi süresi 3 ay-12 ay arası değişmektedir. NNS'in yan etkisi mukozal irritasyona bağlı nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük ve aksırıktır (96,106).

Nikotin Pastili

2-4 mg dilaltı tabletleri mevcuttur. 6 hafta boyunca 1-2 saatte bir pastil kullanılır (Günde maksimum 9 pastil alınır). 6 hafta sonra doz azaltılarak 12 haftaya kadar kullanılabilir. Kullanımı ve saklanması kolaydır. Çok fazla miktarlarda kullanıldığında hıçkırık, bulantı, dispepsi ve karında şişlik gibi istenmeyen etkileri olabilir (1).

BUPROPİON HCL

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif bir ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve NRT'si ile birlikte kullanılmaktadır (41). Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olmaktadır (117). Sigaranın bırakılmasında bupropion'un etkinliğinin plasebo ile karşılaştırıldığı 615 olguyu içeren bir çalışmada bupropion'un yavaş salımlı formlarının sigaranın bırakılma oranını arttırdığı, yan etki sıklığının çok düşük olduğu ve kilo alma oranını düşürdüğü bildirilmiştir (48). Bu çalışmada olguların biyokimyasal olarak da teyit edilen 1. yılın sonunda sigarayı bırakmış kalma oranı plasebo grubunda %12.4 iken, 300 mg bupropion'u 7 hafta kullanan grupta %23.1 olarak saptanmıştır. Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır ve tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir (87). Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Bupropion tedavisi devam ederken sigara bırakılır ve tedavi aynı dozda sürdürülür. Yan etkileri en sıklıkla baş ağrısı, uykusuzluk

ve ağız kuruluğudur. Bupropion kullanımı konvulsiyon, konvulsiyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım öyküsü, MSS travması, anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda kontrendikedir. Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (87).

KLONİDİNE

Birinci basamak ilaçlarla sigara bırakmada başarılı olamayanlarda kullanılır. FDA onayı yoktur. α_2 noradrenerjik agonist, antihipertansif bir ilaçtır. Klonidine ile sigara bırakma oranlarına 2 kat artış olduğu saptanmıştır (30). Oral ve bant formu mevcuttur. Sigarayı bırakmadan 3 gün önce veya aynı gün 0.10 mg bant formu 2x1 başlanır. Gerekirse haftada 10 mg doz artırılır. Ortalama 0.15-0.75 mg/gün 3-10 hafta uygulanır. Yan etkileri; ağız kuruluğu, baş dönmesi, sedasyon, konstipasyon, ilaç kesilince rebound hipertansiyon görülmesidir.

NORTRIPTİLİNE

Trisiklik antidepresandır. Bu ilaç içinde sigara bırakma tedavisi için FDA onayı yoktur. Ciddi antikolinergik yan etkileri kullanımını kısıtlar. Bununla tedavinin uzun süreli sonuçları ile ilgili fazla veri yoktur. Sigarayı bırakmadan 10-28 gün önce 25 mg/gün başlanır. Ortalama 75-100 mg/gün dozda 12 hafta kullanılır. Yan etkileri; ağız kuruluğu, bulanık görme, üriner retansiyon ve tremordur (84).

GELECEKTE KULLANILACAK İLAÇLAR

RİMONABANT (ACOMPLİA)

Antimarijuana olarak bilinir. Vücudun nikotin bağımlılığı ve enerji dengesini düzenleyen endocannabinoid sistemi bloke ederler ve CB1 blokeridir. Endocannabinoid sistemin aşırı uyarımının sigara bağımlılığı ve obezitede rol oynadığı düşünülür. CB1 blokajı ile bu uyarım azaltılır. Çalışmalar rimonobantın bu konuda etkin olduğunu göstermektedir (3). FDA onayı yoktur.

VARENİCLİNE (CHAMPİX)

Parsiyel nikotin agonisti ve selektif nikotin reseptör modulatorüdür. Faz 3 çalışmaları devam etmektedir. Psikotrop bir ilaçtır ve bupropion'a bir alternatif olabilir.

ANABASİNE

Selektif alfa 7 nikotinik asetilkolinergik reseptörlere bağlanan bir bileşiktir. Nikotin aşısı olarak bilinmektedir. Nikotine karşı antikor oluşturarak nikotin düzeyini düşürmektedir. Ancak bu aşının tiryakilerin hevesini mi kıracağı yoksa bu blokajı aşmak için daha yoğun bir şekilde sigara içimine yol açacağı henüz bilinmemektedir.

SİTOKROM P 246 İNHİBİTÖRLERİ:

Nikotini metabolize eden karaciğer enzimi sitokrom P 246'nın etkisini azaltarak, bir sigara ile daha fazla nikotin alınmasına neden olurlar. Sigara bırakmaya hazır olmayan tiryakilerin daha az içmesine ve nikotin yerine koyma tedavisinin gücünü artırabilirler (49).

2.6.5. TAKİP

Sigara bırakma günü saptanan hasta, o gün mutlaka görülmelidir. Bu görüşme yüz yüze veya telefon görüşmesi şeklinde olmalıdır. Daha sonraki 1 ay içinde en az bir kez görüşme yapılmalıdır. Relapslar en sık 15 gün içinde olduğundan hasta yakın takip edilmeli ve gerekiyorsa daha sık görüşülmelidir (119). Daha sonraki takipler 3 ayda 1 olacak şekilde 1 yıla tamamlanır. 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, kontraendikasyon bir durum yoksa ve nikotin replasman ve bupropion tedavisi tüm bağımlılara uygulanmalıdır. Bırakma döneminde tek bir nefes sigara içmenin bile nüks olasılığını arttıracaklarını, nikotin çekilme belirtilerinin sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 2 hafta içinde çok yoğun hissedilebileceğini ve çekilme belirtilerinin depresif ruh hali, aşırı sigara içme isteği, konsantrasyon bozukluğu gibi bazı değişikliklere yol açabileceği ayrıntılı olarak anlatılmalı ve bu dönemde sürekli yanında olunacağı ve tıbbi destek sağlanacağı bildirilmelidir.

Bağımlının sigarayı bıraktı denilebilmesi için 1 yıl süre ile hiç sigara içmemesi gerekmektedir (103). Ancak son yayınlarda 6 aylık başarı oranları da kullanılmaktadır (35,103). Bağımlıların takibinde özellikle dikkat etmemiz gereken nokta, bırakma sonrasında

kişinin tekrar sigaraya başlamasını kolaylaştıran faktörleri önceden bilmek ve ona göre çözüm önerileri getirmektir. Bunlar, motivasyonda azalma, kilo alma endişesi, depresyon, sosyal destek kaybı ve nikotin çekilme semptomlarının artmasıdır.

Kişinin motivasyonu azaldığında, kişiye neden sigarayı bırakmak istediği, sigarayı bıraktınca neler kazanacağı tekrar hatırlatılmalı, diğer sigarayı bırakmak isteyen insanlarla bir araya getirilmeli ve cesaretlendirilmelidir.

Özellikle bayanlarda sigarayı bırakma sonrası kilo alma problemi sigarayı bırakmada isteksizliğin bir nedeni olabilir (38,61,75). Sigara bıraktıktan sonra ortalama 5 kilo alınabileceği, ancak bunun diyet düzenlemesi ve spor ile verilebileceği anlatılmalı ve endişesi giderilmelidir. Diğer yandan sigaranın daha tehlikeli ve zararlı olduğu hatırlatılmalıdır.

Sigara bıraktıktan sonra depresif ruh hali ve genel isteksizlik halinin olması beklenen bir durumdur. Ancak bazen sigarayı bırakmak, zeminde var olan psikiyatrik bir hastalığın alevlenmesine sebep olabilir (20). Böyle hastalarda relaps oranları da yüksek bulunmuştur (31). Bu nedenle psikiyatrik hastalar yakın takip edilmeli ve gerektiğinde psikiyatri bölümünden destek alınmalıdır.

Eğer, nikotin çekilme bulguları nedeniyle nüks olmuşsa nedenleri araştırılmalı ve gerekirse 2. kuşak farmakoterapiye geçilmeli veya sigaradan nefret ettirme yöntemleri uygulanmalıdır (75).

Nikotin bağımlılığının tedavisi zahmetli ve özveri isteyen bir sağlık problemidir. Her hekim mutlaka sigara konusunda hastasını sorgulamalı ve bırakma konusunda cesaretlendirmelidir. Kendini aşan durumlarda eğitim ve tedavinin beraber yürütüldüğü, bu konuda özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerine hastasını sevk etmelidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubu

Nisan 2002 - Haziran 2005 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma polikliniğine başvuran toplam 931 kişinin verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu tarihler arasında polikliniğimize başvurmasına rağmen ilk görüşmeden sonra programa devam etmeyen, ulaşılamayan ve 1 yıllık takibi olmayanlar olgular çalışmaya dahil edilmedi. 1 yıllık takibi olan toplam 512 kişi ile bu çalışma yapıldı.

Yöntem

Sigara bırakma polikliniğimize sigara içen ve bırakma isteğinde olan kişiler randevu ile kabul edilmektedir. İlk başvuruda kişilerin demografik özelliklerini içeren form, sigara içme davranışlarını ayrıntılı ortaya koyan değerlendirme formu, Fagerström nikotin bağımlılık testi ve kişilerin bırakma sonrası izlem sıklığını belirlemek için polikliniğimizin kuruluşu sırasında belirlenen RIDKOÖ testi dolduruldu. Ayrıca akciğer grafisi, SFT, ekspirasyon havasında CO düzeyi, EKG, rutin kan biyokimyası ve tam kan sayımı istenerek tüm olgulara sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgi verilip, bu konuları içeren broşürler verildi ve sigara bırakma gününü belirten formlar onaylatıldı. Psikolog tarafından denemeye hazır olgular her biri en az 10 dakikadan uzun sigara bırakma tarihine kadar dört yada daha fazla olan, toplam görüşme süresi 30 dakikadan uzun olan yoğun destek programına alındı.

Deneme konusunda isteksiz olgularda motivasyon sağlanarak, ikinci görüşme için randevu verildi. İkinci görüşme sonrası kararlı olgular programa dahil edilirken, isteksiz olgular program dışı bırakıldı.

Yaklaşık 1 hafta sonra ikinci görüşmeye gelen kişilere hazırlık dönemi uygulamalarına başlanarak ayrıntılı rutin değişimi ve bilişsel ve davranışsal terapiler uygulandı. Bu dönemde sigarayı bırakma nedenleri, sigaranın hayatlarındaki rolü, sigara kullanım şekli ve kişiyi tetikleyen faktörler belirlenmeye çalışıldı. Kişiyi sigarayı bıraktığı zaman elde edeceği yararlar anlatıldı. Kişinin sigarayı bırakma nedenlerini listelemesi istendi. Bırakma nedenleri arasında sağlık, görünüm, eş, çocuklar, para ve sosyal görev gibi nedenler arasında kişiye göre öncelik sırası belirlenmeye çalışıldı. Hazırlık döneminde sigara içen kişinin sigaranın günlük yaşamındaki yerini algılaması sağlandı. Araba kullanımı, telefonla konuşma, çay- kahve içimi, alkol alma, televizyon seyretme, kitap okuma ve sohbet ortamında sigara içip içilmediği belirlenmeye çalışıldı. İçilen her bir sigara için saat kaçta içildiği, nerede içildiği, ne yaparken içildiği, kiminle birlikteyken içildiği, hangi durumlarda içildiği ve sigara içme isteğinin hangi düzeyde olduğunun not edilmesi sağlandı. Sigarayı bırakırken sigarayı bırakmalarına mani olacak engelleri ortadan kaldırarak yaşamlarını zevkli hale getirecek, sağlıklarını artıracak aktiviteler planlamaları önerildi. Bu aktiviteler egzersiz yapmak, gevşeme ve meditasyon teknikleri öğrenmek, hobilerini uygulamak, ellerini boş bırakmayacak uğraşlar edinmek gibi kişinin tercihiye göre uygun olanlardan biri önerildi. Sigara bırakmaya hazırlık döneminde sigara içme şekillerini değiştirmeye başlamaları önerildi. Bunun için karton sigara almamaları, sigaranın markasını değiştirmesini, her bir sigarayı daha az içmeleri, ilk sigara içim zamanını geciktirmeleri, acilen içme isteğini geciktirmeye çalışmaları, sigara içme işlemini güçleştirmeleri anlatıldı. Depresif semptomları olan olgular psikiyatri kliniği ile

konsülte edildi. Sigarayı bırakmak için uygun bir zaman seçildi. Hazırlık ve rutin değişimi sonrası kişilere davranış terapileri uygulandı. Davranış terapisi olarak kendi kendini izleme, azaltarak yada ani bırakma yöntemleri ve bazı olgularda da grup terapisi uygulandı. Kişinin motivasyon durumuna göre 3. veya 4. görüşmede doktorla görüşme randevusu verildi. Sigarayı bırakmış olarak gelenlere ise doğrudan farmakolojik tedavi açısından değerlendirilmek üzere doktor randevusu verilerek, sosyal destek ve danışmanlık hizmetleri verildi. Sigara içme yada yineleme riskini artıran olaylar, ruhsal durumlar, aktiviteler tanımlanarak, başetme, problem çözme becerisini geliştirmesi, sigara bağımlılığı ve başarılı bırakmayla ilgili temel bilgilerin verilmesiyle sosyal destek sağlandı. Bırakma girişimi sırasında hastayı cesaretlendirilerek , endişe ve kaygılarını paylaşıldı ve bağımlıyı sigarayı bırakma süreci ile ilgili konuşmaya cesaretlendirildi. Nikotin yoksunluğu ve bunun semptomları hakkında bilgi verilerek, bu semptomlarla mücadele edebilmesi için sigarayı bırakan kişiye genellikle bu dönemde aktif olması, kafein içeren içeceklerden kaçınması, derin nefes alma egzersizleri yapması, ilk üç hafta sigara içme riski olan ortamlardan kaçınması, bolca şekersiz sakız vs kullanması, sigara içme isteği aşırı olduğu durumlarda bu isteğin geçeceğini sıkça hatırlaması önerildi. Sigaranın bırakılmasını izleyen ikinci ve üçüncü haftanın sonuna doğru aşırı sigara içme isteğinin azalabileceği, ancak bu isteğin ne zaman kişiyi yakalayacağını belli olmadığı anlatılarak, bu durumda içilen bir sigaranın bile verilen bütün emekleri boşa çıkararak relapsı başlatabileceği konusunda uyarılarda bulunuldu. Sigaranın bırakılmasını izleyen ilk üç ay içinde ortaya çıkabilecek diğer klinik problemler depresyon ve kilo alma konusunda bağımlılar bilgilendirildi. Sigarayı bırakmayı izleyen ilk 6-8 hafta içinde gözlemlenen hızlı kilo alma riski için, egzersizin arttırılması ve düşük kalorili gıdaların yenmesi önerildi. Gerekirse bir diyetisyen ile görüşmesi sağlandı.

Doktor görüşmesinde, kişinin her hangi bir hastalığı olup olmadığı, ilaç kullanıp kullanmadığı sorularak önceden istenen rutin tetkikleri incelendi ve gerekli görüldüğünde ilgili bölümlerden konsültasyonlar istendi. Psikolog ile beraber kişilerin hazırlık önerilerine uyup uymadığı ve kararlılık ile motivasyon düzeyi değerlendirildi. Yapılan değerlendirmeler sonrasında olumlu bulunan kişilere sigara bırakma tarihi belirlenerek gerekli önerilerde bulunuldu, tam hazır olmayan olgulara ise 1 hafta sonraya randevu verildi. Kişilere farmakoterapide kullanılan ilaçlar ayrıntılı olarak yan etkileride dahil anlatıldı. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı varsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin replasman tedavisi ve kontrendikasyon bir durum yoksa beraberinde Bupropion tedavisi ile farmakoterapi önerildi. Kişilere uygulamayı düşündüğümüz farmakoterapi yöntemi anlatılarak, kullanmak isteyip istemediği soruldu. Uygulamanın ilk aylarında Bupropion henüz piyasada yoktu. Nikotin bantları 2 hafta 21 mg'lık, 2 hafta 14 mg'lık ve 2 hafta 7 mg'lık olacak şekilde 6 hafta önerildi. Bupropion ise sigara bırakma tarihinden 7-14 gün önce başlanarak ilk 3 gün 1x 150 mg, sonrasında 2x150 mg olacak şekilde 2 ay önerildi. Nikotin bandı kullananlarda çok fazla sigara içme isteği olması durumunda günde 3 taneyi geçmemek kaydıyla nikotin sakızı önerildi. Tüm olgulara sigarayı bırakma döneminde yaşanabilecek yoksunluk belirtileri ve koşullu uyaranlarla mücadelelerini kolaylaştırmaya yönelik davranış eğitimi verildi ve yoğun motivasyon desteği sağlandı. Bırakma döneminde olgular cesaretlendirildi ve nikotin yoksunluğu ile mücadele konusunda önceden bilgilendirilerek bu konuda önerilerde bulunuldu. Zorlanan olgularda sık sık telefon görüşmeleri yapılarak gerekirse yüz yüze görüşmelerle sigarayı bırakmaları durumunda elde edecekleri kazanımlar yinelendi ve nikotin yoksunluk semptomlarını çok yoğun yaşayan olgularda kullanılan farmakoterapi yöntemi tekrar düzelendi. NRT verilen olgularda

yüksek dozun neden olduğu klinik bulgulara (ishal, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı) göre veya yetersiz doz nedeniyle görülen yoksunluk belirtilerinin (aşırı sigara içme isteği, sinirlilik, huzursuzluk, anksiyete, iştah artışı, depresyon) varlığına göre dozu yeniden düzenlendi. Psikologun uygun gördüğü herhangi bir davranışsal terapi ve rutinlerini değiştirme tüm olgularda uygulandı.

Sigara bırakma günü kişilerle yüz yüze veya telefonla görüşme yapıldı. Sigara bırakma ünitemizde görevli personel sayısının az olması nedeniyle, RİDKOÖ testi skoru 10 ve üzeri olanlarda daha çok motivasyona ihtiyaç göstermeleri nedeniyle özellikle ilk 15 gün içinde daha fazla görüşme yapıldı. 1., 3., 6., 9., 12. aylarda kişiler telefonla arandı. Bu dönemde özellikle ilk 3 ayda kilo alımları ve depresif yakınmaları olup olmadığı sorgulandı. Nüksleri olan ve zorlanan olgular tekrar görüşmeye çağrılarak sigara bırakma nedenleri ve kazanımları anlatılarak motivasyonları arttırılmaya çalışıldı. Gereken olgularda grup terapileri uygulandı. 1 yıl sonunda hala sigara içmeyenler başarılı kabul edildi. Günde en az bir adet sigara içmeye başlaması nüks olarak kabul edildi. 24 saatin altındaki bırakma girişimleri 0 gün sigarayı bırakma girişimi olarak değerlendirildi.

Davranış terapileri ve motivasyon desteği açısından standart tedavi yaklaşımı uygulandı ve bu olgulara farklı farmakolojik tedavi yöntemleri (nikotin bandı, nikotin sakızı, Bupropion) kullanıldı.

İstatistiksel Analiz:

Veriler kaydedildikten sonra, bilgisayar için hazırlanan SPSS paket programına kaydedilerek, başarılı ve başarısız olarak ikili gruplar arasındaki değişkenlerin istatistiksel analizi için Mann Whitney U, Ki-kare, Kruskal-Wallis testi, Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Bütün testlerde $p < 0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Değerler ortalama $\pm$ standart sapma olarak ifade edildi.

4. BULGULAR

Nisan 2002 – Haziran 2005 tarihleri arasında 931 kişi sigara bırakma ünitemize başvurdu. Ancak 115 olgunun ilk görüşmeden sonra programa devam etmemesi, 108 olgunun diğer görüşmelerden sonra programa devam etmemesi, 1 olgunun eksitus olması, 5 olgununda major depresyon veya psikoz gibi psikiyatrik rahatsızlığı veya başka bir madde bağımlılığı olması ve 80 olgununda 1 yıllık takiplerinin olmamasından dolayı toplam 512 kişi ile çalışma yapıldı.

Demografik Özellikleri :

Yaş ortalaması 42 ± 10.9 (15-79 yıl) olan bu olguların %51.4'ü (263/512) erkek, %48.6'sı (249/512) kadındı. %70.9'u (363/512) evli, %20.1'i (103/512) bekar, %8'si (41/512) eşinden ayrılmış ve %1'i (5/512) eşini kaybetmişti. %68.5'i (351/512) üniversite, %22.3'ü (114/512) lise, %6.1'i (31/512) ortaokul, %3.1'i (16/512) ilkokul mezunuydu ve sigara bıraktırma ünitemize başvuran olgular içinde hiç okula gitmemiş ve okuryazar olmayan yoktu. %63.9'u (327/512) memur, %13.7'si (70/512) emekli, %9.4'ü (48/512) serbest meslek, %8.2'si (42/512) ev hanımı, %4'ü (21/512) öğrenci, %0.6'sı (3/512) özel sektörde ve %0.2'si (1/512) işçi olarak çalışmaktaydı. %54.3'nün (278/512) evde beraber yaşadığı kişilerden biride sigara içmekteydi.

Olguların %1.2'sinin (6/512) sigara haricinde diğerk bir nikotin kaynağı (puro, pipo vb) bulunmaktaydı. %60.5'i (310/512) hiç alkol kullanmaz iken, %37.9'u (194/512) sosyal içici ve %1.6'sı (8/512) ise düzenli alkol içicisiydi. Olgular ortalama 26.1 ± 18.7 paket yılı sigara içmekteydi. Olguların %76.5'i (390/512) daha önce sigarayı bırakmayı denemiş ve %98.5'i (383/390) kendiliğinden sigarayı bırakmayı denerken , 2 olgu nikotin bandı (%0.5), 2 olgu bupropion (%0.5), 1 olgu akapunktur (%0.25) ve sadece 1 olguda (%0.25) başka bir merkezde sigara bırakma ünitesine başvurarak nikotin bandı ve Bupropion kullanmıştı. %39.2'si (153/390) 1 kez , %30'u (117/390) 2 kez, %14.9'u (58/390) 3 kez, %5.9'u (23/390) 4 kez ve %10'u (30/390) 5 ve üzeri kez sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştu.

Rutin Testlerinin Özellikleri:

Olguların %98'nin (502/512) SFT kayıtları mevcuttu ve bunlar Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim (GOLD) 2003 kriterlerine göre değerlendirildi. Olguların %85.7'sinde (430/502) normal sınırlarda SFT bulguları bulunurken, çok ağır obstrüksiyon herhangi bir olguda tespit edilemedi (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların SFT bulgularının sınıflandırılması.

SFT Bulguları	n, (%)
Normal (FEV1/FVC>%70, FEV1, FVC beklenen değerlerde)	430 (85.6)
Hafif dereceli obstrüksiyon (FEV1/FVC< %70, FEV1 %80'nin üzerinde)	45 (9)
Orta dereceli obstrüksiyon (FEV1/FVC< %70, FEV1 %80-50 arasında)	9 (1.8)
Ağır dereceli obstrüksiyon (FEV1/FVC< %70, FEV1 %50-30 arasında)	5 (1)
Çok ağır dereceli obstrüksiyon (FEV1/FVC< %70, FEV1 %30'in altında)	0 (0)
Restriktif solunum bozukluğu (FEV1/FVC>%70, FEV1 ve FVC'de beraber düşüklük)	13 (2.6)
Toplam	502 (100)

%93.4 olgunun (478/512) başlangıçta ölçülen ekspirium havası CO düzeyi (normal değer <10 ppm) kaydı mevcuttu ve ortalaması 17.5 ± 10.0 ppm bulundu. %52.1 olgunun (267/512) tam kan sayımı kaydı vardı ve hematokrit düzeyi ortalaması $\%41.7 \pm 4.5$ bulundu. %96 olgunun (492/512) akciğer grafisi bulguları kaydı mevcuttu ve %11.2 (55/492) olguda anormal bulgular tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların akciğer grafisi bulguları.

Akciğer grafi bulguları	n, (%)
Normal bulgular	437 (88.9)
Kronik fibrotik değişiklikler	22 (4.5)
Pulmoner nodül	6 (1.2)
Amfizematöz değişiklikler	10 (2)
Lineer atelektazi	3 (0.6)
Hiler dolgunluk	11 (2.2)
İnterstisiyel görünüm	1 (0.2)
Kardiyotorasik oran artışı	2 (0.4)
Toplam	492 (100)

Olguların %65.4'ünde (335/512) herhangi bir hastalık bulunmazken, %34.6'sında (177/512) kronik bir hastalık mevcuttu (Tablo 3). Olguların hiçbirisi akciğer veya başka malignite nedeniyle sigara bırakma ünitesine başvurmamıştı.

Tablo 3. Olgularda mevcut olan kronik hastalıklar.

Mevcut olan kronik hastalık	n, (%)
Atherosklerotik kalp hastalığı (ASKH)	22 (4.3)
Diabetes Mellitus (DM)	16 (3.1)
KOAH	11 (2.1)
Astım Bronşiale	14 (2.7)
Konjestif kalp yetmezliği	5 (1)
ASKH ve Hipertansiyon	24 (4.7)
Hipertansiyon	24 (4.7)
Hipertroidi	10 (2)
Astım Bronşiale ve DM	2 (0.4)
Astım Bronşiale ve Hipertansiyon	2 (0.4)
Kronik Karaciğer hastalığı	17 (3.3)
Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon	17 (3.3)
İdiopatik Pulmoner Fibrozis	1 (0.2)
Depresyon	8 (1.6)
Nöromusküler Hastalık	2 (0.4)
Burger Hastalığı	2 (0.4)
Herhangi bir kronik hastalığı olmayan	335 (65.4)
Toplam	512 (100)

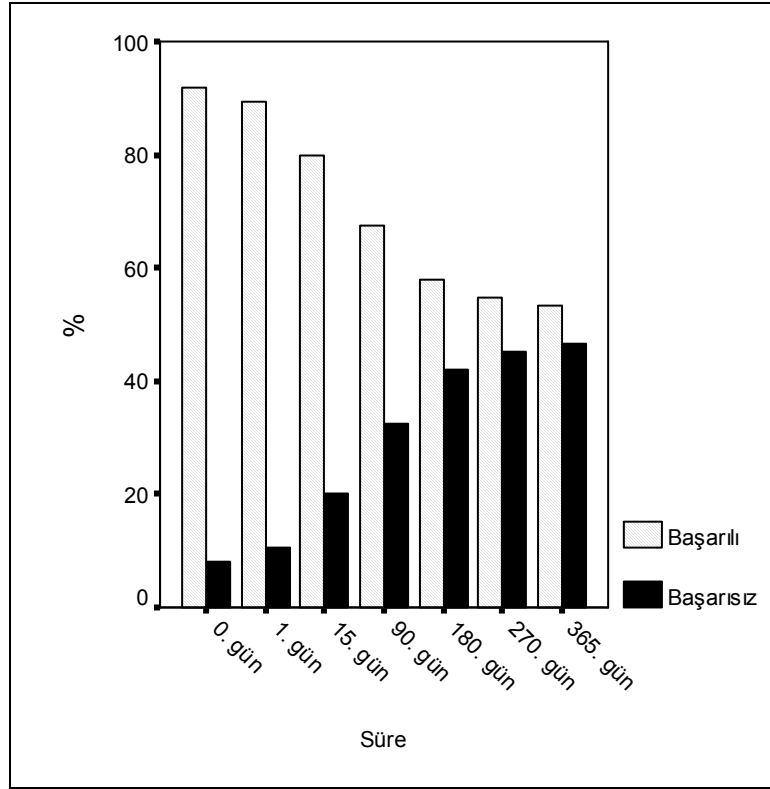
Olguların sigara bırakma polikliniğine başvurarak sigara bırakmayı isteme nedenleri içinde en fazla neden sigaranın sağlığı için zararlı olduğunu düşünmeleri idi (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların sigarayı bırakmak istemelerinin nedenleri.

Bırakma nedeni	n, (%)
Sağlığı için zararlı olduğundan	365 (71.3)
Mevcut Kronik Hastalığı Nedeniyle	115 (22.5)
Çevresinin Israrı nedeniyle	28 (5.5)
Hamile kalmayı düşünmesi nedeniyle	4 (0.8)
Toplam	512 (100)

Olguların Başarı Durumu

Bir yıllık takipleri sonunda olguların %53.3'ü (273/512) sigarayı bırakmada başarılı olurken, %46.7'si (239/512) başarısız olmuştur. Olguların %8.2'si (42/512) 24 saatten daha az süre de sigara bırakma girişiminde bulunmuştur. %10.7'si (55/512) 24-48 saat arasında bırakma girişiminde bulunmuştur. 15.günde %79.9'u (409/512), 90.günde %67.4'ü (345/512), 180.günde %58'i (297/512) ve 270.günde %54.7'si (280/512) sigarayı bırakmış olarak saptandı (Şekil 1).



Şekil 1. Olguların 1 yıllık başarı oranları

Sigara bırakmada başarılı ve başarısız olan gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, boy, kilo, fagerström testi, kaç paket yıl sigara içtiği, daha önce sigarayı bırakıp bırakmadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 5). Evde beraber yaşadığı kişilerden birinin sigara kullanması, başarısızlık oranını istatistiksel olarak arttırırken ($p=0.0016$), daha öncesinde 180 gün ve üzeri sigara bırakma girişimi olan olgularda başarı oranları ($p=0.019$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır. Olguların 40 yaşının üzerinde veya 40 yaşının altında olması ile başarı oranları arasında ilişki bulunamadı ($p = 0.061$) (Tablo 5).

Tablo 5. Başarılı ve başarısız gruplar arasındaki demografik veriler.

Olguların özellikleri	Başarılı Grup n:273 (%53.3)	Başarısız Grup n:239 (%46.7)	P değeri
Yaş	42.7±10.4	41.5±11.6	0.195
Cinsiyet			
Kadın	127 (%24.8)	122 (%23.8)	0.307
Erkek	146 (%28.5)	117 (%22.9)	
Medeni Durumu			
Evli	198 (%72.5)	165 (%69)	0.407
Bekar	52 (%19)	51 (%21.3)	
Ayrılmış	19 (%7)	22 (%9.2)	
Eşini kaybetmiş	4 (%1.5)	1 (%4)	
Eğitim Düzeyi			
Üniversite	194 (%71.1)	157 (%65.7)	0.557
Lise	55 (%20.1)	59 (%24.7)	
Ortaokul	15 (%5.5)	16 (%6.7)	
İlkokul	9 (%3.3)	7 (%2.9)	
Meslek			
Memur	186 (%68.1)	141 (%59)	0.382
Emekli	33 (%12.1)	37 (%15.5)	
Serbest çalışan	22 (%8.1)	26 (%10.9)	
Ev Hanımı	22 (%8.1)	20 (%8.4)	
Öğrenci	9 (%3.3)	12 (%5)	
Özel Sektörde çalışan	1 (%0.4)	2 (%0.8)	
İşçi	0 (%0)	1 (%0.4)	
Boy	167.9±8.5	167.3±8.8	0.358
Kilo	70.0±3.7	69.7±14.3	0.627
Aynı evde beraber yaşadığı kişilerden sigara içen			
Var	127 (%46.5)	151 (%63.2)	0.0016
Yok	146 (%53.5)	88 (%36.8)	
Fagerström testi skoru	5.1±2.5	5.4±2.3	0.183
40 yaşın üzerinde	110 (%40.3)	116 (%48.5)	0.061
40 yaşın altında	163 (%59.7)	123 (%51.5)	
Sigara paket/yıl	26.7±9.1	25.5±18.3	0.543
Daha önce sigarayı bırakması			
Evet	215 (%79)	175 (%73.5)	0.143
Hayır	57 (%21)	63 (%26.5)	

213 olgu tek başına nikotin bandı, 16 olgu tek başına Bupropion, 175 olgu nikotin bandı ve Bupropion'u beraber, 7 olgu tek başına nikotin sakızı kullanmış ve 101 olgu ise farmakoterapi almamıştır. Davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan, davranış terapisi ile beraber nikotin bandı ve Bupropion kullanan, tek başına davranış terapisi alan olgular başarı açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamadı ($p=0.811$) (Tablo 6).

Tablo 6. Başarılı ve başarısız gruplar arasındaki uygulanan farmakoterapi yöntemlerinin özellikleri.

Uygulanan Farmakoterapi	Başarılı olanlar n, %	Başarısız olanlar n, %	Toplam
Nikotin Bandı	112 (52.6)	101 (47.4)	213 (100)
Nikotin Bandı ve Bupropion	95 (54.3)	80 (45.7)	175 (100)
Farmakoterapi almayan	57 (56.4)	44 (43.6)	101 (100)
Toplam	264	225	489 (100)

*Olguların kullanmış olduğu tedavi yöntemleri ile başarı arasında istatistiksel farklılık saptanmadı ($p=0.811$).

Çalışmaya alınan olgular belirtilen farmakolojik tedavileri önerilen sürelerde kullanmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Önerilen farmakoterapi yöntemlerinin olgular tarafından ortalama kullanım süreleri.

Önerilen Farmakoterapi	Ortalama Kullanma Süresi
Nikotin Bandı	29.3±15.3 gün
Bupropion	37±17 gün
Nikotin Bandı ve Bupropion	50.5±15.5 gün
Nikotin Sakızı	16.7±14.3 gün

Olguların %95.1'nin (487/512) RİDKOÖ anketi mevcuttu ve 237'si (%48.7) kadın, 250'si (%51.3) erkek idi. Kadın ve erkek olarak 2 gruba ayrılarak RİDKOÖ testi skoruna bakıldı. Kadın olguların başarılı ve başarısız grupta da RİDKOÖ skoru, erkek olgulara göre bir miktar yüksek olmakla beraber başarı durumu ile ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0.232$). Benzer şekilde erkeklerinde RİDKOÖ skoru ile başarı durumları arasında istatistiksel fark bulunamadı ($p=0.583$) (Tablo 8).

Tablo 8. Olguların cinsiyet ve başarı durumlarına göre RİDKOÖ skoru.

Cinsiyet	Başarılı olguların RİDKOÖ skor ortalaması	Başarısız olguların RİDKOÖ skor ortalaması	P değeri
Kadın	8.8±2.3	9.4±3.5	0.232
Erkek	8.3±3.2	8.2±3.1	0.583

Kullanılan farmakolojik yöntem ile sigarayı bırakmayı takip eden ilk 3 ay içerisinde olguların kilo alım oranlarına bakıldı. En çok kilo alımı ise nikotin bandı kullananlarda saptandı. Farmakoterapi almayan gruptaki kilo alım oranı ise nikotin bandı ile Bupropion beraber kullanan gruptan az saptandı. Davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan, davranış terapisi ile beraber nikotin bandı ve Bupropion kullanan, tek başına davranış terapisi alan olgular sigarayı bırakmayı takiben ilk 3 ay içerisinde kilo alımı açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamadı ($p=0.295$). Olguların kilo alım oranları ile başarı durumları arasında istatistiksel farklılık saptandı ($p=0.000$). Başarılı grupta kilo alım oranları daha fazlaydı (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların almış olduğu farmakoterapi yöntemi ile sigaranın bırakılmasını takip eden ilk 3 ay içindeki kilo alım oranları ve başarı durumları arasındaki ilişki.

Kullanılan Farmakoterapi Yöntemi	Başarılı olgularda ortalama kilo alımı Median (Minimum-Maksimum) / kg	Başarısız olgularda ortalama kilo alımı Median (Minimum-Maksimum)/ kg
Nikotin Bandı	3 kg (1-15 kg)	1 kg (1-4 kg)
Nikotin Bandı ve Bupropion	3 kg (1-10 kg)	1 kg (1-8 kg)
Farmakoterapi almayan	2 kg (1-9 kg)	2.5 kg (1-6 kg)

*Olguların sigarayı bırakmayı takiben ilk 3 ay içerisinde kilo alım oranları ile başarı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tesbit edildi ($p= 0,000$). Başarılı grupta kilo alım oranları daha fazlaydı.

*Olguların kullanmış olduğu tedavi yöntemi ile sigarayı bırakmayı takiben ilk 3 ay içerisinde kilo alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p=0.295$).

Sigaranın bırakılması takip eden dönemde olgularda depresyon bulgusu olup olmadığına bakıldı. %10.9 (56/512) olguda depresyon saptanırken, %89.1 (456/512) olguda depresyon saptanmadı. Olguların kullandığı farmakoterapi yöntemi ile depresyon gözlenme

oranlarına bakıldı. Nikotin sakızı kullanan 7 olguda (%100) ve Bupropion kullanan 16 olguda (%100) depresyon saptanmadı. Farmakoterapi uygulanmayan ve tek başına davranış ve destek tedavisi alan 101 olgunun 7'sinde (%6.9) depresyon saptandı. Bupropion ve nikotin bandı beraber kullanan 175 olgunun ise 15'inde (%8.6) depresyon saptandı. Nikotin bandı kullanan olguların %60.7'sinde (34/213) depresyon saptandı. Davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan, davranış terapisi ile beraber nikotin bandı ve Bupropion kullanan, tek başına davranış terapisi alan olgular sigarayı bırakmayı takiben depresyon bulgusu açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan grupta depresyon izlenme oranları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.021$). Depresyon ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0.598$) (Tablo 10).

Tablo 10. Uygulanılan farmakoterapi yöntemleri ve sigaranın bırakılmasını takiben gözlenen depresyon oranları.

Uygulanılan Farmakoterapi	Depresyon saptanan olgular n, (%)	Depresyon saptanmayan olgular n, (%)	Toplam
Nikotin Bandı	34 (16)	179 (84)	213 (100)
Nikotin Bandı ve Bupropion	15 (8.6)	160 (91.4)	175 (100)
Farmakoterapi almayanlar	7 (6.9)	94 (93.1)	101 (100)
Toplam	433 (88.5)	56 (11.5)	489 (100)

* Sigarayı bırakmayı takiben görülen depresyon oranları ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p = 0,596$).

*Sigarayı bırakmayı takiben görülen depresyon oranları ile kullanılan tedavi yöntemleri karşılaştırıldığında, davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullananlarda depresyona girme oranları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.021$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada her 8 saniyede bir insanın ölümüne yol açan sigara ile mücadele için ilk kez 1955’de Stockholm’de kurulan sigara bırakma polikliniğinden bu yana 300’ün üzerinde sigara bırakma programı geliştirilmiştir. Her gün sigaranın neden olduğu hastalıklarla karşılaşan ve tedavi etmek durumunda kalan biz hekimlerin en önemli görevlerinden biri, kişileri sigaraya bir daha hiç başlamamak üzere sigarayı bıraktırmaktır. Sigaranın sağlığa zararları ve bıraktınca elde edilecek kazanımlar, günümüzde sigara içenler tarafından bilinmekte olup, her yıl sigara içenlerin %70’i bırakmayı düşünüp, 1/3’ü de bırakmaktadır; fakat deneyenlerin %98’i bir yıl içinde tekrar sigaraya başlamaktadır. Çalışmamızda olgularımızın %76.5’i daha önce sigara bırakma girişiminde bulunmuş olarak tesbit edilmiştir. Hekimlerin tek bir görüşmede dahi hastalarına sigarayı bırakmayı tavsiye etmeleri, bağımlıların %3-5’inin sigarayı bırakmasına neden olmaktadır (52,120). Sigara bırakma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen bütün içicilere yoğun tedavi programlarının uygulandığı uzmanlaşmış merkezlerdir ve başarı oranları %25-60 arasında değişmektedir. Halen nikotin bağımlılığının en uygun tedavisinin özellikle davranışçı terapiler ile beraber nikotin replasman tedavisi ve bupropion şeklindeki farmakolojik yardımlar olduğu belirtilmektedir (32). Sigara içimi ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan ilaç dairesi gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Sigara bırakmanın sağlık ve maliyet açısından etkinliği ile ilgili Amerikan ve İngiliz Ulusal Halk Sağlığı birimleri uzlaşlı raporu yayınlamıştır (52,86). Ülkemizde de Türk Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma grubu Toraks Derneği üyelerine yapmış olduğu anket çalışmalarında üyelerin sigara bırakma konusunda hassas olduğunu

göstermiştir (64). Tüm bu bilgiler ışığında Nisan 2002’de açılan sigara bırakma polikliniğimizde bu raporlara uygun olarak olgulara uzun süreli yoğun destek ve motivasyonun uygulandığı, yakın takip ve farmakoterapi uygulamalarından oluşan bir program uygulandı. Polikliniğimizde sigara içmeme oranları 15. günde %79.9, 90. günde %67.4, 180. günde %58, 270. günde %54.7 ve 365. günde %53.3 olarak saptandı. The Agency for Health Care Policy Research’ün (AHCPR) yayınlamış olduğu farklı çalışmalarının değerlendirildiği metaanalizde 6 ay ve daha uzun süreli sigara bırakma oranları % 2-%19 arasında değişik oranlarda bulunmuştur. Bu farklı oranların nedeni çalışmalarda farklı yöntemlerin uygulanması ve farklı olguların bulunması olarak açıklanmıştır (117). Lando ve arkadaşlarının değerlendirmesine göre yoğun destekten oluşan bazı programların 1 yıllık bırakma oranları %16-22’dir (67). American Lung Health çalışmasında da yoğun bir program uygulanması ile başarı oranları %25’lere çıkarılmıştır (86).

Ülkemizde Uzaslan ve arkadaşlarının (114) 296 olguluk çalışmalarında 1 yıllık başarı oranı %40, Solak ve arkadaşlarının (101) 145 olguluk çalışmalarında %45.5, Demir ve arkadaşlarının (23) çalışmalarında 1 yıllık tedavi ile başarı oranı %33.6, tedavisiz başarı oranı %10.9, Can ve arkadaşlarının (15) çalışmasında 1 yıllık başarı oranları %43.4 ve Salepci ve arkadaşlarının (92) çalışmasında ise 1 yıllık başarı oranı %41.2 bulunmuştur. Çalışmamızda yüksek oranda başarı saptanmasının en önemli nedeni polikliniğimizde uzlaşlı raporların yakından takip edilmesi, profesyonel destek, farmakolojik tedavinin kontrendikasyon ve olguların kullanmak istememesi dışında tüm olgulara kombine uygulanması, olguların yakın takibi ve bırakmaya kararlı olguların programa dahil edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu nedenle sigara içen tüm hastalar sorgulanmalı, sigara bırakma konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca sigara bırakmaya teşvik

edip cesaretlendirilmeli, sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeli ve özellikle kararlı olanların yakından takip edilmesi gerektiği sonucuna vardık.

Sigara bırakma polikliniğimizde her başvuran hastaya sigaranın zararlarıyla ilgili eğitim verilmesi, broşür gibi görsel materyallerin kullanılması, laboratuvar bulgularının detaylı değerlendirilmesi genel başarımızın arttırıcı unsurları olduğunu düşünmekteyiz. Meta-analizlerde gösterilmiştir ki, kayıt tutmak hastanın bırakma girişimini ve bırakma oranlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır (28). İlk görüşmede CO ölçümü yapmak ve broşür dağıtmak yine yapılan çalışmalarda başarı oranlarını %8'den %15'lere çıkarmaktadır (23,52,84,86). Polikliniğimizin yoğunluğu nedeniyle olguların takibi için uygulanan telefonla sigara içme durumunun kontrol edilmesi birçok çalışmada uygulanan ve etkili olduğu bildirilen bir yöntemdir (100,124).

Çalışmamızda yaş ile sigarayı bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çok merkezli çalışmalar ve metaanalizlerde de benzer bir yaş dağılımı görülmektedir (29). Yapılan çalışmalarda yaşı 40'ın üzerinde olanlarda sigara bırakma başarısının anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür (51,92,114,120). Çalışmamızda ise yaşı 40'ın üzerinde ve altında olanlar arasında başarı açısından farklılık bulunmamaktadır. Bazı çalışmalarda sigara bırakma polikliniğine başvuran erkek sayısı fazlayken (15,101,114), Wilson'un çalışmasında kadın sayısı daha yüksektir (120). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında, kadın ve erkek sayısı birbirine çok yakındır (23). Çalışmamızda kadın ve erkek sayıları birbirine çok yakın bulundu ve cinsiyetin sigara bırakma başarısını etkilemediği tespit edildi. Salepçi ve arkadaşlarının (92) yaptığı çalışmada medeni durum ile başarı arasında ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda da medeni durumla başarı arasında ilişki bulunamadı.

Olgularımızın %68.6'sı üniversite mezunuydu ve bunun sonucu olarak da eğitim düzeyi arttıkça sigara konusundaki bilincin artması mantıklı bir düşünce olarak karşımıza çıkmaktadır. Can ve arkadaşları (15) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile başarı arasında anlamlı etki olmadığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ve meslek ile başarı arasında ilişki bulunamadı. Bu durumun olguların eğitim düzeyi arttıkça sigaranın zararları konusunda daha fazla bilgiye sahip olması ve bu yüzden sigara bırakma ünitelerinden haberdar olup başvurması fakat kararlılık düzeyinin yüksek olmaması ve stres, iş koşulları gibi nedenlerden dolayı başarı oranlarının fazla olmamasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Olgularımız arasında diğer bir nikotin kaynağı bulunması ve alkol kullanımı olan kişi sayısı az olduğu için, bu olgularda sigara bırakma başarısını yorumlamak zordur. Bu olguların sayısının az olmasının nedeninin, ilk görüşmede psikolog tarafından olguların alkol ve diğer nikotin kaynağı olup olmadığının sorgulanması, alkol veya uyuşturucu madde kullanan olguların öncelikli olarak bunların tedavisi için psikiyatri bölümünce değerlendirilmesinin önerilmesi ve bu olguların program dışı bırakılması olarak düşünüldü. Çünkü yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılığı olan olguların sigara bırakmada başarısız olduğu gösterilmiştir (36).

Solak ve arkadaşları (101) ve Salepçi ve arkadaşları (92) yaptıkları çalışmalarda Fagerström nikotin bağımlılık testi skoru ile başarı arasında ilişki tespit edememişlerdir. Çalışmamızda da başarı durumu ile Fagerström nikotin bağımlılık testi arasında ilişki tespit edilemedi.

Yapılan çalışmalarda sigara içenlerin beraber yaşadıkları evde başka bir sigara içen partnerin bulunmasının sigara bırakmayı olumsuz etkilediğini gösterilmiştir (11,50,118).

Ancak Salepçi ve arkadaşları ile Solak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda evde sigara içilip içilmemesi ile başarı arasında ilişki bulunamamıştır (92,101). Çalışmamızda ise olgularımızın %54.3'ünün evde beraber yaşadığı bireylerden en az biri sigara içmekteydi ve bu durumun kişilerin başarılarını olumsuz etkilediği tespit edildi. Yapılan birçok çalışmada evde sigara içen partnerin olması, işyerinde sigara içenlerin olmasının sigara bırakmayı olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu yüzden sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin çevresinde sigara içen olup olmadığının sorgulanması, çevresindeki sigara içen olgularında bırakmaya teşvik edilmesi ve en azından bu yapılamıyorsa bu olguların sigara bırakma sürecince beraber bulundukları ortamda sigara içmemeye özen gösterilmesinin başarıyı arttıracak kanaatindeyiz.

Uzaslan ve arkadaşları (114), uzun yıllardır sigara içenlerde ve günde 11-20 adet sigara içenlerde sigara bırakma oranlarını anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Başka bir çalışmada da daha az sayıda sigara içenlerde bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur (120). Ancak yapılan diğer çalışmalarda günde içilen sigara sayısının bırakma oranını etkilemediği sonucuna varılmıştır (15,91,95). Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı ile başarı arasında ilişki bulunamadı. Yapılan bir çok çalışmada önceden çok sayıda sigara bırakma girişiminin olması sigara bırakma oranını arttırdığı tespit edilmiştir (28). Çalışmamızda önceden olan sigara bırakma girişim sayısı ile başarı arasında ilişki bulunamadı. Ayrıca çalışmamızda önceden 180 gün ve üzeri olan sigara bırakma girişiminin sigara bırakma başarısını arttırdığı tespit edildi. Bununla birlikte çalışmalarda bağımlının sigarayı bıraktı denilebilmesi için 1 yıl süre ile hiç sigara içmemesi gerektiği belirtilmiştir (103). Ancak son yayınlarda 6 aylık başarı oranları da kullanılmaktadır (35,103). 6 aylık başarı oranları göz önüne alınırsa, 6. ayın sonunda başarısız olanlar olgular bir sonraki sigara

bırakma girişiminde daha fazla başarılı olma şansına sahip olacakları için sigara bırakma polikliniklerinde 6 aylık başarı oranlarının da önemli olduğu kanısına vardık.

Olgularımızda ek hastalık bulunmasının sigara bırakma başarı oranını etkilemediği, diğer çalışmalarda ise ek hastalığın bulunmasının başarıyı olumlu etkilediği tespit edilmiştir (15,114). Olgularımızın mevcut hastalıklarının çok ağır düzeyde olmamasından dolayı başarı oranlarını etkilemediğini düşündük. Yine benzer şekilde hastalığı nedeniyle sigarayı bırakmak isteyenlerin literatürde daha başarılı olduğu belirtilmekle beraber (15), çalışmamızda bırakma nedeni hastalık veya başka nedenlerden olanların başarı oranları arasında farklılık bulunamadı.

Sigara bırakma ünitemizin kuruluşunda psikolog tarafından sigara bırakma sonrası takip sıklığını belirlemek için RİDKOÖ testi kullanılmış olup, yapılan çalışmalarda sigara bırakma girişimi başarısız olan olgularda bu testin skoru yüksek bulunmuştur (13,14,22,54,73,89,91). Çalışmamızda da sigara bırakmada başarısız olan olguların RİDKOÖ skoru, başarılı olan olgulara göre yüksek bulunmuştur. Fakat olguların RİDKOÖ skoru değeri ile başarı oranları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanamamıştır. Bu durumun nedeninin, RİDKOÖ skor değerinin yüksek olduğu olgularda sigara bırakma günü ve sonrasında düşük olan gruba göre daha sık görüşme yapılmış olmasına bağlı olduğu düşünüldü. Gerek sigara bağımlılığının psikolojik yönü, gerekse sigara bırakma polikliniklerinde iş yükü ve elaman azlığı nedeniyle olguların takibi açısından bu tip testlerin uygulanmasının başarıyı arttıracak kanaatine varıldı.

Yapılan çalışmalarda sigara bırakıldıktan sonra ortalama 5 kg kadar kilo alınabildiği ancak bunun iyi danışmanlık hizmeti, spor ve diyetle verilebileceği gösterilmiştir (28).

Özellikle bayan olgularda sigara bırakma sonrası kilo alma problemi sigarayı bırakmada isteksizliğin en önemli sebebidir (38,61). Çalışmamızda sigarayı bırakmayı takiben ilk 3 ay içindeki kilo alım oranları sigara bırakmada başarılı olan grupta daha fazla bulundu. Kadın ve erkek grupları arasında sigarayı bıraktıktan sonra ilk 3 ay içerisinde alınan kilo açısından farklılık bulunmadı. Bupropion'un kilo artışını önlemede olumlu etkisi olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (48). Çalışmamızda ise en fazla kilo alım oranı tek başına nikotin bandı kullanan grupta görülmekle birlikte, uygulanan farmakoterapi ile kilo alım oranları arasında istatistiksel olarak ilişki tesbit edilmedi. Genel olarak olgularımızın ortalama kilo alım oranlarının diğer çalışmalardan daha düşük olmasının nedeninin iyi danışmanlık hizmetine bağlı olduğu düşünüldü.

Sigara bırakma sonrası depresyon oranları ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Depresyona giren olguların %60.7'si davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan gruptan olması dikkat çekicidir. İstatistiksel olarak da davranış terapi ile birlikte nikotin bandı kullanan olgularda depresyon oranı yüksek tespit edildi. Sigara bırakıldıktan sonra depresif ruh hali ve genel bir isteksizlik halinin olması beklenen bir durumdur. Ancak bazen sigarayı bırakmak, zeminde var olan psikiyatrik bir hastalığın alevlenmesine sebep olabilir (20). Bu gibi olgularda başarısızlık oranları da yüksek bulunmuştur (31). Bu nedenle bu olgular sigara bırakma sonrası depresyon açısından yakın takip edilmeli ve gerekirse psikiyatri bölümü ile konsülte edilmelidir.

Olgularımızın büyük bir kısmının farmakoterapi ile birlikte davranış terapisi alması başarı oranlarındaki yüksekliği açıklayabilir. Bugün için sigara bırakma yöntemleri için kabul gören tüm konsensus raporlarında yoğun destek ve motivasyondan oluşan davranışçı terapilere, farmakoterapinin eklenmesinin başarıyı arttırdığı ortaya konmuştur. Sigara bırakma

tedavisinin bir parçası olan destek ve davranış terapileri, bırakmayı engelleyen faktörleri belirleme, nüksü önleme planları geliştirme ve motivasyon sayesinde belki de uzun süreli başarıyı sağlayan en önemli tek unsurdur. Transdermal nikotin bantlarıyla yapılmış 17 çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde 6 aylık başarı oranı %22, plasebo grubunda ise %9 bulunmuştur (29). Plasebo ile karşılaştırıldığında NRT'nin sigarayı bırakma başarısını 2-3 kat arttırdığı görülmektedir. Ancak bu çalışmalarda NRT ile kombine edilen destek tedavisinin yoğunluğu farklıdır. NRT'nin değişik formlarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 1 yıllık başarı oranı sakızda %29, inhaler formda %28, nazal spreyde ise %27'dir ve bir önceki meta-analize göre yüksek bulunan bu başarı oranları NRT'ye eklenen destek tedavisine bağlanmaktadır (106). Ayrıca sonuçların ilk meta-analizinde 6 aylık, diğerinde ise 1 yıllık olduğu göz önüne alınırsa destek tedavisinin bırakma başarısı üzerine etkisi daha ön plana çıkmaktadır. Bupropion ile yapılan çalışmalarda ise bupropion kullananlarda başarı oranı %23.1, plaseboda ise %12.4 saptanmıştır (85,87). Plaseboya göre bupropion kullananlarda bırakma oranlar 2 kat yüksek saptanmıştır. NRT ile bupropion kombinasyonun tek tek kullanımından üstün olduğu gösterilmiştir (85,87). Bupropion alan grupta %30.3, nikotin bandı ile beraber bupropion alan grupta %35.5 başarı oranlar saptanmıştır ve ayrıca bupropion'un kilo artışı önlemede olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda bulmuş olduğumuz yüksek başarı oranının uygulanan yoğun destek, yüz yüze görüşme, yakın takip ve %80.3 oranında olguda beraberinde uygulanan farmakoterapiye bağlı olduğu düşünüldü. Farmakoterapinin başarıya olan etkisi ile ilgili randomize, olgu sayısı yeterli ve karşılaştırılmalı çalışmaların yapılması gerektiği sonucuna varıldı.

Olgularımızın farmakoterapikleri ortalama kullanma süreleri literatürdeki bir çok çalışmadan daha uzun olmakla beraber, olgularımızın tarafımızca önerilen tedavi süresinden

daha az süreli farmakoterapi kullanmış olmaları dikkat çekicidir. Farmakoterapiklerin önerilen sürelerden daha az kullanılmasının en önemli sebebinin bu ilaçları sosyal güvenlik kurumlarının karşılamaması, olguların yüksek tedavi maliyetlerinden dolayı ilk kutudan sonra ikinci kutu ilacı alırken zorlanması ve ayrıca "kendi irademle de bırakabilirim" düşüncesi, gibi nedenler olduğu düşünülmektedir. Gelecekte hükümetler tarafından sigaranın yol açtığı hastalıkların maliyetinin sigara bağımlılığı tedavisinden çok yüksek olduğunun anlaşılması ve sigarayı bırakmak isteyen tüm olguların tedavi masraflarının sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmesini umuyoruz.

Sonuç olarak, çalışmamızdaki yüksek başarı oranının polikliniğimizde olgularımızla yüz yüze görüşme yapılması, kararlı olguların programa dahil edilmesi, yoğun destek ve motivasyon uygulamaları, yakın takip, uzlaşi raporları ve yeni yayınların takibi, farmakoterapi yöntemlerinin kontrendikasyonu olmayan ve kullanmak isteyen tüm olgulara uygulanmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Kendi başına sigarayı bırakmayı deneyenlerin sadece %3-5'i bunu başarabilirken, sigara bırakma polikliniklerinde başarının %53'lere çıkabilmesi de sigara bırakma polikliniklerinin önemini ve yaygınlaştırılması gerektiğini ortaya koymakla beraber sigarayı bırakmak isteyen herkesin bir daha sigaraya başlamamak üzere sigarayı bırakmasını sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi için çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

6. ÖZET

Dünyada 8 saniyede bir insanın ölümüne yol açan sigara ile mücadele, her gün sigaranın neden olduğu hastalıklarla karşılaşan ve tedavi etmek durumunda kalan biz hekimlerin en önemli görevlerinden biri olmuştur. Sigara bıraktırma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken, poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir.

Bu çalışmada sigara bıraktırma ünitemize başvuran ve 1 yıllık takibi olan 512 olguda sigara bırakma oranı %53.3 olarak bulundu. Sigara bırakmada başarılı ve başarısız olan gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, boy, kilo, fagerström testi, kaç paket yıl sigara içtiği, daha önce sigarayı bırakıp bırakmadığı, RIDKOÖ testi skoru, ek hastalığının olup olmaması, bırakma nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Evde beraber yaşadığı kişilerden birinin sigara kullanması başarısızlık oranını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırırken, daha öncesinde 180 gün ve üzeri sigara bırakma girişimi olan olgularda başarı oranları istatistiksel olarak artmış tespit edildi. Olguların 40 yaşının üzerinde olması ile 40 yaşının altında olması ile başarı oranları arasında ilişki bulunamadı. Başarılı grupta sigarayı bırakmayı takiben ilk 3 ayda kilo alımı istatistiksel olarak anlamlı yüksek tesbit edildi. Davranış terapisi ile beraber nikotin bandı kullanan olgularda depresyon oranları yüksek saptandı.

Sonuç olarak, çalışmamızda bulmuş olduğumuz yüksek başarı oranının polikliniğimizde olgularımızla yüz yüze görüşme yapılması, kararlı olguların programa dahil edilmesi, yoğun destek ve motivasyon uygulamaları, yakın takip, uzlaşi raporlarının takibi ve farmakoterapi yöntemlerinin kontrendikasyonu olmayan ve kullanmak isteyen tüm olgulara uygulanmasına bağlı olduğu sonucuna varıldı.

7. ABSTRACT

The battle against smoking which causes death of a person every 8 seconds in the world is one of the most important responsibility of physicians who are confronted with and obliged to treat the diseases related with smoking everyday. Stopping smoking is around %3-5 without the help of a smoking quitting clinic but this figure rises to %40 with the help of a special outpatient clinic designed to encourage quitting smoking.

In this study smoking quitting frequency was found to be %53.3 in 512 patients who had applied to our smoking quitting clinic after one year follow up period. There was no statistically significant difference between persons who managed to stop smoking and persons who failed to do so with regard to age, sex, marital status, educational status, occupation, height, weight, fagerström test, cigarette box per year, prior trial of stopping smoking, Rotter scale of internal-external locus of control, presence of coexisting disease and reasons for quitting smoking cigarette. Success related with stopping cigarette smoking was found to be statistically increased in persons who had stopped smoking for 180 days and more in prior efforts while failure to quit smoking was found to be statistically increased in persons living with persons who smoke at home. Success rate did not differ between persons who are older than 40 years of age and persons who are younger than 40 years of age. In persons who succeeded in quitting smoking weight gain was found to be statistically high in 3 months following quitting smoking. Frequency of depression was found to be high in cases who received behavioral therapy and used nicotine patches simultaneously.

In conclusion high success rate we achieved in our study was thought to be related to face to face interview with our cases in our clinic, inclusion of persons with commitment to stop smoking, intensive support and motivation therapies close follow up of agreement reports and use of pharmacotherapy methods in every case who are willing to do so and who do not have any contraindications.

8.KAYNAKLAR

1. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 283: 3244-54, 2000.
2. A US Public Health Service Report: A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 283:3254. 2000.
3. Anthenelli RMDJ. Effects of rimonabant in the reduction of major cardiovascular risk factors: Results from the STRATUS_US Trial Presented at the American College of Cardiology 53rd Annual Scientific Meeting. New Orleans, March 9, 2004.
4. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No:2. http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html#_edn7; 2003.
5. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. Am Rev Respir Dis 123: 149-55, 1981.
6. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In D'Amato G, Holgate ST; eds. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. Eur Respir Mon 21:161-79, 2002.
7. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine. Ann Rev Med 37: 21-32, 1986.
8. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. Med Clin North Am 76 (2): 415-437, 1992.
9. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 17: 319:1318-30, 1988.

10. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking behaviour and attitudes (Turkey). Final Report of Research for International Tobacco Control. Ankara. 1997.
11. Borland R, Young H-H, Cummings KM, Hyland A, Anderson S and Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Tob Control* 15: 42-50, 2006.
12. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders : Finding from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 149: 464-9, 1992.
13. Bunch JM, Schneider HG. Smoking –Specific Locus of Control. *Psychol Reports* 69: 1075-1081, 1991.
14. Burgess C, Hamblett ML. Application of the Rotter scale of internal-external locus of control to determine differences between smokers, nonsmokers and ex-smokers in their general locus of control. *Journal of Advanced Nursing* 19: 699-704, 1994.
15. Can G, Oztuna F, Ozlu T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 52: 69-74, 2004.
16. Carole Burgess BA, Mary L, Hamblett BA. Application of the Rotter scale of internal-external locus of control to determine differences between smokers, non-smokers and ex-smokers in their general locus of control. *J of Advanced Nursing* 19; 699-704, 1994.
17. Clarke PBS, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. *Brain Research* 338: 355-8, 1985.
18. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 10: 315-24, 2003.

19. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco control country profiles. Atlanta GA; American Cancer Society 344, 2000.
20. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. J Addict Dis 17: 35-46, 1998.
21. Dabakoğlu T, Kukner S, Vicdan K et al. Smoking, drinking and drug use in female adolescent. Tr J Med Sci 19: 157-64, 1993.
22. Dağ İ. Rotter'ın iç-dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Psikoloji Dergisi Cilt 7, Sayı 26: 10-16, Aralık 1991.
23. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N ve ark. Sigara bırakma polikliniğimiz bir yıllık izlem sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 52: 63-8, 2004.
24. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. Monaldi Arch Chest Dis 52: 282-4, 1997.
25. Fagerström KA, Söwe U, Tønnesen P: Therapeutic use of nicotine patches; efficacy and safety. J Smoking Rel Dis 3: 247-61, 1992.
26. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. Eur J Cancer 37: 83-92, 2001.
27. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SS, et al: Smoking cessation. Clinical practice guidelines No: 18. AHCPR 96-0692. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy Research: 1996.
28. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; AHRQ publication No.00-0032, 2000.

29. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 271: 1940-7, 1994.
30. Glassman AH, Stetner F, Walsh T, Raizman P, Fleiss JL, Cooper TB, Covey LS. Heavy smokers, smoking cessation and clonidine. *JAMA* 11: 846-853, 1988.
31. Glassman AH. Cigarette smoking. Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 150: 546-53, 1993.
32. Glover ED, Glover PN. Pharmacologic treatments for the nicotine dependent smoker. *Am J Health Behav* 25: 179-82, 2001.
33. Goksel T, Akkoclu A. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey, 1994- 1998. *Respiration* 69: 207-10, 2002.
34. Golstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. *J Clin Psych* 59 Suppl. 4: 66-72, 1998.
35. Gomez-Zamudio M, Renaud L, Labrie L, Masse R, Pineau G, Gagnon L. Role of pharmacological aids and social supports in smoking cessation associated with Quebec's 2000 Quit and Win campaign. *Prev Med* 38: 662-7, 2004.
36. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, McNeil J. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *BMJ* 309: 842-6, 1994.
37. Grenhoff J, Aston-Jones G, Svensson TH. Nicotine effects on the firing pattern of midbrain dopamine neurons. *Acta Physiol Scand* 128: 351-8, 1986.
38. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. The smoking and body weight relationship: Implications for intervention and postcessation weight control. *Ann Behav Med* 11: 144-53, 1989.

39. Grdal Yksel E, Kunt AE, zyardımcı N ve ark. Uludağ niversitesi mensupları ve evre halkına uygulanan sigara anketi sonuçları. Tüberküloz ve Toraks 43(2): 66-75, 1994.
40. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med 154: 1579-80, 1996.
41. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K-O: The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 86:1119-27, 1991.
42. Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O: Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. Arch Intern Med 154: 2567-72, 1994.
43. Hjalmarson A, Nilsson F, Sjastrom L, Wiklund O: The nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind randomized clinical evaluation. Arch Intern Med 157: 1721-8, 1987.
44. Hjalmarson A: Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. JAMA 252: 2835-8, 1984.
45. Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. N Engl J Med 314 (2): 79-82, 1986.
46. Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams&Wilkins 1033-8, 2000.
47. Hurt RD, Dale LC, McClain FL. A comprehensive model for the treatment of nicotine dependence in a medical setting. Med Clin North Am 76: 495, 1992.
48. Hurt RD, Sachs DPL, Elbert DG, et al: A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 337 (17): 1195-202, 1997.

49. Hurt RD. Treating tobacco dependence in a medical setting-best practices. In; Isaacs SI, Simon JA, Schroeder SA, eds. VA in the Vanguard: Building on Success in Smoking Cessation. In pres.
50. Hyland A, Borland R, Li Q, Young H-H, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ and Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control Four Country Survey. *Tob.Control* 15: 83-94, 2006.
51. ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Ankara, 1993.
52. Jackson G, Bobak A, Chorlton I et al. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. *Int J Clin Pract* 55: 385-92, 2001.
53. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine. *Br J Add* 86: 571-5, 1991.
54. Johnson EK, Chamberlain JM. The treatment of smoking as a self-defeating behavior. *Journal of Psychology* 98: 37-43, 1978.
55. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 77: 1301-5, 1987.
56. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak A, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 7: 51-64, 2006.
57. Karlıkaya C. Sigara ve meslek. *Solunum* 6: 262-75, 2004.
58. Karlıkaya C. Edirne'de orta öğrenim öğrencilerinde sigara içme prevalansı. *Toraks Dergisi* 3: 6-12, 2002.
59. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. *Bull World Health Organ* 78: 867, 2000.

60. Kıyak M, Dağoğlu T. Lise öğrencileri arasında sigara kullanımı. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 11: 14-7, 1990.
61. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population. Int J Eat Disord 7: 413-9, 1988.
62. Kocabas A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. Ankara Tıp Mecmuası 41: 9-22, 1988.
63. Kornitzer M, Kittel F, Draimaix M, et al: A double-blind study of 2 mg versus 4 mg nicotine gum in an industrial setting. J Psychosom Res 31: 171-6, 1989.
64. Kosku N, Koksü M, Çıkrıkçıoğlu U ve ark. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Toraks Dergisi 4: 223-30, 2003.
65. Kottke TE, Brekke ML, Solberg MI, Hughes JR. A randomised trial to increase smoking intervention by physicians: Doctors Helping Smokers, Round I. Jama 281: 2101, 1989.
66. Köktürk N, Öztürk C, Kırıçoğlu CE. Sigara ve akciğer kanseri. Solunum 5: 139-45, 2004.
67. Lando HA, McGovern PG, Barrios F, et al. Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics. Am J Public Health 80: 554-9, 1990.
68. Lee EW, D'Alanzo G.E. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 153:34-48, 1993.
69. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respiriology 8:123-30, 2003.
70. Manley MW, Epps RP, Glynn TJ: The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am 76(2): 477-94, 1992.

71. McFall RM. Effects of self monitoring on normal smoking behavior. *J Consult Clin Psychol* 35: 135, 1970.
72. Mereu G, Yoon KP, Boi V et al. Preferential stimulation of ventral tegmental area dopaminergic neurons by nicotine. *Euro J of Pharmacol* 141: 395-9, 1987.
73. Moja CAD. Scores on locus of and aggression for drug addicts, users, and controls. *Psychol Reports* 80: 40-42, 1997.
74. Murray JL, Lopez AD. The global burden of disease, summary. World Bank Publication, 1996.
75. Öztuna F. Sigara Bırakma Polikliniklerinde Tedavi ve İzlem. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 25: 546-50, 2005.
76. Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal nicotine. *Drugs* 44(3): 498-529, 1992.
77. Parrott S, Godfrey C, Raw M et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Health Educational Authority. *Thorax* 53 (Suppl 5):S1-38, 1998.
78. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 309: 937-9, 1994.
79. PIAR Araştırma Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. İstanbul, 1988.
80. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL et al. Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA* 280: 893-9, 1998.
81. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: Progress and problems. *Br J of Add* 86: 599-603, 1991.

82. Pontieri FE, Tanta G, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. *Nature* 18, 382: 255-7, 1996.
83. Prochazka JO, Diclemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51 (3): 390-8, 1983.
84. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med* 158: 2035-9, 1998.
85. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 117: 169S- 175S, 2000.
86. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax* 53 (Suppl 5,pt 1):1-19, 1998.
87. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 346(7): 506-12, 2002.
88. Rose JE, Levin ED. Inter-relationships between conditioned and primary reinforcement in the maintenance of cigarette smoking. *Br J Add* 86: 605-9, 1991.
89. Rosenbaum M, Argon S. Locus of Control and Success in Self-Initiated Attempts to Stop Smoking. *J Clin Psychol* Vol.35, No.4.870-872, October, 1979.
90. Russel MA, Jarvis M, Iyer R, et al: Relation of nicotine yield of cigarettes to blood nicotine concentrations in smokers. *BMJ* 280: 972-6, 1980.
91. Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. *Am Psychol* 42: 97-100, 1987.
92. Salepçi B, Fidan A, Oruç O, Torun E, Çağlayan B, Kader Ş. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi* 6 (2): 151-158, 2005.

93. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. *Akciğer Arşivi* 3:129-139, 2002.
94. Satman I, Yilmaz T, Sengul A et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25: 1551-6, 2002.
95. Schacter S. Recidivism and self cure smoking and obesity. *Am Psychol* 37: 436-44, 1982.
96. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, et al. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 91: 1293-306, 1996.
97. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada 1978 – 1985, Public Health Service, National Cancer Institute. NIH Publication No. 87-2940, 1087; 125-156.
98. Schwartz JL: Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 76 (2): 451-76, 1992.
99. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M: Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 343: 139-42, 1994.
100. Simon AJ, Carmody TP, Hudes HS, et al. Intensive smoking cessation counselling versus minimal counselling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. *Am J Med* 114. 555-62, 2003.
101. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi* 4: 73-7, 2003.
102. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MAH, et al: Randomised controlled trial of a nicotine nasal spray in smoking cessation. *Lancet* 340: 324-9, 1992.
103. Swan GE, Javitz HS, Jack LM, Cuuray SJ, McAfee T. Heterogeneity in 12-month outcome among female and male smokers. *Addiction* 99: 237-50, 2004.

104. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
105. Tønnesen P, Nørregaard J, Mikkelsen K, Jørgensen S, Nilsson F: A double-blind trial of nicotine inhaler for smoking cessation. JAMA 269: 1268-71, 1993.
106. Tønnesen P: Smoking cessation and prevention. Eur Respir Mon 7: 127-34, 1998.
107. Tür A. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri: Yalman A (ed) 181-93, 1995.
108. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
109. Türk toplumunda sigara içme davranışları ve sigara içme ve sigara karşıtı kampanyalara karşı tutumlar. TC Sağlık Bakanlığı Raporu, PİAR , Ocak 1988.
110. US Department of Health and Human services. A Report of the Surgeon General: The health consequences of smoking. Washington (DC), US Department of Health and Human Services.1982.
111. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 199-208, 2000.
112. US Surgeon General. Women and Smoking, A Report of the Surgeon General 2001. CDC's Office on smoking and health. 2001.
113. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi 4: 225-234, 2003.
114. Uzaslan EK, Ozyardımcı N, Karadağ M et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Annals of Medical Sciences 9: 63-9, 2000.

115. Vandenbrouke JP, Mauritz BJ, De Bruin A et al. Weight, smoking and mortality. *Jama* 252: 2859-60, 1984.
116. Warren CW, Riley L, Asma S et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. *Bull World Health Organ* 78: 868-76, 2000.
117. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55:987-99, 2000.
118. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: 1-year follow-up. *Addiction* 96: 891-902, 2001.
119. Westman EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts longterm abstinence. *Arch Intern Med* 157: 335-40, 1997.
120. Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID et al. "Sick of smoking". Evaluation of targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Med J Aust* 152; 518-21, 1990.
121. World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, World Bank. 1999.
122. World Health Organization , *World Health Report 1999*. Geneva :WHO , 1999.
123. World Health Organization. *The tobacco epidemic rages on in Eastern and Central Europe*. Fact Sheet No. 156. Geneva, Switzerland; 1997.
124. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GA, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med* 347: 1087-93, 2002.