

# Birinci Basamakta Sigarayı Bıraktırma Yöntemleri

Ayşen Fenercioğlu<sup>1</sup>, Ismet Tamer<sup>2</sup>

*Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı<sup>1</sup>, İstanbul  
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği<sup>2</sup>, İstanbul*

## ÖZET

### *Birinci basamakta sigarayı bıraktırma yöntemleri*

Sigara, bugün dünyada önlenebilir ölüm sebeplerinin en başında gelenlerindedir. Tütün kullanımının terkedilmesi, başta akciğer kanseri olmak üzere diğer pek çok kanserin, kalp krizi, inme ve kronik akciğer hastalığının gelişme riskini azaltmaktadır. Yapılan çalışmalarda birinci basamak hekimlerinin sigara içicilere yaptıkları çok kısa tavsiyelerin bile sigarayı bıraktırma yönünde etkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu nedenle, birinci basamakta görev yapan tüm hekimler, sigara içiciliğini, üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunu olarak algılamalı ve tütün bağımlılığını da kronik tekrarlayan bir hastalık gibi tedavi etmelidirler. Gerektiği hallerde klinik görüşme ve motive edici yöntemler yanında, mevcut farmakolojik ajanların da uygun kullanımı ile tütün kullanımının terkedilmesi yönünde önemli başarılar elde edilebilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak, sigarayı bıraktırma, nikotin, tütün bağımlılığı tedavisi

## ABSTRACT

### *Therapies for smoking cessation in primary care*

Smoking is the most preventable cause of death in the world in current medical practice. Smoking cessation decreases the risk of lung cancer, other cancers, heart attack, stroke, and chronic lung disease. Primary care physicians' advices, even very brief ones, have been proven to be the most successful approach in a smoker's attempt to quit. Therefore, each physician working as a primary care provider should consider smoking as an important public health issue to be taken care of, and treat smoking addiction as a chronic disease. It will be a good attempt to use the appropriate pharmacological agents supporting the clinical interviews.

**Key words:** Primary care, smoking cessation, nicotine, tobacco addiction treatment

**Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4:131-138**

## GİRİŞ

Sigara kullanımı dünyada önlenebilir en önemli ölüm sebepleri arasında yerini almaktadır. Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolları hastalığı, kanser (akciğer, larenks, özofagus, ağız, mesane, serviks, pankreas, böbrekler vb.) gibi hastalıklara, gebelikte sigara kullanımı ise erken doğum, düşük ağırlıklı doğum ve infant ölümlerine yol açmaktadır. Pasif içicilik ise yine kalp ve akciğer hastalıkları gibi birçok sağlığı tehdit eden duruma yol açmaktadır (1,2,3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında hazırlanmış olduğu rapora göre tüm dünyada yaklaşık 1.3 milyar yetişkin sigara içmekte ve yaklaşık olarak yılda 4.9 milyon in-

san tütün kullanımı sonucu ölmektedir (4). İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerde yapılan kesitsel çalışmalar sonucunda sigara içicilerin çoğunun sigarayı bırakmak istedikleri ve bir noktadan sonra bırakmak için girişimde buldukları ortaya konulmuştur (5). Her yıl sigara içenlerin yaklaşık yarısı yıl içerisinde sigarayı bırakmayı umut eder ancak bunların sadece %2-3'ü gerçek anlamda başarılı olur (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada herhangi bir nedenle doktora başvuran sigara içicilerin sadece %40-52'sine sigarayı bırakması yönünde öneriler verilmiştir (6). Bir başka çalışmada ise herhangi bir sebeple doktora başvuran sigara içicilerin sadece %15'ine sigarayı bıraktırma yöntemleri ile tedavi sunulduğu ortaya konulmuştur. Gilbert ve ark. yaptıkları randomize kontrollü klinik çalışmada, birinci basamak hekimlerinin sigara içicilere yaptıkları çok kısa tavsiyelerin bile sigarayı bıraktırma yönünde etkili olduğunu ortaya koymuşlardır (7).

Sigara içicilerin sigara bağımlılığının en sık gösterilen sebepleri, sigaranın stres azaltma etkisi ve keyif verme-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Uz. Dr. Ismet Tamer  
Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul  
Telefon / Phone: +90-532-332-0929

Elektronik posta adresi / E-mail address: ismettamer@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 25 Kasım 2008 / November 25, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 17 Aralık 2008 / December 17, 2008

sidir, ama aslında en önemli sebep nikotin bağımlılığıdır (5). Nikotin, sigara içimi sonrası pulmoner alveolar dolaşım yoluyla hızla dolaşıma geçer. İnhalasyondan 10-20 saniye sonra kan beyin bariyerini aşar. Nikotin, beyinde sigara içiciliği ile ilgili uyarılar karşısında sigara içme dürtüsünü uyandırır. Böylece beyin kimyasında bazı değişikliklere yol açar ve sigara içici nikotinsiz kalınca “nikotin açlığına” maruz kalır (5). Nikotin bağımlılığındaki diğer bir mekanizma ise, nikotin çekilmesi olduğunda vücutta sevimsiz bazı duygudurum ve fiziksel semptomların ortaya çıkmasıdır. Nikotin bağımlılığı, sigarayı bırakma programlarının ilk birkaç hafta içerisinde başarısız olmalarının en önemli sebebidir (5).

Gross ve ark. yaptıkları çalışmada sigara içicilerin neden sigarayı bırakma programlarına sıcak bakmadıklarını araştırmışlardır (8). Çıkan en önemli sonuç, çevresel ve sosyal faktörlerden çok, sigara içicilerin kendi tutum ve inançlarından dolayı sigarayı bırakma programlarına katılmadıklarıdır. Sigarayı bırakma programlarına katılmayan sigara içicilerin kendi çabaları ile sigarayı bırakabileceklerine inandıkları tespit edilmiştir. Bunlar, sigara kullanımını bir problem olarak görmemektedirler ve bu sebeple yardıma ihtiyaçları olduklarına inanmamaktadırlar. Yine aynı çalışmada hem yoğun hem de hafif sigara içicilerin sigaradan kaynaklanan sağlık problemlerini ve sigaraya bağımlılıklarını hafife aldıkları ve bu nedenle sigarayı kendi çabalarıyla bırakabileceklerine inanıp, sigarayı bırakma programlarına ihtiyaçları olmadığını düşünmeleridir. Ayrıca bunlar, sigarayı bırakma yöntemlerinin yararına inanmamaktadırlar (8).

Sigara bağımlılığı, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmelidir. Sigaranın sağlığa olan olumsuz etkilerinin sigara içicilere anlatılması ve sigarayı bırakma yöntemlerinin yararı vurgulanarak sigara içicilere bu yöntemlerle yardım önerilmesi tüm hekimlerin görevidir. Ancak toplumun daha kapsamlı bir kesimiyle karşılaştıkları ve koruyucu hekimlik hizmetlerinden sorumlu oldukları için, bu konuda birinci basamak hekimlerine daha fazla görev düşmektedir. Birinci basamakta sigarayı bırakma yöntemleri uygulanırken uluslararası ölçeklerde kabul görmüş sistemlere başvurmak sigara içiciler açısından en faydalı olanıdır.

## Sigarayı Bıraktırmada Disiplinde Birinci Basamak Hekimlerinin Rolü

Sigarayı bırakma yöntemlerine geçilmeden önce

bu yönde sistematik bir yaklaşım için gerekli organizasyon yapılmalıdır. Uluslararası anlamda kabul gören ve United Health Foundation (Birleşik Sağlık Vakfı) tarafından belirlenmiş 12-basamak kılavuzu, bu anlamda tüm birinci basamak hekimlerine yol gösterici olmalıdır (1):

### 1. BİRİNCİ BASAMAK: BİR KOORDİNATÖR BELİRLE

Birinci basamak sağlık kuruluşunda, Sigara Bırakma Programı kapsamında öncelikle bir koordinatör belirlenmelidir. Koordinatör sağlık personeli, sigara bırakma ile ilgili belirlenecek ölçülebilir hedeflerin, görev tanımı içinde yer aldığını ve başarılı olduğu taktirde ödüllendirileceğini bilmelidir.

### 2. İKİNCİ BASAMAK: BİR PLAN YARAT

Koordinatorün görevi diğer hekimleri ve sağlık personelini, tütün kullanımı kontrolü ve sigara bırakmaya yönelik organize etmek ve bir plan oluşturmaktır.

### 3. ÜÇÜNCÜ BASAMAK: DESTEKLEYİCİ ORTAMI YARAT

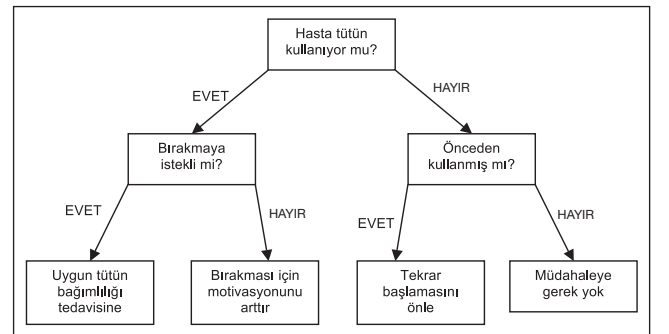
Bekleme salonlarına ve muayene odalarına sigara bırakmayı özendirici ve sigara bırakma programını tanıtıcı poster ve broşür gibi materyellerin konulmasını sağlamaktır.

### 4. DÖRDÜNCÜ BASAMAK: TÜM TÜTÜN KULLANICILARINI BELİRLE

Sigara bırakma programının başarısı, öncelikle başvuran olgular arasındaki tüm sigara içicilerin belirlenmesini gerektirir. Bunun için herhangi bir sebeple başvuran her hasta, Şekil 1’de verilen algoritmaya göre değerlendirilmelidir (Şekil 1).

Bu basamaktan sonra sigara içen kişi sigarayı bırakmaya istekli ise 5 A’lar kuralı geçerlidir:

(Ask/Sorgula- Advise/Öner- Assess/Değerlendir- Assist/Yardımcı ol- Arrange/İzle)



Şekil 1: Başvuran her hastaya uygulanacak tütün kullanımı sorgulama algoritması.

5. BEŞİNCİ BASAMAK: (Ask / Sorgula)  
Nikotin bağımlılığı ölçümlerinin, her klinik muayene- nin bir parçası haline getirilmesidir.
6. ALTINCI BASAMAK: (Advise / Öner)  
Sigara içen her hastaya, sigarayı bırakmasının öneril- mesi ve yöntemlerin tanıtılmasıdır.
7. YEDİNCİ BASAMAK: KISA KLİNİK GÖRÜŞMELER (Assess / Değerlendir)  
Hastanın geçmişte sigarayı bırakmayı deneyip dene- mediğini değerlendirilmesidir. Eğer hasta istekli değil ise motivasyon artırıcı görüşme yapılır. Bu basamak, eğer hastanın gebelik, yaşlılık, adolesan çağı gibi özel bir du- rumu varsa kişiye özel bir program hazırlanması basa- mağıdır.
8. SEKİZİNCİ BASAMAK: YOĞUN KLİNİK GÖRÜŞMELER (Assist / Yardımcı ol)  
Bir önceki kısa doktor görüşmelerinden sonra başka bir sağlık personeli tarafından daha uzun süren bir de- ğerlendirmenin yapılması basamağıdır. Hastayla beraber sigarayı bırakması için bir gün belirlenir (ideal olanı bu tarihin ilk iki hafta içerisinde bir gün olmasıdır). Bu görüş- meden sonra nikotin replasman tedavisine veya hasta- nın durumuna göre destekleyici ilaç tedavisine başlana- bilir. Gerekli psikolojik destek tedavileri planlanır.
9. DOKUZUNCU BASAMAK: GEREKLİ KAYIT SİSTEMİNİ OLUŞTUR  
Hastaya gerekli önerilerin (kısa-yoğun görüşmeler ile) verilip verilmediği, başlanılan ilaçlar, tüm muayenelerin notları kayıt altında tutulmalıdır.
10. ONUNCU BASAMAK: ÖLÇÜM YAP  
En önemli basamaktır. Her ay veya her iki haftada bir başarı ölçümü yapılır.
11. ON BİRİNCİ BASAMAK: TAKİP (Arrange / İzle)  
Zamanlama çok önemlidir. İlk takip görüşmesi hasta- nın sigarayı bıraktığı tarihten sonraki ilk hafta içerisinde olmalıdır. İkinci takip görüşmesi ise ilk bir ay içerisinde olmalıdır.
12. ON İKİNCİ BASAMAK: ÖDÜLENDİR!  
Sigara bırakma programında yer alan tüm sağlık gö- revlileri de dahil başarılı olan herkes ödüllendirilmelidir.

Görüşmelerde eğer hasta hiç sigara kullanmadıysa teb- rik edilmelidir. Eğer sigara kullanımı olduysa hangi şart- larla olduğu tespit edilip o şartlar ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Gerekli görülürse daha yoğun bir ilaç teda- visine geçilmelidir.

### **Sigarayı Bırakturma Yöntemleri ile İlgili Temel İlkeler**

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı, Halk Sağlığı Servisinin hazırlamış olduğu ra- por ve kılavuza göre, sigara bıraktırma programlarında aşağıdaki ilkelere dikkat edilmelidir (9):

1. Tütün bağımlılığı kronik bir durumdur ve sık sık tekrarlayan müdahaleler gerektirir. Ancak, etkili tedavi ile sigaradan uzak kalma döneminin uzun süreli ve hat- ta kalıcı olması sağlanabilir.

2. Etkili nikotin bağımlılığı tedavileri vardır ve bunlar sayesinde her sigara içiciye en az bir kez bu tedavilerden faydalanması teklif edilmelidir.

Sigarayı bırakmaya niyetli hastalara kılavuzlarda etki- li olduğu belirtilen tedaviler başlatılmalıdır.

Sigarayı bırakmaya niyeti olmayan hastalara, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyonu artırıcı kısa klinik görüş- meler yapılmalıdır.

3. Bir sağlık sistemine başvuran her sigara içicisinin belirlenmesi, belgelenmesi ve tedavisinin sunulabilmesi için o sağlık sisteminde görev yapan tüm klinisyenler ve tüm çalışanlar (sekreterler, sigorta acenteleri ve hemşi- reler de dahil olmak üzere) ekip halinde gayret göster- melidir.

4. Tütün bağımlılığına karşı kısa süreli tedaviler de çok etkilidir ve sigara içen her hastaya en azından kısa süreli bu olanak sunulmalıdır.

5. Sigara bağımlılığını tedavi edici görüşmeler ve bu görüşmelerin etkinliği ile sigarayı bıraktırma tedavisinin başarıları arasında bir doz-cevap ilişkisi vardır. Başbaşa ya- pılan görüşmeler telefonda veya grupta yapılan görüş- melere göre daha etkilidir ve etkinliği görüşmenin yo- ğunluğuyla beraber daha da artar (örn. görüşmenin sü- resi).

6. Üç tip görüşme ve davranış tedavisi etkin bulun- muştur ve sigarayı bıraktırma tedavisinde tüm hastalara sunulmalıdır:

- Problem çözücü/beceri eğitimi ile hastanın becerilerini artırma,
- Sosyal desteği tedavinin içerisine alma,
- Sosyal desteği tedavinin dışına alma.

7. Sigarayı bırakma tedavilerinde kullanılmak üzere birçok farmakoterapi yöntemleri önerilmektedir. Kontrindikasyonlar olmadığı sürece bu yöntemler, sigarayı bırakmaya niyetli her hastada kullanılabilir:

Beş ilk tercih farmakoterapi yöntemi mevcuttur ve bunlar uzun süreli sigara bırakma oranlarını artırır.

- Bupropion SR
- Nikotin sakızı
- Nikotin inhaler
- Nikotin nazal sprey
- Nikotin bandı

İki ikincil tercih farmakoterapi yöntemi etkin bulunmuştur ve eğer ilk tercih farmakoterapiler işe yaramazsa denenmelidirler:

- Klonidin
- Nortriptilin

8. Tütün bağımlılığı tedavisi klinik olarak etkin bir tedavidir ve sigara kullanımının yol açabileceği hastalıklar ve diğer tıbbi durumlar göz önünde bulundurulursa oldukça maliyet-etkin bir uygulamadır (10).

### **Nikotin Bağımlılığı Derecesinin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi**

Hastanın "nikotin bağımlısı" denilebilmesi için aşağıdakilerden en az üçünün hastada bulunması gerekir (10):

- 1) Nikotin toleransı
- 2) Nikotin kesilme semptomları:  
(a) ya da (b)

(a) ağır ya da uzun süreli nikotin kullanımında, azalmayı takiben bir kaç saat ya da gün içinde aşağıdakilerden en az ikisinin gelişmesi:

- terleme veya nabız hızlanması,
- ellerde titremenin artması,
- uykusuzluk,
- bulantı veya kusma,
- fiziksel ajitasyon,
- anksiyete,
- geçici görsel, dokunsal veya işitsel varsanılar veya yanılsamalar,
- grand mal nöbetler.

(b) Kesilme semptomlarından kaçınmak veya onları geçirmek için nikotin kullanılır.

- 3) Amaçlanandan fazla nikotin kullanımı.
- 4) Nikotin kullanımını azaltmak ya da kontrol etmek

için başarısız girişimler.

- 5) Nikotin kullanmak için çok fazla zaman harcama.
- 6) Nikotinin toplumsal, mesleki veya boş zamanla ilgili etkinliklerde azalmaya neden olması.
- 7) Önemli sorunlara neden olduğunu bile bile nikotin kullanmaya devam etme.

Sigarayı bıraktıktan sonra hastada olası nikotin kesilme belirtileri ise şunlardır (11):

- Disforik veya deprese duygu durumu
- Insomnia
- İrritabilite, engellenme, öfke
- Anksiyete
- Konsantrasyon güçlüğü
- Huzursuzluk
- Nabzın yavaşlaması
- İştah artışı veya kilo alma
- Dayanılmaz bir tütün arzusu, tatlı isteği, öksürükte artış, uyanıklık testlerinde performansın düşmesi. Bu belirtiler birkaç saat içinde başlar, 24-48 içinde zirveye ulaşır; çoğu semptom ortalama 4 hafta sürer, fakat arzu 6 ay veya daha uzun sürebilir.
- EEG yavaşlar
- Kortizol ve katekolamin düzeyleri düşer
- Uyku EEG'sinde değişimler olur
- Metabolizma hızı yavaşlar
- Ortalama nabız 8/dak. kadar azalır
- Ortalama 2-3 kg artış
- Bazı ilaçların kan düzeyleri değişir
- Diğer psikiyatrik bozuklukları ve ilaç yan etkilerini taklit edebilir, gizleyebilir veya ağırlaştırabilir

Sigarayı bırakma disiplinde Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi hastanın nikotin bağımlılığı derecesini ölçmek için kullanılan oldukça pratik bir yöntemdir (Tablo 1).

### **Sigara İçen Ve Sigarayı Bırakmaya İstekli Hastanın Yönetimi:**

Sigara içen her hastaya her görüşmede sigara içme durumu sorulur ve not edilir. Her görüşmede vital bulgular alınır ve not edilir. Hastaya açık ve kuvvetli bir ifade ile sigarayı bırakması önerilir (Örn. "Doktorunuz olarak sizin sigarayı bırakmanızın çok önemli olduğunu düşünüyorum ve ben bu konuda size yardımcı olabilirim.") Hastanın sağlık durumu ile sigarayı bırakması arasındaki ilişki vurgulanabilir. (Örn. "Yaşadığınız bütün bu sağlık prob-

**Tablo 1: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi**

- 
- 1- İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?
- 60 dakika sonra (0)
  - 30 – 60 dakika içinde (1)
  - 6 – 30 dakika içinde (2)
  - 5 dakika içinde (3)
- 
- 2- Yasak olan yerlerde sigara içmenizi engellemekte güçlük çekiyor musunuz?
- Hayır (0)
  - Evet (1)
- 
- 3- Hangi sigaranızı içmekten vazgeçmekten en çok nefret ediyorsunuz?
- Sabahleyin ilk sigaramı (1)
  - Herhangi birini (0)
- 
- 4- Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?
- 10 ya da daha az (0)
  - 11 – 20 arası (1)
  - 21 – 30 arası (2)
  - 31 ya da daha çok (3)
- 
- 5- Uyandıktan sonraki ilk saatlerde günün diğer saatlerinden daha çok mu sigara içiyorsunuz?
- Hayır (0)
  - Evet (1)
- 
- 6- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar fena hasta olduğunuzda bile sigara içiyor musunuz?
- Hayır (0)
  - Evet (1)
- 

**Değerlendirme**

- 0 – 2 : Çok az bağımlılık
- 3 – 4 : Düşük düzeyde bağımlılık
- 5 : Orta düzeyde bağımlılık
- 6 – 7 : Yüksek düzeyde bağımlılık
- 8 – 10 : Çok yüksek düzeyde bağımlılık

lemeleri açısından sigarayı bırakmanız gerekir.”)

Hastanın geçen süre içerisinde sigarayı bırakmaya niyetlenip niyetlenmediği değerlendirilir. Eğer hasta istekli ise yoğun bir tedavi başlanır. Eğer hasta istekli değil ise motivasyon artırılır. Eğer hastanın özel bir durumu varsa (gebelik, adolesan çağı, azınlık problemleri olan hasta gibi) durumuna özel bir program hazırlanır.

Hastayla beraber sigarayı bırakması için bir gün belirlenir (ideal olanı bu tarihin ilk iki hafta içerisinde bir gün olmasıdır). Hastanın ailesi, arkadaşları ve yakınlarından destek alması sağlanır. Özellikle ilk haftalarda nikotin çekilme bulguları (olumsuz duygulanım, sigara içme krizleri, konsantrasyon bozukluğu) olabileceği hastaya anlatılır. Çevresinden (ev, iş, araba) tüm tütün ürünlerini kaldırması söylenir. Hastaya sigarayı bıraktıktan sonra tek bir içim bile denememesi söylenir. Daha önce sigarayı bıraktıysa nelerin kendisine yardımcı olduğu araştırılır ve tekrar aynı yöntemleri denemesi söylenir. Karşılaşılabileceği zorluklarla veya kendisini sigaraya iten durumlarla nasıl başa çıkabileceği tartışılır. Alkol sigara isteğini artıracan-

ğından mümkün olduğunca az alkol tüketmesi önerilir. Evde başka sigara içen varsa onun da sigarayı bırakması veya hastanın yanında sigara içmemesi sağlanmalıdır. Hastaya her zaman doktorunun desteğinin yanında olduğu vurgulanır acil durumlarda irtibata geçebilmesi için kolaylık sağlanır.

En son, hastayla uygun farmakolojik tedavi seçenekleri tartışılır.

**Birinci basamak farmakolojik tedavi seçenekleri:**

Bupropion SR, nikotin sakızı, nikotin inhaler, nikotin nazal sprey ve nikotin bantı. Farmakolojik tedavi kontrendikasyonları şunlardır: ilaç kullanımına kontrendikasyonu olan hastalar, 10 sigara/gün'den daha az kullananlar, hamile ve emziren kadınlar ve adolesanlar. Doğru farmakolojik tedavi seçeneği hastanın kontrendikasyonu olup olmadığına, hastanın kendi tercihinine, hastanın daha önceki olumlu ya da olumsuz deneyimine, hastanın özelliklerine (depresyon varlığı, kilo alımı ile ilgili endişe-

si olması gibi) göre yapılır. Eğer hasta hafif içici ise (10-15 adet sigara/gün) birinci basamak NRT (nikotin replasman tedavisi) dozu azaltılarak verilir. Bupropion SR için doz ayarına gerek yoktur. Eğer hasta kontrendikasyonlar nedeniyle veya birinci basamak ilaçlardan fayda görmedi ise ikinci basamak tedavi seçenekleri denenmelidir. Bunlar Klonidin ve Nortriptilin'dir. Kilo alma endişesi olan hastalarda Bupropion SR ve NRT özellikle nikotin sakızı iyi seçeneklerdir, çünkü bunlar kilo alımını geciktirir, ancak önlemez. Depresyon hikayesi olan hastalarda Bupropion SR ve Nortriptilin uygun seçeneklerdir. Kardiyovasküler hastalığı olanlarda özellikle nikotin bantı uygun seçenektir.

Sigara bağımlılığının tedavisinde kullanılan bu ilaçlar 6 ay gibi uzun sürelerde kullanılabilir. Özellikle ısrarlı nikotin çekilme semptomları olanlarda uzun tedaviler tercih edilmelidir. Sigara bağımlılığının tedavisinde kombine tedavi uygulamak mümkündür. Örneğin nikotin bantı ile nikotin nazal sprey veya nikotin sakızı kombine edilirse uzun dönem abstinans sıklığında azalma görülür.

**Bupropion SR:** Mevcut 150 mg tablet formundan, ilk 3 gün 1x1 tab, 4. günden itibaren geri kalan 7-9 hafta süresince günde 2x1 tablet kullanılır. İki tablet alımı arasında minimum 8 saat olmalıdır. Altı ay sonra dozu azaltılarak kesilir. Yeme bozukluğu olanlarda, beyin travması geçirmiş olanlarda, beyin hasarı olanlarda ve epileptik hastalarda kontrendikedir. Uykusuzluk ve ağız kuruluğu en sık görülen yan etkileridir.

**Nikotin sakızı:** 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Sigara içme ihtiyacı olduğunda 1 adet sakız çiğnenmelidir. Günde 1-24 sigara içen hastalara 2 mg'lık tablettten, günde 25 ve daha fazla sigara içen hastalara 4 mg'lık tablettten verilir. Günde azami 25 adet sakız çiğnenebilir. Üç ay sonra dozu azaltılarak kesilir. En sık görülen yan etkileri ağızda acılık ve dispeptik şikayetlerdir.

**Nikotin inhaler:** Günde 6-16 kartuş kullanılır, 6 ay süre ile kullanılabilir. Bir kutuda 10 kartuş mevcuttur. En önemli yan etkisi ağızda ve boğazda lokal irritasyondur. Nikotin nazal sprey: Piyasada 12 dozluk spreyi mevcuttur. Günde 8-40 doz şeklinde, 3-6 ay süre ile kullanılır. En önemli yan etkisi nazal irritasyondur.

**Nikotin bantı:** 10'luk, 20'lik ve 30'luk transdermal transfer sistemli flasterleri mevcuttur. Günde 20'den fazla sigara içenlerde tedaviye günde 1 adet 30 cm'lik veya 20 cm'lik ile başlanır, günde 20 adet sigaradan az içenler için genellikle 20 cm'lik ile başlanır. Preparat gövde ve üst kolun tüsüz derisine uygulanır. 3-4 haftalık tedavi

periyodundan sonra kademeli şekilde azaltılarak 30 cm'den 20 cm'ye ve 10 cm'ye geçilir. Azami tedavi süresi 3 aydır. En önemli yan etkisi lokal cilt irritasyonu ve uykusuzluktur.

### **İkinci Basamak Tedavi Seçenekleri:**

**Klonidin:** Klonidin 0.2 mg tablet ve ayrıca transdermal formu mevcuttur. Günlük doz 0.15-0.75 mg'dir. 3-10 hafta süre ile kullanılır. Rebound hipertansiyonda kontrendikedir. En önemli yan etkileri ağız kuruluğu, baş dönmesi, uykuya eğilim ve sedasyondur.

**Nortriptilin:** Nortriptilin HCl. Günlük doz 75-100 mg'dir. Üç ay süre ile kullanılır. Aritmilerde veya aritmi riski olanlarda kontrendikedir. En önemli yan etkileri sedasyon ve ağız kuruluğudur.

Farmakoterapi, kontrendikasyonları olan hastalara, günde 10 adetten az sigara kullananlara, hamilelere ve adolesan içicilere önerilmez. Hafif içicilerde farmakoterapi düşünülürse doz yüksek tutulmalıdır. Ayrıca farmakoterapi, miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda ve ciddi anstabil angina pektoris olanlarda önerilmez.

Hastalara farmakoterapinin yanısıra yoğun bir psikoterapi ve davranışsal terapi programı uygulanmalıdır. Bu terapi programları oldukça yoğun olmalıdır. Her terapi en az 15-30 dakika arası sürmeli ve en az 4 terapi programı uygulanmalıdır. Terapiler kişisel olabileceği gibi grup terapiler de uygulanabilir. Proaktif telefon danışmanlığı da önerilebilir. Hastaya yardımcı, kendi kendini eğitici materyeller verilmelidir.

Zamanlama çok önemlidir. İlk takip görüşmesi hastanın sigarayı bıraktığı tarihten sonraki ilk hafta içerisinde olmalıdır. İkinci takip görüşmesi ise ilk bir ay içerisinde olmalıdır. Görüşmelerde eğer hasta hiç sigara kullanmadıysa tebrik edilmelidir. Eğer sigara kullanımı olduysa hangi şartlarda olduğu tespit edilip o şartlar ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Gerekli görülürse daha yoğun bir ilaç tedavisine geçilmelidir.

### **Sigara İçen Ve Sigarayı Bırakma İsteği Olmayan Hastanın Yönetimi:**

Sigara bırakmayı istemeyen bu grup hastalar için 5 R'ler kuralı (Relevance / İlgisi, Risks / Riskler, Rewards / Ödül, Roadblocks / Engeller, ve Repetition / Yineleme) geçerlidir. Bu hastalarda amaç motivasyonu artırıp has-

tanın 5 R'ler kuralı ile sigarayı bırakmasını sağlamaktır. Sigarayı bırakma isteği olmayan hastalar ya yanlış bilgilendirilmişlerdir, ya bırakmayla ilgili endişeleri ve şüpheleri vardır ya da daha önce bu konuda başarısız olmuşlardır.

**1-Relevance (İlgi):** Hastaya sigara bırakmanın neden gerekli olduğu anlatılarak cesaret verilmelidir. Sigarayı bırakmanın önemi, hastanın bir hastalığı ile ilgili olabilir, ailevi veya sosyal durumu ile ilgili olabilir (Evde küçük bir çocuğun olması gibi), sağlık endişeleri ile ilgili olabilir, yaşı ve cinsiyeti ile ilgili olabilir veya diğer önemli kişisel durumları ile ilgili olabilir (Bırakmayı daha önce denemiş ve başarısız olması, bırakmaya engel durumların varlığı gibi).

**2-Risks (Riskler):** Hastadan sigara kullanımını sonucu ortaya çıkabilecek potansiyel olumsuzlukları belirtmesi istenir. Hastaya düşük nikotin içerikli sigaraları içmenin veya tütünün diğer formlarını bu amaçla kullanmanın (puro, pipo vb.) bir faydası olmayacağı anlatılmalıdır.

Sigaranın riskleri 3 grupta sıralanır: Akut riskler (nefes darlığı, astıma yol açması, gebelikteki zararları, impotans ve infertiliteye yol açması, serum karbon monoksit seviyesini artırması gibi), uzun dönem zararları (kalp krizi ve inme riskini artırması, akciğer, larenks, oral kavite, farinks, özofagus, pankreas, mesane ve serviks kanserlerine yol açması, KOAH gelişimine neden olması gibi) ve çevresel zararları (eşlerde akciğer kanseri ve kalp hastalıklarına yol açması, sigara içenlerin çocuklarının da ileride birer içici olması, gebelikte sigara kullanımının bebeklerde düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu, astım, orta kulak enfeksiyonu, solunum yolları enfeksiyonuna yol açması gibi)

**3-Rewards (Ödül):** Hastadan sigara bırakmanın potansiyel faydalarını belirtmesi istenir. Sigarayı bırakmanın ödülleri: Sağlığın iyileşmesi, yemek tatlarını daha iyi alma, koku duyusunun iyileşmesi, maddi kazanç, kendini daha iyi hissetme, ev, araba, elbiseler ve nefesinin daha iyi kokması, sigarayı bırakma endişesinin sona ermesi, çocuklarına daha iyi bir örnek olması, daha sağlıklı çocuklar ve bebekler yetiştirmesi, çevresindekileri sigara dumanı ile zehirlediği endişesinin artık olmaması, fiziksel olarak daha iyi hissetme, fiziksel performansının artması, yaşlanma ve kırışıklıkların azalması olarak belirtilebilir.

**4-Roadblocks (Engeller):** Hastadan sigara bırakmasına engel olabilecek durumları belirtmesi istenir. Hastanın sigarayı bırakmasına engel olabilecek tipik durumlar:

çekilme semptomlarının olması, başaramama korkusu, kilo alma, çevresel destek eksikliği, depresyon, sigara içmeden büyük zevk alma.

**5-Repetition (Yineleme):** Hasta sigarayı bırakmayı isteyene kadar her görüşmede motivasyonu artırıcı bu işlemler tekrar edilmelidir. Eğer daha önceden sigarayı bırakmayı denemede başarısız olmuş ise hastaya birçok kişinin ancak defalarca denedikten sonra sigarayı bırakmayı başarabildiği anlatılmalıdır. Her yıl sigara içenlerin ancak %46'sı sigarayı bırakmayı dener ve bunlardan ancak %5 kadarı başarılı olur. Geri kalanı birçok denemeden sonra başarılı olur.

### Önceden Sigara İçen ve Bırakmış Olan Hastanın Yönetimi:

Bu hastalarda amaç relapsı önlemektir. Çoğunlukla relapslar sigarayı bırakma sonrası erken dönemde olmasına rağmen, bazı relapslar aylar hatta yıllar sonra bile görülebilir. Relapsların önlenmesi yüz yüze görüşmelerle olabileceği gibi telefon görüşmeleriyle de olabilir. Öncelikle hastaları sigara içmedikleri hergün için tebrik etmek ve cesaretlendirmek gerekir. Eğer hasta sigarayı yeni bırakmış ise açık uçlu sorular ile yaşadığı problemler çözülmeye çalışılmalıdır ("Sigarayı bırakmanın sana ne faydası oldu" gibi). Hastayla sigarayı bırakmanın yararları, ne kadar süredir sigarasız yaşadığı, çekilme semptomlarında azalmalar olup olmadığı, sigara abstinansını bozabilecek durumlar (depresyon, kilo alımı, alkol kullanımı, evde başka sigara içenlerin bulunması) tekrar tekrar konuşulmalıdır. Gerekli görülürse hastaya tekrar farmakoterapi başlanmalıdır. Eğer hastaya çevresel destek eksikliği varsa hastayla görüşmeler yaşadığı çevre içerisinde yaşadığı kişilerle beraber yapılabilir. Eğer hastada depresyon varsa bunun ilaçla tedavisi gerekir. Eğer hastada çekilme semptomları çok güçlü ise farmakoterapinin süresi uzaltılabilir veya tekrar başlanabilir veya kombine farmakoterapi verilebilir.

Kilo alımı için hastaya fiziksel aktivitesini arttırması, katı diyetten uzak durması, sağlıklı ama doyurucu beslenmesi tavsiye edilir ve kilo alımının bir süre sonra duracağı söylenebilir veya farmakoterapi tekrar başlanır. Motivasyon azalması için hastaya sigara bırakmanın faydaları ve sigara bırakmanın geçici bir dönem için değil ama kalıcı olacağı hatırlatılır ve tek bir nefes sigaranın bile kendisi için tekrar başlamaya tetikleyici olabileceği vurgulanır.

## Sonuç

Sigara, bugün dünyada önlenabilir ölüm sebeplerinin en başında gelenlerindedir. 2000 yılında tüm dünyada sigaraya bağlı sebeplerden yaklaşık 4.9 milyon erken ölüm meydana gelmiştir (12). Tütün kullanımının terk edilmesi, başta akciğer kanseri olmak üzere diğer pek çok kanserin, kalp krizi, inme ve kronik akciğer hastalığının gelişme riskini azaltmaktadır (13,14). Bir çalışmada bir yılda doktora çeşitli sebeplerle başvuran sigara içicilerin sadece %15'ine sigara bırakma ile ilgili yardım teklif edildiği bildirilmiştir (15). Oysa klinisyen hekimin önerileri, sigara bıraktırmada en etkili yaklaşım olarak değerlendiril-

mektedir (16). Bu nedenle, birinci basamakta görev yapan tüm hekimler, sigara içiciliğini, üzerinde durulması gereken önemli bir sağlık sorunu olarak algılamalı ve tütün bağımlılığını da kronik tekrarlayan bir hastalık gibi tedavi etmelidirler. Polikliniklerde hekime başvuran her hastada tütün bağımlılığı sorgulanmalı, eğer tespit edilirse, gerektiğinde mevcut şikayet ve sağlık sorunlarıyla da ilişkilendirilerek, sürekli ve tekrarlı klinik görüşme stratejileri ile hastaya, sigarayı bırakması yönünde motivasyon verilmelidir. Gerektiği hallerde klinik görüşme ve motive edici yöntemler yanında, mevcut farmakolojik ajanların da uygun kullanımı ile tütün kullanımının terk edilmesi yönünde önemli başarılar elde edilebilecek.

## KAYNAKLAR

1. Brunnhuber K, Cummi KM, Feit S, Sherman S, Woodcock J. Putting evidence into practice: Smoking cessation. Report by the United Health Foundation. BMJ Publishing Group Limited 2007.
2. Thomas K, Yaphe J, Matalon A. Current primary care physician interventions to promote smoking cessation in Israel: an observational study. *Isr Med Assoc J* 2007; 9: 645-648.
3. Steinberg MB, Foulds J. Rimonabant for treating tobacco dependence. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3: 307-311.
4. Wu TP, Chen FP, Liu JY, Lin MH, Hwang SJ. A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. *J Chin Med Assoc* 2007; 70: 331-338.
5. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007; 335: 37-41.
6. Szpunar SM, Williams PD, Dagros D, Enberg RN, Chesney JD. Effects of the tobacco use cessation automated clinical practice guideline. *Am J Manag Care* 2006; 12: 665-673.
7. Gilbert H, Nazareth I, Sutton S, Morris R, Godfrey C. Effectiveness of computer-tailored Smoking Cessation Advice in Primary Care (ESCAPE): a randomized trial. *Trials* 2008; 9: 23-31.
8. Gross B, Brose L, Schumann A, et al. Reasons for not using smoking cessation aids. *BMC Public Health* 2008; 8: 129-138.
9. Fiore MC. US Public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 2000;45: 1200-1262.
10. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1990; 69: 763-765.
11. Çan G, Öztuna F, Topbaş M. Complaints related to smoking cessation. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55: 364-369.
12. Cancer Facts and Figures. Tobacco use. American Cancer Society; 2004; 38-41.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs – United States, 1995-99. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51: 300-303.
14. US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1990. DHHS publication (CDC) 90-8416.
15. US Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2000.
16. Law M, Tang JL, Wald N. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1933-1941.