

Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı

Aslı Sarandöl*

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa

ÖZET

Sigara kullanımı önlenemez erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır. Nikotin sigara kullanımında bağımlılığa neden olan ajandır. "Mental bozuklukların tanılma ve istatistiksel el kitabı" (DSM IV)'nda nikotin ile ilişkili bozukluklar nikotin bağımlılığı ve yoksunluğu olarak 2 grup altında toplanmaktadır. Nikotin yoksunluğu belirtileri arasında huzursuzluk, uykusuzluk, sigara arama davranışı ve kilo artışı sayılabilir. Sigara bırakma tedavisinde psiko-sosyal ve farmakolojik tedavi olarak iki yaklaşım mevcuttur. Psikososyal tedaviler arasında davranışçı yöntemler, hipnoz, grup tedavileri, farmakolojik tedavilerde ise nikotin yerine koyma ve nikotin dışı ilaç tedavileri yer almaktadır. *Akciğer Arşivi: 2002; 3: 129-139.*

Anahtar kelime: Nikotin, tedavi

SUMMARY

Nicotine Dependence and Approaches in Treatment

Smoking is one of the leading causes of preventable early mortality and morbidity. Nicotine is responsible for dependence in tobacco use. Nicotine related disorders have been examined under two headings in "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (DSM IV); nicotine dependence and nicotine withdrawal. Signs of nicotine withdrawal are irritability, anxiety, insomnia, weight gain. There have been psychosocial and pharmacological treatment approaches in smoking cessation. Behavioral therapy, hypnosis, group therapy are alternatives for psychosocial approaches, nicotine replacement therapy and non-nicotine pharmacotherapy are approaches for pharmacological treatment. *Archives of Pulmonary: 2002; 3: 129-139.*

Key word: Nicotine, treatment

Giriş ve Amaç

Bağımlılık kişinin madde kullanımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü madde bağımlılığını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha fazla öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlar (1). Sigara kullanımı önlenemez erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır (2,3). Tütün binlerce çeşit madde içermekle birlikte karbon monoksit, nikotin ve katran temel bileşenleridir (4). Nikotin emildikten sonra hızla beyni etkiler (5,6) ve sigara kullanımında bağımlılığa neden olan başlıca ajandır (7,8). 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 (9).

Sigarayla alınan nikotin arteriel 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 (10). Bir sigara içildikten sonra plazma nikotin seviyesi hızla 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 (7,11).

Nikotin insan beyinde zona kompakta, substantia nigra, ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik hücrelerin ateşlenmesini arttırmaktadır (12,13). Bu alandaki etkiler nikotinin emosyonlar üzerindeki etkilerini açıklar (14). Nikotinin mezolimbik sistemi aktive etmesinin bağımlılıkla

Yazışma Adresi: Dr.Aslı Sarandöl
Uludağ Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı
Tel: 0224 442 84 00-1794, 95 e-mail: asli@uludag.edu.tr

ilişkili olduğu ileri sürülmüştür, bilindiği gibi bu merkez ödül mekanizmaları içinde yer almaktadır (15). Ödüllendirme etkileri sigara için olumlu pekiştirme sağlarken, sigarayı kestikten birkaç saat sonra başlayan ve 4 haftaya kadar süren yoksunluk semptomları ise olumsuz pekiştirme-ye neden olmaktadır (6,16).

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 (9), 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 (9,17).

Sigara içmeye bağlı hem gıda alımı azalır hem enerji kullanımı artar bunların sonucu kilo azalmasıdır (18). Sigara içiminin 24 saatlik enerji tüketimini %10 kadar arttırdığı bildirilmiştir (19). 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 (9). Sigara kullananlarda uykuya dalma gecikmekte; kullanılan sigara sayısı arttıkça günlük uyku süresi de azalmaktadır (20,21).

Özetle nikotin;

- Uzun, yorucu, sıkıcı işlevlerde performansı arttırır
- Öfkeyi azaltır
- Duygu durumu dengeler
- Açlık hissinin ve yiyecek alımını azaltır
- Metabolik hızı arttırır

Nikotin Bağımlılığında Etyoloji

Bugüne kadar insanların neden sigara içtiği ile ilgili olarak dört psikolojik teori ileri sürülmüştür. Bunlardan birincisi bunun bir alışkanlık olduğu

şeklinde-dir. İkinci teori sigara içmenin çocukluk-tan beri bilinç altında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı 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 da hi buna uygun davrandıklarını veya davranmaya çalıştıklarını söyler (13).

Nikotinin farmakolojik etkileri alınan sigara du-manının niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağlıdır. Maddeyi kullanmanın farmakolojik nedenleri duygu durumu veya işlevsellik üzerine yaptığı pozitif etkiler olabilir (9,22). Keyif verme, uyanıklığı arttırma ve gevşemeyi sağlama sigaranın pozitif etkileridir (23). 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 (1,18).

Sigara bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanında, öğrenilmiş veya şartlanmış 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 (24). Sigaraya başlama yaşının genelde adolesan dönemde olması, bu dönemde özellikle depresif duygu durumu, okul başarısında azalma, düşük benlik algısı ve başkaldırma-isyankarlık tablolarının sıklıkla görülmesi de sigara bağımlılığında kişilik yapısı ve sosyal etkilerin önemini göstermektedir (10).

Tanımlama

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 (25). 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 (26).

DSM IV Madde Bağımlılığı Kriterleri (25)

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 ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır.

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

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

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

(6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplum-

sal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

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

Varsa belirtiniz :

Fizyolojik Bağımlılık Gösteren: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik Bağımlılık Göstermeyen: Tolerans ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

Epidemiyoloji

Sigaraya başlama yaşı ortalama 16 iken daha az oranda yirmili yaşlara uzanmaktadır. Cinsiyetler arasında pek fark bulunmamaktadır. Düşük eğitim düzeyi olanlarda, etnik gruplarda ve psikiyatrik hastalarda sigara kullanma oranı %50 iken, diğer madde kullanımı da olanlarda bu oran %80'lere ulaşmaktadır (10). Sigara içenlerin % 70 – 75'i sigarayı tamamıyla bırakmak istemektedir, % 46'sı ise her yıl bırakmayı denerken, %70 içici de her yıl bu amaçla bir hekime baş vurmaktadır (10,27).

Ülkemizde sigara kullanma oranının erkeklerde %51, kadınlarda %49 olduğu bildirilmiştir (28). Yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içme yaygınlığı; orta dereceli okul öğrencilerinde erkeklerde %11-50.4, kadınlarda %5.2-34.7 arasında olduğu (29-33), yüksek öğretim öğrencilerinde ise erkeklerde %33.9-56.9, kadınlarda %12.2-41 arasında bulunduğu tespit edilmiştir (34-37). Sağlık personeli arasında bu oranların cinsiyetlere göre dağılımı erkeklerde %49.4-76, kadınlarda %31-45.6 olarak bulunmuştur (29,38-42).

Nikotin yoksunluğu

Sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan belirtileri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır; ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğunda aynıdır. Bunlar arasında sigara arama davranışı, irritabilite, 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 (43,44).

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 (10). Major depresyon ya da anksiyete bozukluğu olanlarda yoksunluk belirtileri daha şiddetli olur. Özellikle major depresyon öyküsü bulunanlarda sigara bırakılmasının neden olduğu depresif belirtiler belirgindir (21,45).

DSMIV Nikotin Yoksunluğu Kriterleri (25)

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 (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması:

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

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

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

Ayırıcı tanı

Nikotinin yoksunluk belirtileri bir çok psikiyatrik hastalığı ya da psikiyatrik ilaçların yan etkilerini

taklit edebilir, maskeleyebilir ya da arttırabilir (10). Örneğin artmış anksiyete gerçek bir yoksunluk belirtisi olabileceği gibi hastada zaten varolan anksiyetenin artık sigara tarafından baskılanmıyor olmasına da bağlı olabilir (21). 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.

Prognoz

Sigara bağımlılarının %50'si sigarayı bırakmayı denemekte, ancak bunların %50'si başarılı olabilmektedir. Sigara kullananlarda pek çok başka hastalık ortaya çıkabilmektedir. Akciğer kanserlerinin %90'ı sigara bağımlılığı ile ilişkilidir. Diğer sık rastlanan problemler arasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, düşük doğum ağırlığı, perinatal komplikasyonlar, diğer kanserler (larenks,meme,pankreas) ve peptik ülser sayılabilir. Sigara kullanımının bırakılması ile 5 yıl içinde pek çok hastalığın, 20 yıl içinde ise akciğer kanser riskinin azaldığı bildirilmiştir (10).

Tedavi

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 (46).

Sigarayı bırakma tedavisinde ilk adım sigara bağımlısını tanımlamaktır. Sigara kullanma durumu ve bırakmaya karşı kişinin tutumu (yani motivasyon derecesi) saptanır (27). Nikotin bağımlılığının saptanması için en sıklıkla kullanılan yöntem Fagerstrom Tolerans Anketidir. Bu ankete göre alınabilecek en yüksek puan 11'dir; 7 puanın altı düşük derecede nikotin bağımlılığını, 7

puan ve üzerinde değerler ise yüksek derecede nikotin bağımlılığını ifade eder (47,48). Bağımlılığı tespit etmede kullanılan diğer bir testte EMASH'ın önerdiği tek soruluk testtir (49).

Sigarayı bırakmayı planlayan kişinin geçirdiği 4 dönem vardır:

- (1) Sigarayı bırakmaya henüz karar vermemiş olduğu ilk düşünme aşaması
- (2) Sigarayı bırakmaya karar verdiği aşama (plan yok)
- (3) Sigarayı bırakmayla ilgili planlar ve harekete geçme dönemi
- (4) Bırakmayı sürdürme dönemi (10)

Sigarayı bırakmayı düşünen pek çok hastada ortak motivasyon etkenleri; sağlıkla ilgili kaygılar, sigara ile çevrelere verdikleri zararlar ve sosyal baskı iken, engelleyici faktörler; kesilme belirtileri, başarısızlıktan korku ve kilo alma nedeniyle duyulan endişe şeklinde sıralanabilir. Bu nedenle hekimlerin hastaları motive etmede, motivasyonlarının sürdürülmesinde rolü büyüktür. Özellikle psikiyatri hekimleri hastalar için tasarlayıcı olabilmekte ve bırakmayla ilgili isteklerinin açığa çıkarılmasında rol almaktadırlar (1,10). Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada değişik kurumlarda çalışan hekimlerin %64.2'sinin hastaların sigara alışkanlığını sorguladığı, %60.6'sının kendilerine başvuran hastaların tümüne sigarayı bırakmayı önerdikleri ancak bunun yanında %23.9'unun hastalara sigarayı bırakma yöntemleri ve %18.9'unun kesilme belirtileri ile ilgili bilgi verdiği saptanmıştır (50). Diğer bir çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin %91.6'sının sigara alışkanlığını sorguladığı, %92.42'sinin bırakmayı önerdiği, %62.2'sinin bırakma yöntemleri hakkında, %44.5'inin ise bırakma belirtileri hakkında bilgi verdiği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bu hekimler tarafından muayene edilen hastalara aynı sorular yöneltildiğinde bu oranlar sırasıyla %48.9, %31.4, %6.8 ve %4.7 şeklinde bulunmuştur. Bu sonuçlar hekimlerin sigara bağımlılığına gerekli önemi vermediğini, bilgilerinin yeterli olmadığını ve/veya hastalarla hekimlerin birbirlerini anlamakta zorluk çektiğini akla getirmektedir şeklinde yo-

rumlanmıştır (51). Bunun yanında yapılan başka bir çalışmada sigara bıraktırma polikliniğinde takip edilen olgularda bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının %40'a kadar yükseldiği tespit edilmiştir. Bu yüksek oranın hastaların sistemik hastalıkları nedeniyle hekimlerinden ciddi uyarı almalarına, hekim desteğine ve bırakma döneminde poliklinikten sık takibe çağrılmalarına bağlı olabileceği düşünülmüştür (52,53).

Sigarayı bırakmaya hazır olan hastalarda ilk önemli aşama bırakma gününe karar vermektir. Bir çok hekim ve sigara bağımlısı sigarayı tamamen bırakmayı dereceli azaltmaya tercih etmektedirler. Ancak bu durumun dereceli azaltmaya göre daha üstün olduğuna dair kesin kanıt bulunmamaktadır. Bırakmayı takip eden kısa süre içerisinde tekrar sigara kullanma riski yüksek olduğundan 2. görüşme bırakmadan sonraki takip eden 2. ve 3. günlerde yapılmalıdır.

Hekimlere sigara bağımlılığı tedavisinde 5A yaklaşımı önerilmektedir (21,27);

- (1) Sor (Ask): Kişiye her muayenede sigara kullanıp kullanmadığı sorun
- (2) Öneri Getir (Advise): Sigarayı bırakması konusunda öneride bulunun
- (3) Değerlendirme (Asses): Bırakma isteğini değerlendirin
- (4) Yardım Et (Assist): Hastaya sigarayı bırakması için yardım broşürleri, ek farmakolojik tedaviler, nikotin yerine koyma tedavisi verin
- (5) Düzenle (Arrange): Hastanın sigaraya tekrar başlamasını önlemek için düzenli aralıklarla takip edin

Sigarayı bırakma tedavisi psikososyal ve farmakolojik tedaviler olarak ikiye ayrılabilir:

Psikososyal tedaviler

(a) Davranışçı Yöntemler: Sigarayı bırakma tedavisi için etkili yöntemlerdir. Davranışçı yöntemlerin

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

Tablo I'de sigara bağımlılığı tedavisinde danışmanlık ve davranışçı tedavilerin genel prensipleri ele alınmıştır. Davranışçı yöntemler olarak şunlar sayılabilir;

Dozurma 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 teropötik anlaşma ve hasta uyumuna ihtiyaç gösterir (10).

Kendi kendini yönetme teknikleri: Bu teknikler genellikle terapistler tarafından yönlendirilir.

Kendini izleme: Bir günlük sigara, sigaranın zama-

Tablo I: Etkili Bir Danışmanlık ve Davranış Tedavisi İçin Genel Unsurlar (27).

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sigara içme ya da yineleme riskini arttıran olayları, ruhsal durumları, aktiviteleri tanımlamak | Negatif duygu durumu Çevrede sigara içenlerin bulunması Alkol içimi Dürtüsellik Zaman baskısı altında olma |
| Baş etme ve problem çözme becerisini geliştirmek Tehlikeli durumlarla baş etmek | Sigara içme isteğini oluşturan durumları sezinlemeyi ve kaçınmayı öğrenme Negatif duygu durumunu azaltan bilişsel yöntemleri öğrenme Stresi azaltma, kaliteli yaşam geliştirme ve zevk almayı başarma |
| Sigara bağımlılığı ve başarılı bırakmayla ilgili temel bilgileri vermek | En ufak bir kullanım (Bir kez içine çekme dahil) tekrar içme ihtimalini arttırır Bırakmayı takip eden 1-3.haftalar yoksunluk belirtilerinin en şiddetli olduğu dönemdir Yoksunluk belirtileri negatif duygu durumu, sigara içme dürtüsü ve konsantrasyon güçlüğü içerir |
| Tedavi Sırasında Destekleyici Girişimler | |
| Bırakma girişimi sırasında hastayı cesaretlendirmek | Tütün bağımlılığının tedavisinin mümkün olduğuna değinmek Herhangi bir zamanda sigara içmiş olan kişilerin yarısının sigarayı bırakmış olduğunu belirtmek Kişinin sigarayı bırakabileceği inancını kendisiyle paylaşmak |
| Endişe ve kaygıları paylaşmak | Hastaya sigarayı bırakmayla ilgili duygularını sormak Bırakmaya karşı istek ve kaygının dışı vurulmasına yardımcı olmak Hastanın bırakmaya karşı korkularına, ikili duygularına karşı açık olmak |
| Hastayı sigarayı bırakma süreci ile ilgili konuşmaya cesaretlendirmek | Aşağıdakiler hakkında sorunuz; Sigarayı bırakma sebepleri Sigarayı bırakmayla ilgili kaygı ve endişeler Başardığı durumlar Sigarayı bırakma sırasında karşılaşılan güçlükler |
| Tedavi Dışı Destekleyici Girişimler | |
| Hastanın destekleyici-becerilerini eğitmek | Destekleyici beceri konusunda video göstermek Aileden, arkadaşlarından ve yardımcı çalışanlardan destek almayla ilgili pratik yapmak Sigara içilmeyen bir ev için yardım etmek |
| Hemen destek vereceklerin belirlenmesi | Destek vereceklerin tanımlanmasında hastaya yardımcı olmak Hastaya bu kişileri belirlemesi için hatırlatma yapmak |
| Dışarıdaki destekleri düzenlemek | Destek olacak kişilere ulaşmak ve bırakma seanslarına bu kişileri de davet etmek |

nı, aktivite, ruh hali ve istek seviyesi kaydedilir.

Nikotin azaltma: Alınan nikotinin dereceli olarak azaltılmasıdır. Alınan nikotinin azaltılması için sigara sayısı giderek azaltılır (21).

(b) 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 (54).

(c) Akapunktur: Akapunktur için kimi araştırmacı başarı oranının çok yüksek olduğunu savunurken, çoğunluğu akapunkturun sigarayı bırakmada sadece yardımcı bir yöntem olabileceğini ileri sürmektedir (54).

(d) 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 (21). Bu nedenle sigara bağımlılığında grup tedavilerinin faydalı olduğu üzerinde durulmaktadır.

Farmakolojik Tedaviler

Diğer madde bağımlılıklarında psikososyal tedaviler birinci seçenek iken bu tedaviler sigara bağımlılığında ilaç tedavisine ek tedavi programı seçilmektedir. İlaç tedavileri nikotin ve nikotin dışı yaklaşım olarak ikiye ayrılır. Sigara bağımlılığında farmakolojik tedavi akış şeması Tablo II'de ele alınmıştır.

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi (NYKT)

1960'ların başından beri sigarayı bırakmak için kullanılan geleneksel tedavidir. İlk kullanılan nikotin sakızları olmuş daha sonra bunu nikotin bantları takip etmiş, yakın zamanlarda ise inhaler ve burun spreyi bu kategorideki tedavilere eklenmiştir (55). NYKT nikotin yoksunluk bulgularını baskılar.

Nikotin Sakızları: 2-4 mg nikotin içeren sakız-

lar şeklindedir. Günde 25 sigaradan az içenler için 2 mg, 25 ve üzerinde sigara içenlere 4 mg'lık sakız uygundur. Ani bırakmadan sonra bağımlı her saat için 1-2 parça sakız çiğnemektedir. Sakızdan hemen önce, çiğneme sırasında veya hemen sonra emilimi azaltacağı için asidik içecekler (kahve, çay, soda vb.) alınmamalıdır. Yan etkileri azdır, uzun dönem kullanımda zararı yoktur. Davranışçı yöntemlerle birlikte kullanıldığında başarı şansı yüksektir (56).

Nikotin Bantları: 16 ve 24 saat süreyle uygulanan formları mevcuttur. Vücutta kılsız deriye yapıştırılarak uygulanır. Kullanma süresi 4-20 hafta arasında değişmektedir. Nikotin bantları ile bırakma oranı plaseboya göre 2 kat fazla bulunmuştur. Uzun dönem kullanılması önerilmez (56-58).

Nikotin Burun Spreyi: Özellikle fazla sayıda sigara içenlerde faydalıdır. Bir dozu 1 sigara konsantrasyonundadır. Rinit, gözde sululuk, öksürük %70 hastada oluşur. Kötüye kullanım olabileceği üzerinde durulmaktadır.

Nikotin İnhaler: Nikotin seviyesi düşüktür. İnhalere bağlı ciddi medikal problemler bildirilmemiştir (59).

Sigara bağımlılarının bir kısmı NYKT'lerini bağımlılık olabileceği korkusu nedeniyle kullanmak istememektedir. Bazı hastalarda ise tedavi kesildikten sonra yoksunluk semptomları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bir NYKT ajanı ile sigarayı bırakmakta başarısız olan birinin diğer bir ajan kullanımı ile de başarı şansının düşük olduğu bulunmuştur (2,60). NYKT'nin sınırlı başarısı nedeniyle ve nikotin bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin fark edilmesi araştırmacıları nikotin olmayan ajanlar kullanmaya yöneltmiştir (55).

Nikotin Dışı Farmakolojik Tedaviler

Antidepresanların sigara bırakma tedavisinde yardımcı olacağına inanmak için iki sebep vardır. Birincisi, depresyon sigaranın bırakıldığı dönemde ortaya çıkan bir nikotin yoksunluk sendromu olabilir. İkincisi antidepresanların artışlarına neden olduğu dopamin, serotonin ve norepinefri-

nin eksikliğinin sigara kullanımının bir sebebi olduğu bildirilmiştir (60,61).

Bu konuda moklobemid ve doksepin ile yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar verirken, fluoksetinin depresif olmayan sigara bağımlılarında sigarayı bırakma tedavisi sırasında etkili olduğu gösterilmemiştir. Bununla birlikte güvenilirliği tespit edilmiş ve anorektik etkisi olan fluoksetinin sigarayı bıraktıktan sonra ortaya çıkan kilo artışını engellemekte rolü olabilir (62).

Hızlı salınan (immediate release) bupropionla yapılan ilk çalışmalar bazı ülkelerde antidepresan olarak kullanılan bu ilacın sigarayı bırakma tedavisinde umut verici olduğunu gösterince da-

ha sonraki çalışmalar bupropionun sürekli salınan (sustained release) formulünün etkili olup olmadığı araştırmıştır. Bupropion SR halen sigara bırakma tedavisi için FDA tarafından 1997 yılında onaylanmış olan tek nikotin dışı ilaç tedavisi ajanıdır (55,63).

Sigarayı bırakma tedavisinde bupropion hasta halen sigara kullanıyor iken 3-5 gün için 150 mg/gün dozda başlayıp daha sonra arttırılır (2,62). Önerilen doz günde 2 kez 150 mg şeklinde 300 mg/günü geçmemelidir. Kullanma süresi 7-12 hafta arasında değişmektedir. Klinisyen süreyi uzatabilir. Eğer 7 hafta sonra hasta sigarayı bırakmaya yönelik bir gelişme göstermi-

Tablo II: Sigara Bırakılmasında Kullanılacak Farmakolojik Tedavi Rehberi (27)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| İlk aşamada önerilen ilaç nedir? | Food and Drug Administration (FDA)'de onaylı 5 ajan Bupropion SR Nikotin sakızları Nikotin inhaler Nikotin nasal spreyi Nikotin bantları |
| Klinisyen bu 5 ajandan birini seçerken nelere dikkat etmelidir? | Hastayla ilgili kontrendikasyonlar Hastanın tercihi Daha önce hastanın herhangi bir ilaçla deneyimi Hastanın özellikleri (depresyon öyküsü, kilo alma ile ilgili endişeler) |
| Günde 10-15 sigara gibi az içen kişilere ilaç tedavisi yapılması uygun mudur? | NYKT dozu düşük tutulmalıdır Bupropion SR uygulanmasında doz ayarlanmasına gerek yoktur |
| İkinci aşama önerilen ilaçlar nelerdir? | Klonidin hidroklorid Nortriptilin hidroklorid |
| İkinci aşama ilaç tedavisi ne zaman önerilir? | 1.aşama ilaçların kontrendike ya da faydalı olmadığı durumlarda |
| Kilo alımı problemi nedeniyle hangi ilaç tedavisi seçilmelidir? | Bupropion hidroklorid SR NYKT özellikle nikotin sakızları kilo alımını geciktirir ancak engellemez |
| Öykülerinde depresyon olan hastalarda seçilmesi gereken ilaç hangisidir? | Bupropion hidroklorid SR Nortriptilin hidroklorid |
| Kardiovasküler hastalığı olanlarda NYKT'den kaçınılmalı mıdır? | Hayır. Özellikle nikotin bantları güvenlidir. Ancak MI sonrası erken dönemde unstable anginası olanlarda güvenirliliği saptanmamıştır |
| Nikotin bağımlılığında ilaç tedavisi uzun dönem mi kullanılmalıdır? | Evet. Bu yaklaşım özellikle süregelen kesilme belirtisi gösterenlerde, uzun süreli ilaç kullanmak isteyenlerde uygundur |
| NYKT: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi | |

yorsa ilaç kesilmelidir (2). Ani kesilmesinde rebound fenomen gelişmediğinden azaltılarak kesilmesine gerek yoktur. Kesilmesi için önerilen süre 1-3 aydır.

Halen nikotin bağımlılığının en uygun tedavisinin özellikle davranışçı danışmanlıkla birleştirilmiş NYKT ve bupropion şeklinde farmakolojik yardımcıları olduğu bildirilmektedir (64). Nikotin bağımlılığının tedavisinde klinisyenin empatik olması, hastanın otonomi kazanması, kendi kendine yeterliliğinin artırılması ile motivasyon artırılabilir. Tekrarlamaların bir kısmı sigarayı bıraktıktan hemen sonra, bir kısmı aylar sonra, bir kısmı da bırakmayı takip eden herhangi bir zaman içinde (yıllar sonra) ortaya çıkabilir. Sigarayı bıraktıktan sonra sıkı takip tekrarlamaların önlenmesinde önem kazanmaktadır (27).

Kaynaklar

1. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. *Medical Clinics of North America* 1992; 76(2):41-529.
2. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59:1007-24.
3. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 55:53-7.
4. Miller NS, Cocores JA, Belkin B. Nicotine dependence: diagnosis, chemistry and pharmacological treatments. *Ann Clin Psychiatry* 1991;3:47-53.
5. Golstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. *J Clin Psych.* 1998;59 Suppl.4:66-72.
6. Lee EW, D'Alanzo G.E. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993; 153:34-48.
7. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988;17:319:1318-30.
8. Pontieri FE, Tanta G, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. *Nature* 1996;18, 382:255-7.
9. Pomerleau OF. Nicotine and the central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. *The Am. J. of. Med.* 1992; 93 (Suppl 1A).
10. Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins, 2000:1033-8.
11. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine. *Ann Rev.Med* 1986;37:21-32.
12. Mereu G., Yoon KP, Boi V et al. Preferential stimulation of ventral tegmental area dopaminergic neurons by nicotine. *Euro J of Pharmacol* 1987; 141:395-9.
13. Grenhoff J, Aston-Jones G, Svensson TH. Nicotine effects on the firing pattern of midbrain dopamine neurons. *Acta Physiol Scand* 1986; 128:351-8.
14. Clarke PBS, Pert A. Autoradiographic evidence for nicotine receptors on nigrostriatal and mesolimbic dopaminergic neurons. *Brain Research* 1985;338:355-8.
15. Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal nicotine. *Drugs* 1992;44(3):498-529.
16. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995;333: 1196-203.
17. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Research on stress and smoking: Progress and problems. *Br. J. of Add.* 1991;86:599-603.
18. Vandenbrouke JP, Mauritz BJ, De Bruin A et al. Weight, smoking and mortality. *Jama* 1984;252:2859-60.
19. Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986;314(2):79-82.
20. Hurt RD, Dale LC, McClain FL. A comprehensive model for the treatment of nicotine dependence in a medical setting. *Med Clin North Am* 1992; 76:495.
21. Tür A. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri: Yalman A (ed). 1995:181-93.
22. Raw M. The nature and treatment of cigarette dependence, the dependence phenomenon, England, 1982.
23. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine. *Br. J. Add.* 1991;86:571-5.
24. Rose JE, Levin ED. Inter-relationships between conditioned and primary reinforcement in the maintenance of cigarette smoking. *Br. J. Add.* 1991;86:605-9.
25. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El kitabı, 4. baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Köroğlu E (çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

26. ICD 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Ankara, 1993.
27. A US Public Health Service Report: A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000; 283:3254.
28. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco control country profiles. Atlanta GA; American Cancer Society 2000;344.
29. Sezer RE. Ankara'nın ortaokul, lise ve lise dengi okullarında sigara içme durumu ve sigaraya başlama nedenleri (1983). Doğa Bilim Dergisi 1984;8(3):375-84.
30. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking behaviour and attitudes (Turkey). Final Report of Research for International Tobacco Control. Ankara, 1997.
31. Önder R, Egemen A. Lise çağı gençliğinin sigara içme durumu. Türk Hijyen Biyol Der 1987; 44(1):121-9.
32. Tümerdem Y, Ayhan B, Emekli U ve ark. Orta öğrenimde gençlerin sigara içmelerindeki etkinlikler. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 1988; 51:197-206.
33. Okan N, Şivka S, Resmi Ş, Şivka N. Lise öğrencilerinde içki ve sigara kullanımı (Gemlik-Bursa). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1993;3: 285-9.
34. Bilir Ş, Mağden D. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve uyuşturucu madde kullanma alışkanlığının araştırılması. Sağlık Dergisi 1984;58(4-6):15-30.
35. Aykut M, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi'nin çeşitli fakültelerinde okuyan öğrencilerin sigara içme durumu ve bunu etkileyen bazı faktörler. Sağlık Dergisi 1989;61(1):60-72.
36. Özdamar K, Canküyer E, Dinçer S, Türe M. Üniversite öğrencilerinin sigara alışkanlığı üzerine bir araştırma. Tr J of Medical Sciences 1990;14: 669-79.
37. Bilir Ş, Mağden D, San P ve ark. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin sigara-alkol-ilaç alma ve bağımlılık yapan maddeleri kullanma alışkanlığının araştırılması. Sağlık Dergisi 1993;65(1): 65-75.
38. Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N ve ark. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve dış hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları. Tr J of Medical Sciences 1990;14:381-390, 657-68.
39. İliçin E, Ertem M, Saka G ve ark. Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde sigara içme ve bırakmaya ilişkin tutum ve davranışlar. Gençlerin Sağlık Sorunları Kitabı. Öztürk Y (Ed). Kayseri Erciyes Üniversitesi Yayını , 1993:362-8.
40. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Trabzon il merkezinde görev yapan doktorlarda sigara içme alışkanlığı. VI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Adana 1998:466.
41. Gürdal Yüksel E, Kunt Uzaslan AE, Balkanlı H ve ark. Orta dereceli okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. Solunum Hastalıkları 1999;10:55-60.
42. Gürdal Yüksel E, Kunt AE, Özyardımcı N ve ark. Uludağ Üniversitesi mensupları ve çevre halkına uygulanan sigara anketi sonuçları. Tüberküloz ve Toraks 1994;43(2):66-75.
43. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders : Finding from an epidemiologic study of young adults. Am J Psychiatry 1992;149:464-9.
44. Aciri JB, Grnuberg NE. A psychophysical task to quantify smoking cessation-induced irritability:The reactive irritability scale (RIS). Addictive Behaviours 1992; 17:587-601.
45. Kottke TE, Brekke ML, Solberg MI, Hughes JR. A randomised trial to increase smoking intervention by physicians: Doctors Helping Smokers, Round I. Jama 1989; 281: 2101.
46. Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: Clinical steps to improve compliance. Geriatrics 1993; 48:63-6.
47. Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke ML et al. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and Fagerstrom test for nicotine dependence. Add Behav 1994;19(1):33-9.
48. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM et al. Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. Add Behav 1994;19(3):307-17.
49. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. Monaldi Arch Chest Dis 1997;52:282-4.
50. Esen A, Çelik P, Yorgancıoğlu A, Yağız D. Attitudes of Turkish physicians towards cigarette smoking. Journal of Substance Use 1999:128-32.
51. Esen A, Çelik P, Yorgancıoğlu A ve ark. Smoking cessation-two sides of the story. Journal of Cancer Education 1999;3:176-8.
52. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M et al. The

- physicians intervention in smoking cessation results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences* 2000; 9(2):63-9.
53. Özyardımcı N, Gürdal Yüksel E, Kunt Uzaslan E ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları sigarayı bıraktırma polikliniği 2.yıl sonuçları. *Bursa Devlet Hastanesi Bülteni* 1998;14(2): 123-8.
 54. 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.
 55. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA et al. Advances in non-nicotine therapy for smoking cessation. *Drugs* 2000; 59:17-31.
 56. Goldstein MG, Niaura N, Follick MJ, Abrams DB. Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 56-60.
 57. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby BE, Smith SS et al. Predicting smoking cessation. *Jama* 1994; 271:589-94.
 58. Foulds J, Stapleton J, Feyerabend C et al. Effects of transdermal nicotine patches on cigarette smoking: A double blind crossover study, *Psychopharmacology* 1992;106:421-7.
 59. Work Group On Nicotine Dependence. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996;153(10) Suppl.
 60. Hughes JR, Sread LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation(Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 2,2001*.
 61. Hughes JR, Sread LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation, *Cochrane database of systematic reviews, (2) pCD000031, 2000*.
 62. Ferry LH. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation, *Tobacco use and cessation, Primary care* 1999; 263: 653-9.
 63. Benowitz NL, Wilson Peng W. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation: mechanisms and prospects. *CNS Drugs* 2000; 13:265-85.
 64. Glover ED, Glover PN. Pharmacologic treatments for the nicotine dependent smoker, *Am J Health Behav* 2001; 25:179-82.