

PANEL 6

Panel 6

Sigarayı Bırakma Yöntemleri

Moderatörler: Prof. Dr. Can Öztürk | Prof. Dr. Şinasi Yalçın**Konuşmacılar:** Doç. Dr. Füsun Ülger | Prof. Dr. Füsun Topçu | Uzm. Dr. Osman Örsel

SİGARAYI BIRAKMA YÖNTEMLERİ – GENEL YAKLAŞIM

Doç. Dr. Füsun Ülger

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Bolu

Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemidir. Sigara içimi gelişmiş ülkelerde ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmekte ve bu yüzyılın sonunda yaşları 35-69 arasında bulunan insanların ölümlerinin %30'unun, 69 yaş üstündeki insanların ölümlerinin ise %14'ünün sigara içimine bağlı gelişeceği tahmin edilmektedir. Alınan tüm önlemlere rağmen halen Avrupa'da yaşayan yetişkin nüfusun %30-50'sinin sigara içtiği tahmin edilmektedir.

Türkiye'deki erişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. Dünya Bankası raporlarına göre 1990-1997 yılları arasında dünyada sigara içiminin en hızlı arttığı ikinci ülke Endonezya'nın ardından Türkiye'dir. Ülkemizde nüfusun yaklaşık %51'inin sigara içtiği tahmin edilmektedir. Türkiyede 1965-1992 yılları arasında akciğer kanserinden ölümler, erkeklerde %25'ten 40'a, kadınlarda %12'den %17'ye yükselmiştir.

Sigara vaz geçilebilir bir alışkanlıktır. Sigaranın topluma verdiği hasara karşı yaygın ve kapsamlı kontrol programları vardır. Kanunlar, vergiler, sigaranın bırakılmasının desteklenmesi, sigaranın içeriğindeki tütün ve katranın sınırlandırılması, reklamın kontrolü, halka açık yerlerde kullanımın denetlenmesi ve kaçakçılığın kontrolü, bu kapsamlı kontrol programlarına dahildir. Gelişmiş ülkelerde sigara salgını azalmaktadır. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde salgın hızla artış göstermektedir.

Sigara içimi/bağımlılığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırılmasında bir hastalık olarak ele alınmıştır (*International Classification of Diseases, 10th Revision;F.17*). Bu nedenle sigara bağımlılığının (hastalığının) tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Sigara kullanımı genellikle ergenlikte başlar. Ülkemizde de 15 yaş üzerindeki 16 milyon kişi sigara içmektedir.

Ergenler genellikle özenme, arkadaş çevresinden etkilenme, bağımlılık arayışı, kimlik karmaşası gibi nedenlerle sigaraya başlarlar. Bunun yanında, yaşadıkları stresle başetmede zorluk çeken gençler, sigaraya yönelmektedir. Araştırmalar sigara içen ergenlerin benlik saygısının daha düşük olduğunu göstermektedir. Depresyon yaşayan kişiler de sigaraya daha fazla yönelir.

Tütün ve mamülleri ile küresel mücadele gerekir; ancak birey bu mücadelede çok önemli bir yere sahiptir. En çok tüketilen tütün ürünü olan sigara mücadelesinin üç temel basamağı olduğu üzerinde durulmuştur. Bu basamakların (*sigaraya başlamanın engellenmesi, sigara içme davranışını bıraktırma çalışmaları ve sigara dumanından pasif olarak etkilenmenin engellenmesi*) anımsanmasında yarar vardır. Hekim bu basamakların hepsinde çok önemli görev üstlenir. Asıl hedef kişilerin sigaraya başlamalarının engellenmesidir. Ancak halen 1.1 milyar kişinin sigara içtiği; yaklaşık altı bin gencin her gün sigaraya başladığı bir dünyada sigaranın (ya da tütün ürünlerinin) bırakılması konusundaki çalışmaların önemi çok büyüktür.

Ayrıca, sigarayı bırakma çalışmaları, başlamanın önlenmesi için gerekli en önemli adımlardan biridir. Türkiye'de de halen yaklaşık 17 milyon kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir.

Sigara içmeyi bırakmak isteyen kişiler, bu davranışlarından uzaklaşmaları için bazı kolaylaştırıcı-destekleyici yaklaşımlara gereksinim duymaktadırlar. Bunlar arasında, ilaçsız yapılan bazı destek programları, farmakolojik ajanların kullanılması yoluyla sağlanan destek programları ya da kimi zaman bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması yer almaktadır. Sigarayı bırakma isteğinin bireyde oluşması ve bu isteğin pekişmesi konusunda bazı engeller vardır. Bu engeller arasında kişinin cesaretinin olmaması, çevresinden gerekli desteği görememesi, daha önce bırakma gi-

PANEL 6

rişiminin başarısız olması, bireyin sigarayı bırakmak için çok geç kaldığına inanması, sigara içerek yalnızca kendi sağlığını yitirmesi gibi pek çok neden sıralanabilir. Ancak sigara içicileri tarafından bu ve benzeri nitelikteki inanışların çoğu doğru değildir. Örneğin, kişi sigara içerek çevresindekilerin de sağlığını tehdit etmektedir. Sigarayı bırakmak için hiçbir zaman geç kalınmış değildir. Pek çok sağlık sorunu sigaranın bırakıldığı anda gerileyebilmektedir. Daha önceki bırakma girişimlerinin başarısız olması, bu girişimin de başarısız olacağı anlamına gelmemektedir. Yapılan çalışmalar kişinin daha önceden sigarayı bırakma girişimi var ise, bir sonraki girişiminin daha başarılı olma olasılığı olduğunu ortaya koymaktadır. Kişi kendini yeterince kararlı ve cesur hissetmiyorsa, yakınındaki (özellikle de bu konuyla ilgili) bir hekimden danışmanlık alabilir, görüş alışverişinde bulunabilir. Bu kapsamda bir süre sonra kendisinin motivasyonunun arttığını fark edecektir.

Hekim karşılaştığı her hastayı sigara alışkanlıkları açısından sorgular, hastasına sigarayı bırakmasını önerir, bırakma konusunda hastasını yönlendirir ve gerekli tedavi modalitelerini hastasına uygular. Sigarayı bırakma döneminde ve sonrasında hastasını izler ve destekler.

SİGARAYI BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Sigarayı bıraktırma yöntemlerinde amaç, psikolojik bağımlılığın ve nikotin bağımlılığının üstesinden gelmek ve bu konularda hastalara yardımcı olmaktır. Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazırlanması gerekmektedir. Bu nedenle önce kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekir. Tanı için kişinin sigara öyküsü, bağımlılığın Fagerström testi ya da EMASH ile değerlendirilmesi ve CO analizörü ile sigara dumanına ne kadar maruz kaldığının ölçülmesi gerekmektedir.

Sigara bırakmayı düşünen bir kişi önce hazırlık dönemi geçirmelidir. Bu dönemde sigarayı bırakma nedenleri, sigaranın hayatındaki rolü ve sigara kullanım şekli ile kişiyi tetikleyen faktörler belirlenmelidir. Kişiyi sigarayı bıraktığı zaman elde edeceği yararlar anlatılmalıdır. 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.

Sigara içen kişinin sigaranın yaşamındaki rolünün ne olduğu belirlenmelidir. Duygusal durumları içermeyen ortamlarda sigara içimi sorgulanmalıdır. Araba kullanımı, telefonla konuşma, balık avlama, çay-kahve içimi, alkol alma, televizyon seyretme, kitap okuma ve sohbet ortamında sigara içip içmediği belirlenmelidir. Sigara kullanma şeklini ve tetikleyen faktörleri hastaların not etmesi istenmelidir. İçilen her sigara için saat kaçta içildiği, nerede içildiği, ne yaparken içildiği, kiminle birlikte içildiği, hangi durumlarda içildiği ve sigara içilme isteğinin ne olduğu not edilmelidir.

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara yaklaşım, kişilere sigaranın yaşamlarındaki rolünün ne olduğunun sorulmasını da içerir. Bu rol için verilen yanıtlardan bazıları, stresli durumla başa çıkmak, hoş olmayan durumların üstesinden gelmek, gevşemek, konsantrasyonu artırmak, iş arasında bir nefes almak, kendilerini kötü ve üzgün hissettiklerinde rahatlamak ve sıkılınca vakit geçirmek olabilir. Sigara bırakma dönemlerinde kişilere, sigarayı bırakmalarına engel olacak etkenleri ortadan kaldırarak yaşamlarını zevkli hale getirecek, sağlıklarını artıracak aktiviteler planlamaları önerilmelidir.

Böylece önemli bir halk sağlığı sorununun üstesinden gelmekle ilgili altyapı hazırlanmış olacaktır.

NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİLERİ

Uzm. Dr. Osman Örsel

Atatürk Göğüs Hast. ve Göğüs Cerrahisi Eğtm. ve Arş. Hastanesi, 5.Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Sigara içme birçok ülkede, önlenebilir mortalite nedenleri arasında en sık karşılaşılanlardan biridir.(1) Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre, günümüzde 15 yaş üstü dünya nüfusunun üçte biri, yani yaklaşık 1 milyar 100 milyon kişi sigara içmektedir. 1997 yılı verilerine göre Türkiye’de yetişkin erkeklerin %51’i, kadınların ise %49’u gün-

lük düzenli içicidir.(2) ABD’de “Sağlıklı İnsan 2010” projesinde sigara içme oranı %12 olarak hedeflenirken, klinisyenler bugünkü yüksek oranlara bakarak (sigara içme oranları yaklaşık %33) farklı bırakma yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğinde hemfikirdirler.(2) Bu konudaki epidemiyolojik veriler, sigara içenlerin %70’inin sigara bı-

PANEL 6

rakmayı istediklerini, %46'sının ise en az bir gün süren sigara bırakma girişiminde bulduklarını göstermiştir.(3,4) Sigara bırakma konusunda herhangi bir yardım almayanların yalnızca %7.5'inin beş aylık bir sürede sigarasız kalmayı başardıkları, davranışsal ya da farmakolojik bir girişimin ise başarı oranlarını artırdığı bildirilmektedir.(5)

Sigara bağımlılığının sadece psikolojik nedenlere değil, çevresel ve fizyolojik nedenlere de bağlı olduğu artık kabul edilmektedir. Nikotinin beyindeki ve diğer organlardaki nikotik kolinerjik reseptörler üzerinden etkinlik gösterdiği; daha fazla oranda presinaptik alana etki ettiği ve burada asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırdığı düşünülmektedir. (1, 2) Sigarayı bıraktıktan sonra sigara arama davranışı, huzursuzluk, bradikardi, uykusuzluk, iştah ve kilo artışı gibi kesilme belirtilerinin ortaya çıktığı, bu belirtilerin 24-48 saat içerisinde şiddetlendiği, on beş günde azalarak ortadan kalktığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, kesilme belirtilerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyi gibi etkenlerle ilişkili olmadığı (1, 2); kesilme belirtilerinin nikotin bağımlılık düzeyi ağır olanlarda daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (7, 9).

Davranış eğitimi-motivasyonel destek en yaygın olarak kullanılan ve önerilen yöntemdir. Tek başına veya diğer tedavilerle birlikte kullanımı önerilmekle birlikte, literatürde bu kullanım şekilleriyle ilgili farklı bırakma oranları yer almaktadır. Farklı nikotin yöntemleriyle birlikte davranış eğitiminin başarı oranlarının %17 - %35 arasında değiştiği belirtilmektedir.(6) Tek başına eğitim için 1 yıllık izleme sonucunda bırakma oranları ortalama olarak %25, grup tedavisi için %28, hekim danışmanlığı ve yönlendirme için ise %6-%43 arasında değişen oranlar bildirilmektedir.(7)

Nikotin replasman tedavisi ise sigara bırakanlara yardım için kullanılan stratejilerin sıklıkla başvurulan bir bileşenidir. İlk olarak kullanılan nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle bozulan emilimi, bağımlılığın sakıza geçmesi nedeniyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranasal sprey ve inhalerler kullanılmaya başlanmıştır.

NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİLERİ (NRT)

NRT tedavileri reçeteli veya reçetesiz olarak en sık kullanılan tedavilerden biridir. Nikotin sakızı ilk geliştirilen yöntemlerden biridir. Sakız çiğnendiğinde ion değişimi

aracılığıyla nikotin salınır. Bukkal muköz membranlardan emilir. NRT sakızı 2 ve 4 mg dozlarında bulunmaktadır. Önerilen doz, günlük 9 ile 16 parçadır. Psikososyal girişimlerle birlikte kullanıldığında daha etkilidir. Yüksek doz kullananlarda 4-6 ay sonra dozun azaltılarak kesilmesi uygundur. Nikotin bantı, nikotinin banttan transdermal yöntemle kontrollü salınımıdır. Yüksek doz kullanımıyla sigara bırakma oranlarının korele olduğu belirtilmektedir. Tedaviye uyum oranları yüksektir, kola, bir kez, günlük olarak yapıştırılır. NRT bantının başlangıç dozu 15 veya 21 mg'lık banttır. Banttan 0.9 mg/saat nikotin salınır. Nikotin düzeyi, kararlı salınım kavuştuğunda 13-25 ng/ml'dir, en yüksek dozlar bant yapıştırıldıktan hemen sonra gözlenir. Toplam kullanım süresi 6-12 hafta arasındadır, daha uzun sürelerde de kullanılabilir. Hastaların %25'i cilt irritasyonu veya eritem, %10'u da yan etkileri tolere edememesi nedeniyle bırakır. Yirmi dört saatlik bantlarda uyku sorunları da olabilmektedir. Nikotin nazal sprey, hızla absorbe edilir ve diğerlerine göre daha yüksek kan düzeyi sağlar. Tek dozu 0.5 mg nikotin sağlar, 1-3 saat aralıklarla kullanılabilir. Etkili kullanımın 15-20 (8-10 mg) sprey olduğu düşünülmektedir. Nikotin inhaleri, bir kartuşdan uygulanır. Sigara içme sırasındaki üst solunum havayolunun stimülasyonunu taklit eder, ama emilim primer olarak orofaringeal mukozadan olur. Kan düzeyi diğerlerine göre daha düşüktür. Sprey ve inhalerin öksürük, lokal iritasyon, baş ağrısı, dispepsi, bulantı gibi yan etkileri bulunmaktadır.

NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİLERİNİN SONUÇLARI

Sigara bırakmada nikotin replasman tedavilerinin etkinliğiyle ilgili yapılan bir meta-analizde, NRT kullanan ve en az 6 aylık bir yoksunluk dönemi bildiren çalışmalarda bırakma oranı 1.71 kat daha yüksek olarak saptanmış; yöntemler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (nikotin sakızı 1.61, bant 2.07, sprey 2.92, inhaler 3.05). Çalışmanın diğer sonuçları ise, nikotin bağımlılık düzeyinin ve ek olarak kullanılan diğer yöntemlerin bırakma oranlarını etkilemediğidir.(8) Farklı nikotin sistemleri kullanan çalışmalar, %17 - %35 arasında başarı oranları bildirirken, nikotin bant ve plasebo yöntemlerini karşılaştıran bir çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı (sırasıyla %21 ve %14, bir yıl sonunda) bildirilmiştir.(9) Sigara Bırakma Polikliniği sonuçlarının yer aldığı çalışmamızda, sigara bırakma oranı tüm grupta %29.1 olarak saptanırken, tedavi grupları arasında (DE ve

PANEL 6

NRT/DE; sırasıyla %24.2 ve %31.5) bu açıdan bir farklılık saptanmamıştır.

Nikotin transdermal bantın kullanıldığı çalışmalarda tek başına doktor tarafından verilmesine ya da reçetesiz kullanımına, kullanılma süresine, birlikte danışma ve davranış eğitimi verilmesine göre de başarı oranları değişmektedir.(10, 11, 12) Doktor kontrolünde, destek ve danışma verilerek farmakoterapi ve davranış eğitiminin uygulandığı bir çalışmada, bir yıl sonunda sigara bırakma oranı %23.7 olarak belirtilmektedir.(13) Hastanede en az 2 gün yatarak tedavi gören hastalarda benzer bir program uygulayan bir diğer çalışmada, 6 ay sonunda yoğun danışma ve NRT alanlarda %35, NRT ve düşük düzeyde danışma alanlarda (10 dakika boyunca sigaranın zararları anlatılmış) ise %21 olarak başarı oranı verilmektedir.(14) Hand ve arkadaşları tarafından yapılan hastane örnekleme olan bir çalışmada ise, NRT+destek ve destek gruplarında 1 yıl sonunda, sırasıyla %15 ve %14 gibi daha düşük başarı oranları verilmektedir.(1) İlan yoluyla sigara içenlere ulaşılan bir çalışmada ise, 6 ay sonunda reçetesiz bant için %9.2, reçeteli bant için %3.0 başarı oranı bildirilmiştir. Erken dönem KOAH olan ve sigara içen hastalarla, göğüs hastalıkları kliniğinde nikotin sakızı ve inhaler (atrovent) tedavisi kullanılarak yapılan bir çalışmada, tedavi uyumu

yüksek olanlarda %55, orta derecede olanlarda %34, 5 yılın sonunda tüm grupta (tedavi alan ve almayan) %22 olarak saptanmıştır.(15)

Birçok araştırmacı, bugün sigara içenlerin bırakmayla ilgili depresyon, nikotin bağımlılığı, kilo alma korkusu gibi özgül güçlükleri olduğunu ve mevcut tedavilerin yetersiz kaldığını belirtmektedir. Bupropion gibi antidepresan ilaçlarla yapılan tedavilerin sonuçları da istenen düzeyde değildir. Kombinasyon tedavilerle etkinlik artırılmaya çalışılmakta ama hangi kombinasyonun hangi hasta için uygun olduğu konusunda yeterli ölçüt bulunmamaktadır.(16)

Sonuç olarak, bugün uygulanan sigara bırakma tedavilerindeki başarı oranları istenilen düzeyde değildir. Bunun dışında, bugünkü sigara bırakma tedavileri, sigarayı bırakan bireylerde uzun süreli sigara içmemeyi sağlayamamaktadır. Önümüzdeki yıllarda sigara içmenin medikal ve ekonomik boyutları gittikçe artacaktır. Çalışmamızın sonuçlarına göre sigarayı bırakma başarısında NRT kadar davranış eğitimi ve yoğun motivasyonel destek de etkilidir. Ancak sigaranın kullanılma oranları ve yol açtığı hastalıklar göz önüne alındığında, farklı gruplara göre sigara bırakma tedavilerinin geliştirilmesi, tedavi kombinasyonlarının etkinliğinin belirlenmesi ve yaygın olarak uygulanması gerektiği açıktır.

Kaynaklar

1. Hand S, Edwards S, Campell IA, Cannings A. Controlled trial of three weeks nicotine replacement treatment in hospital patients also given advice and support. *Thorax* 2002, 57: 715-718
2. Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. Sigara ve Sağlık (Ed Nihat Özyardımcı). Bursa 2002, sh: 49-59.
3. Smiths SS, Jorenby DE, FC Fiore, Anderson JE, Mielke MM, Beach KE ve ark. Strike while iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers. *J Consult Clin Psychol* 2001,69:429-439.
4. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. US Public Health Service Support. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. *JAMA* 2000, 283:3244-3254.
5. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England J Medicine* 1999, 340:685-691.
6. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994, 271:1940-1947.
7. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. Sigara ve Sağlık (Ed Nihat Özyardımcı). Bursa 2002, sh: 429-460.
8. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994, 343: 139-142.
9. Campell IA, Prescott RJ, Tjeder-Burton SM. Smoking cessation in hospital patients given repeated advice plus nicotine or placebo chewing gum. *Respir Med* 1991, 85:155-157.
10. DeGraff AC. Pharmacologic therapy for nicotine addiction. *Chest* 2002, 122: 392-394.
11. Hays TJ, Croghan IT, Schroeder DR, Offord KP, Hurt RD, Wolter TD, Nides MA, Davidson M. Over the counter nicotine patch therapy for smoking cessation: results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. *American J Public Health* 1999, 89: 1701-1707.
12. Dey P, Foy R, Woodman M, Fullard B, Gibbs A. Should smoking cessation cost a packet? A pilot randomized controlled trial of the cost effectiveness of distributing nicotine therapy free of charge. *British J General Practice* 1999, 49: 127-128.
13. D'Angelo MES, Reid RD, Brown KS, Pipe AL. Gender differences in predictors for long term smoking cessation following physician advice and nicotine replacement therapy. *Canadian J Public Health* 2001, 92: 418-422.
14. Ussher M, West R, McEwen A, Taylor A, Steptoe A. Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction* 2003, 98: 523-532.
15. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist SA. Effects of randomized assignment to a smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. *The American J Medicine* 1999, 106: 410-416.