

Sigara Bağımlılığı ve Hekimler

Arzu Yorgancıoğlu¹, Ayşen Esen²

Celal Bayar Üniversitesi, ¹Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa

ÖZET

Ülkemizde 15 yaş üstü nüfusun %43.6'sı sigara içmektedir. Sigara bağımlılığı sadece psikolojik değil, çevresel ve fizyolojik nedenlere de bağlıdır. Sigara bırakma işleminde hekimlerin rolü kişinin kendinden sonra ikinci önemdedir ancak ne yazık ki hekimlerin bu konudaki bilgi ve istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli değildir. Bu derlemede sigara bağımlılığı, bırakma yöntemleri hakkında kısa bilgiler verildikten sonra hekimlerin bu konudaki yaklaşımları, uygulanan yöntemler ve aksayan noktaları ve sorunun çözümünde hekimlere öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Toraks Dergisi, 2000;1:90-95

Anahtar sözcükler: Sigara bağımlılığı, hekimler

ABSTRACT

Nicotine Dependence and Physicians

Over 15 years of age, % 43.6 of the population are smokers in Turkey. Nicotine dependence is not only due to psychologic but also physiologic and environmental factors. The role of the physician in smoking cessation practice is the second important factor after the individual himself. But unfortunately both knowledge and willingness of the physicians do not seem adequate to influence their patients. This review is aimed to evaluate the attitudes of physicians towards the smoking habit, the currently used methods, conflicting points and practical advices to physicians in solving this problem after a short information about nicotine dependence and methods of cessation.

Key words: Nicotine dependence, physicians

Sigara içme özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçek bu alışkanlığın yaklaşık %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir [1,2,3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara içme alışkanlığı 1970-1985 yılları arasında ortalama %7.1'lik bir artış göstermiştir. Bu artış Asya, Latin Amerika ve Afrika'da dramatik bir şekilde görülürken Amerika ve Avrupa'da tam tersi azalma gözlenmiştir. Türkiye'de bu artış %10 civarındadır [1,2].

Ülkemizde sigara içme alışkanlığı çok yaygındır. 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir araştırmaya göre 15 yaş ve üstü erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü tüm nüfusun ise %43.6'sı sigara içmektedir. Bu araştırmada sigara içme alışkanlığı ölçütü olarak "sigara paketi taşımak" alınmıştır; oysa DSÖ değerlendirmelerine göre sigara tiryakisi sayılmak için "düzenli olarak günde 1 sigara içmek" yeterlidir. Bu nedenle sigara alışkanlığı muhtemelen bu değerlerden daha da yüksektir [1].

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. DSÖ madde bağımlılığını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir [3].

Sigara içme veya dumanının inhalasyonu zamanla kişide kuvvetli psişik ve zayıf fiziksel bağımlılık oluşturur. Farmakolojik kanıtlar tütünde esas bağımlılık yapan maddenin nikotin olduğunu göstermişlerdir. Sigaradaki nikotin bağımlılıktan sorumlu tutulma nedenleri arasında psikoaktif

Yazışma adresi: Doç. Dr. Arzu Yorgancıoğlu
Mithatpaşa Cad.No: 978/6 Göztepe 35290 zmir
Tel: (0232) 2247013 ev
(0236) 2394794 iş
Faks: (0236) 2370213
E-posta: arzuyo@hotmail.com

oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi, sigara dışı yollarla uygulanan nikotin de bağımlılık yapması ve nikotini azaltılmış sigaraların rağbet görmemesi sayılabilir [3].

İnsanların neden sigara içtiğiyle ilgili bugüne kadar ileri sürülen dört teori vardır;

Birincisi bir alışkanlık olduğu şeklindedir. Bazı araştırmacılar bunun diğer madde bağımlılıklarıyla eşdeğer bir bağımlılık olduğunu söylerken, diğerleri ise daha dikkatli davranarak bunun alışkanlık ya da öğrenilmiş bir davranış olduğundan bahseder ve alışkanlık haline getiren madde olarak nikotini suçlar.

İkinci teori ise sigara içmenin çocukluktan beri bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı olduğuna dayanır.

Üçüncü teori sigara içmenin özellikle düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin heyecan ve yenilik arayışı içinde ortaya çıkardıkları bir davranış olduğunu ileri sürer.

Son teori ise bunun bir seçim olduğunu ve sigara içenlerin bilinçli olarak sigaranın yarar ve zararlarını tarttığı ve bu konularda objektif olarak yanlış olsalar bile buna uygun davrandıkları ya da davranmaya çalıştıklarını söyler. Son yıllarda sigara bağımlılığının sadece psikolojik değil çevresel ve fizyolojik nedenlere de bağlı olduğu ve sigara tüketim miktarının da bağımlılık türüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigara miktarı arttıkça fizyolojik bağımlılığın psikolojik bağımlılığın önüne geçtiği ileri sürülmektedir [4, 5, 6, 7].

Sigarayı bıraktıktan sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtileri “nikotin yoksunluğu” olarak ele alınır. Uzun süreli ve kalıcı nikotin alımı sonucu nöroadaptasyon ortaya çıkar. Zaman içinde beyinde nikotin reseptörlerinin artmasıyla nikotin bazı etkilerine tolerans gelişir ve bu tolerans sonucu sigara bırakıldığında nikotine bağlı kesilme belirtileri ortaya çıkar. Nikotin yoksunluğu kriterleri kullanımın bırakılmasının veya azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dört veya daha fazlasının ortaya çıkmasıdır.

1. Disforik ya da depresif duygudurum
2. İnsomnia
3. İritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
4. Anksiyete
5. Düşünceleri yoğunlaştıramama
6. Huzursuzluk
7. Kalp hızında artma
8. İştah artması ya da kilo alma

SİGARA BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Sigaranın zararları ve bırakmayla ilgili ilk yayınlara 1850’li yıllarda rastlanmaktadır. O dönemden bugüne kadar pek çok değişik yöntem denenmiş ve hâlâ denenmektedir. Siga-

ra bırakma pek çok 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 devamını sağlamak için bireyi desteklemektir [2,8,9]. Görülmektedir ki sigara bırakma işleminde hekimlerin rolü kişinin kendisinden sonra ikinci önemdedir. Ancak ne yazık ki hekimlerin bu konudaki gerek bilgileri gerekse istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli görülmemektedir. Bu derlemede sigara bıraktırma yöntemleri konusunda kısa bilgiler verildikten sonra hekimlerin bu konudaki yaklaşımları, yapılması gerekenler, halen uygulanan yöntemler ve aksayan noktalar ile sorunun çözümünde hekimlere düşenler konusunda somut önerileri sunmak amaçlanmaktadır.

Hekimlerin, bireyleri sigara bırakmaya yönlendirirken izlemeleri gereken yol kısaca şöyle olmalıdır[8]:

1. Hastanın sigara bırakmaya karşı tutumunu saptayın (Motivasyon derecesini belirleyin)
2. Hastaya sabırla sigarayı bırakmasını öğütleyin ve bilgilendirin.
3. Sigara bırakma yöntemleri konusunda yol gösterin
4. Gerektiği kadar ya da olabildiğince destek olun
5. Kararlı fakat sempatik bir tavır sergileyin.

Sigarayı bırakmayı planlayan kişinin geçirdiği 4 dönem vardır [8];

1. Düşünme Aşaması: Kişinin ciddi olarak sigarayı bırakmaya henüz karar vermemiş olduğu dönemdir.
2. Karar Aşaması: Kişi ciddi olarak kararını verir.
3. Eylem Aşaması: Kişinin düşüncesini eylem haline dönüştürme ve sigarayı bırakmak için harekete geçme dönemidir.
4. Sürdürme Aşaması: Bırakmayı sürdürme dönemidir.

Önerilecek bırakma planı aşağıdaki gibi olabilir;

1. Bırakmak istediğinizden emin olun.
2. Bırakma nedenlerinizden emin olun.
3. Kendinize sigarayı bırakmak için bir gün belirleyin ancak bu takip eden 1 veya 2 hafta içinde olsun.
4. Karar verdiğiniz günde sigarayı bırakın; daha önceden sayıyı azaltmayı denemeyin.
5. Arkadaşlarınızdan size sigara vermemelerini isteyin.
6. Eğer içkiyle sigara içiminiz arasında ilişki varsa ilk birkaç hafta içki içilen yerlerden uzak durun.
7. Tekrar başlama genellikle ilk 4-6 hafta içinde görülmesine karşın ilk 6 ay boyunca iradenizi güçlü tutmaya çalışın.

8. Karşılaşacağınız problemlerle (gerginlik, konsantrasyon gücünüz vs) nasıl baş edeceğinizi önceden belirleyin.

9. Trankilizan kullanmayın çünkü faydası olmaz.

10. Sigara için harcamış olacağınız parayı biriktirin ve kendinizi ödüllendirin [7,8,9].

SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Sigara bırakturma klinikleri: Bu kliniklerde kendi arzusu ile başvuran hastalar yatırılarak genellikle grup ve destekleyici psikoterapi ağırlıklı tedaviler uygulanmıştır. Tedavi sırasında bırakma oranları %80 iken bir yıllık takiplerde bu oran %15-29'lara düşmektedir [8,9].

Hipnoz: Başarı oranı değişik çalışmalarda % 4-88 arasında bildirilmektedir. Tekli, birkaç kişilik veya grup oturumunda uygulanabilir. Yüksek trans kapasitesi olan hastalar bu yöntemle sigarayı daha rahat bırakmakta ancak tekrar başlama oranları da yüksek bildirilmektedir [8].

Davranışçı yöntemler: Bu yöntemlerde 2 farklı yaklaşım söz konusudur. Birisi nefret tedavisini içeren cezalandırmayı kullanır, diğeri pozitif olarak güçlendirmeyi yeğler ki kendi kendini yönetme prosedürlerini içerir.

Nefret ettirme tekniklerinden **elektrikle uyarma tedavisi** bir dönem yaygın kullanılmış ancak elde edilen sonuçlar yüz güldürücü olmamıştır. **Bıktırma veya doyurma** yönteminde kişi rahatsızlık verici bir duygu oluşana kadar sigara içirilir ve tiksinti yaratılarak bıraktırmak amaçlanır. Yüzde 18-60 oranında bırakma elde edilmiş ancak uzun süreli takip sonuçları olmadığı için başarı oranı tam olarak değerlendirilememiştir. **Hızlı sigara içme** yönteminde hastaların hızlı bir şekilde sigara içmeleri (6 saniyede 1 nefes) ve bu sırada yüzlerine sigara dumanı içeren hava verilmesi şeklinde uygulanmıştır. Kısa dönem ve uzun dönemde başarıları %60 oranındadır. Sonuçlar çelişkilidir. Bayat sigarayı aşırı derecede içirme, nefes tutturma gibi yöntemler de söz konusudur.

Kendi kendini yönetme teknikleri ise genellikle liderler, öncüler veya terapistler tarafından yönetilir. **Self monitoring** adlı, içilen sigaranın yazılarak kaydedilmesi veya **nikotin fading** denilen sigaranın giderek azaltılması gibi yöntemler uygulanır [8].

Akupunktur: Diğer yöntemlerle birlikte kullanıldığında başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Tedavi sırasında bırakma oranı yüksek ancak uzun süreli izlemlerde düşüktür [8].

Tıbbi tedavi: Farmakolojik ilaçların kullanımının iki amacı vardır; birincisi sigara alışkanlığından kurtulmak, ikincisi

ise yoksunluk semptomlarının üstesinden gelmektir. Trankilizan, lobeline, buspiron, nikotin reseptör blokleri mekalinamin, ACTH, klonidin ve simetidin değişik dönemlerde denenmiş ancak olumlu sonuçlar alınamamıştır. Nazal nikotin sprey ve solusyonları, nikotin vaporu ve transdermal nikotin preparatları ile uygulanan nikotin replasman tedavileri doktorların hastalara telkin ve önerileri ile birlikte hastayı en iyi sonuca ulaştırmaktadır. [8,9]

Nikotin replasman tedavisi: Nikotin çikletleri: 2-4 mg nikotin içerir. Daha çok 2 mg'lıkları kullanılır. Saatte ortalama 1 tane çiğnenir. Günde en fazla 30 parça çiğnenir. Kan nikotin düzeyi 11.8 ng/ml, 4mg'lıklarda ise 23.2 ng/ml civarında tutulur, saatte ortalama 1 sigara içenlerde ise kan nikotin düzeyi 18.3 ng/ml'dir. Bu yöntemle sigara bırakma başarıları %35-63 arasında değişmektedir. Kanda stabil bir düzey sağlanamaması ve kişinin sürekli çiklet çiğnemek zorunda kalması yöntemin dezavantajlarından. Tedavi periyodu 3 aydır. Yan etkisi ağız ve boğaz acısı, hıçkırık, çene yorulması, salivasyon, bulantı, kusma ve diğer gastrointestinal semptomları nadiren ağız ülseri, baş ağrısı ve palpitasyonudur.

Nikotin Transdermal Terapötik Sistem (TTS): En fazla önerilen yaklaşımlardan birisidir. İyi tolere edilir. On altı ve 24 saat süreyle uygulanan formları vardır. On altı saatliklerin 5, 10, 15 mg'lıkları, 24 saatliklerin 7, 14, 21 mg'lıkları bulunmaktadır. Saçsız deriye yapıştırılarak, günde bir kez uygulanır. Kullanma süresi 4-20 hafta arasında değişmektedir. Bu yöntemle bırakma oranları %39, %4, %69'dur ve psikoterapi ile birlikte %86'ya varan oranlar bildirilmektedir.

Koroner arter hastalıkları, ciddi hipertansiyon, aritmi, periferik damar hastalıkları, hipertiroidizm, diyabet, böbrek ve karaciğer yetersizliği, peptik ülser, özofageal reflü, gebelik ve lohusalıkta uygulanmaması önerilir. Ancak bu hastalıklarda sigarayı kesme de gereklidir. Eğer farmakolojik olmayan yaklaşımlarla sigaradan vazgeçilemiyorsa nikotin replasman tedavisi doktor kontrolünde denenmelidir [6, 8, 10].

Son yıllarda davranışçı yöntemler, grup tedavisi ve tıbbi tedavi kombine olarak kullanılmaktadır.

Türkiye'de henüz sigara ile mücadelenin çağdaş yöntemleri uygulanamamaktadır. Ülkemizde sigara konusundaki eğitim zayıf, pasif içicilik yaygın, sigara reklamları sınır tanımasızca özendirici ve aldatıcıdır. Sigara salgınına yönelik araştırmalara gerekli önemin henüz verilmediği ülkemizde, bırakmak isteyenlere yardım çalışmaları da yok denecek kadar azdır. Sigara üretimi ve ticareti de 1991 yılından beriütün fonu desteğinde yardım görmektedir. Uluslararası sigara firmalarının keyfini çıkardıkları bu durum, salgının ülkemizde büyük bir hızla kadın ve çocuklara da sıçramasına

neden olmuştur. Bu firmalarla işbirliği yapanlar para kazanmanın keyfiyle, önlem alması gereken tüm kişi ve kuruluşlar ise büyük bir aymazlıkla davranmaktadırlar.

Bu amaçla 7.11.1996 tarihinde 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun kabul edilmiştir. Amacı 1. maddesinde de belirtildiği gibi kişileri tütün ve tütün mamullerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler almaktır. Söz konusu yasa tütün ve mamullerinin kullanımını belirli kayıt ve şartlara tabi olarak yasaklamakla önemli bir atılımı gerçekleştirmiş ve mevzuat bazında çağın modern çizgisini yakalamış bulunmaktadır. Ancak kanunun tatbik ve takibat usulleri dikkate alındığında ve aradan geçen iki yıl süresince de çok etkin uygulanmadığı gözlemlendiğinde yeniden ele alınması gerekliliği açıktır. Bu konu hukuksal anlamda ele alınıp, güncel yaşam içinde daha kolay uygulanma yolları bulunmalıdır. Hekimlerin %30 gibi bir oranı yasal önlemlere dayanarak kontrol sağlanmasını uygun bulmamaktadır. O zaman kendilerine düşen boyutun irdelenmesinin gerekliliği bir kez daha gündeme gelmektedir. Tablo 1’de ülkemizde hekimler arasında sigara içme sıklığını araştırmak amacıyla yapılmış bazı çalışmaların sonuçları görülmektedir [11,12,13,14,15].

Bu sonuçların genel Türk popülasyonundan çok farklı olmadığı görülmektedir, oysa Birleşik Devletler’de 1974’ten 1991’e kadar hekimler arasında sigara içme oranı %18.8’den 3.3’e düşmüştür. Almanya’da ise %18-29 arası değerler verilmiştir. Yine iki Akdeniz ülkesi olan İspanya’da %42.3 Yunanistan’da ise %44 gibi değerler bizim verilerimize benzerdir ve sigara alışkanlığında bazı sosyokültürel faktörler dikkati çekmektedir. Bu derece yüksek sigara içme oranları ile hekimlerin sigara bıraktırma konusunu ne denli ciddiye alacak-

ları tartışılır. Bu konuya yaklaşımlarını araştırmak üzere bölgemizde yaptığımız çalışmada hekimlerin yarısından fazlasının (%64.2) muayene ettikleri hastalarının sigara içme alışkanlıklarını sorguladıklarını belirtirken %45.4’ü sigara içen hastalarına bırakmayı önermekte, %23.9’u bırakma yöntemleri konusunda,%18.9’u ise bırakma sonrası ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtileri konusunda bilgi vermektedir. Ayrıca hekimlerin %30 oranında sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaması da ilgi çekici idi. Dünyada hekimlerin bu konuda yaklaşımlarının düşük sigara içme oranlarına rağmen çok farklı olmadığı görülmektedir. Değişik ülkelerden bildirilen çalışmalarda hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %40-60 arasında sorguladıkları görülmektedir. Hasta ve hekimlere bu sorgulama konusunu ayrı ayrı sorduğumuzda hekimler %90’ın üzerinde hastaların alışkanlıklarını sorguladıklarını ifade ederken, hastalar bu oranı ancak %50’lerde ifade etmekteydi. Sigara bırakma ve yöntemleri konusundaki bilgilendirmeyi ise hekimler %45-60 oranlarında yaptıklarını ifade ederken hastalar bu oranı %7’nin üzerine çıkarmamaktaydı. Dünyada bu konuda bildirilen oranlar da ülkemizden çok farklı değildir ve hastaların ifadelerine göre sorgulama oranı %50’lerin üzerine çıkmamaktadır. Bu sonuçlar hekimlerin bu konuya ya yeterince önem vermediğini, ya konu hakkında ciddi bilgi eksikleri olduğunu ya da hasta ve hekimin birbirlerini anlamada sorunları olduğunu düşündürmektedir. Oysa yapılan tüm çalışmalar hekimlerin bu savaşta kilit rol üstlenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Chicago’dan bildirilen bir raporda hastaların tümü hekimlerin sigarayı bırakmalarını önermeleri gerektiğini ancak bu yolla başarılı olunabileceğini bildirmişti. Hekimden gelecek öğüt çok stratejik bir nokta olarak belirmektedir [16-31].

Motivasyon sigara bırakmada anahtardır. Yaklaşan ölüm

Tablo 1. Hekimlerin sigara içme sıklıklarıyla ilgili ülkemizde yapılan bazı çalışmalar

		n	E (%)	K(%)	T(%)
Sezer(1989 Elazığ)	Hekim (Diş hekimi)	253	54.8	39.4	52.5
Ardıç (1989 Eskişehir)	Hekim	270	62.4	44.1	54.0
Kocabaş (1993 Adana)	Hekim	974	47	39.1	45.6
Özkurt (1997 Denizli)	Hekim	175	-	-	45.1
Çan (1997 Trabzon)	Hekim	192	31.4	33.8	45.6
Çıkrıkçıoğlu (1997 İstanbul)	Göğüs hekimleri	447	-	-	22.4
Esen (1997 Manisa)	Hekim	305	43.2	37.0	41.3

E: erkek, K: kadın

korkusu çok güçlü bir motivatördür. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların çoğu sigara içmeyi bırakmada bu nedenle başarılı olmuştur [6].

Kanımızca en önemli sorun hekimlerin bilgi eksikliğidir. Bu konuda verilecek eğitim tıp fakültelerinde başlamalı ve mezuniyet sonrası dönemde de sürmelidir. Yapılan anket çalışmalarında hekimler bilgi eksikliklerini ortaya koymuşlar ve bu eksiklik nedeniyle böyle bir çabanın içine girmediklerini ifade etmişlerdir. Onları bilgi desteği ile yüreklendirmek önemli bir adım olacaktır [16,23,28,30].

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü hekimlere sigara bırakma konusunda uygulanacak yöntemleri 4 aşamada önermektedir: sor, öneri getir, yardım et, düzenle [8].

Bu aşamalar temel alınarak hekimlere izlemeleri için önerilebilecek yöntem şöyle olmalıdır:

1. Önce kendin bırak

Hekimde sigara bağımlılığı varsa önce kendi sorununa çözüm aramalıdır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki kendisi sigara bağımlısı olan hekim hastaların sigara içme tutumlarına karşı daha kayıtsız olmakta, herhangi bir girişimde bulunmayı kimi zaman gereksiz bulmaktadır.

2. Sigara bağımlılığı, yoksunluğu ve bırakma yöntemleriyle ilgili bilgini artır

Hekimlerin sigara bırakma konusunda yeterince etkin olamamalarının en önemli nedenlerinden birisi de bu konuda yeterli bilgilerinin olmamasıdır. İlgi ve bilgi birbirine karıştırılmamalıdır; görüştüğü her hastanın sigara alışkanlığını sorgulayan bir hekim bundan sonraki aşamada ne yapması gerektiğini bilmiyorsa o zaman hastasına bu konuda yardımcı olabilmesi çok zordur.

3. Sor

- Hastayla yapılan her görüşmede sigara içip içmediğini
- Ne kadar sigara içtiğini
- Hangi ortamlarda ve hangi ruhsal koşullarda sigara içtiğini
- Sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediğini
- Bırakmayı daha önce deneyip denemediğini, başarısız olduysa nedenlerini

4. Öneri getir

- Sigara içen tüm hastalara bırakmasını öner.
- Bu konuda zaman ayır, yapılan önerinin hasta tarafından nasıl algılandığı üzerinde dur. Hekimlerin yaptığı en büyük yanlışlardan biri hastanın sigarayı bırakması gerektiğini söyleyip bir sürü soru işaretleriyle onu ortada bırakmaktır.

– Hastanın tek başına bununla baş edip edemeyeceğini ve bu konuyla ilgili kaygılarını araştır.

– Hasta sigarayı bırakmaya kesin karar verene kadar her görüşmede öneriyi yinele

5. Yardım et

– Kesin olarak sigara bırakmaya karar vermiş hastayla birlikte uygun bir bırakma tarihi belirle, bu en geç iki hafta içinde olmalı.

– Hastanın sigara içme özelliklerini kendisine fark ettir (örneğin: kahve ile birlikte, arkadaş toplantılarında vb) ve riskli ortamlarda bulunmaması konusunda anlaş.

– Yoksunluk belirtileriyle ilgili hastaya bilgi ver.

– Hastaya bırakma yöntemleri konusunda bilgi ver ve en uygun olacak yöntemin saptanmasını sağla.

– Fiziksel bağımlılık riski varsa nikotin replasman tedavisi planla.

– Ruhsal desteğe ihtiyacı olan hastayı ilgili birime gönder.

6. Düzenle

– Sigara bırakmanın akut döneminde hastayı 1-2 hafta sıklıkta kontrollere çağır.

– En az bir yıl süreyle sigara içilmediği takdirde kişi bırakmış sayılır, bu nedenle bu süre içinde hastayla kurum arasındaki ilişkinin sürdürülmesini sağla ve giderek seyrekleşse de kontrolleri sürdür.

– Relaps sık ortaya çıkan bir sorundur, eğer olursa hemen tekrar bırakması için cesaret ver; bu durumdaki kişi genellikle suçluluk duyarak kontrole gelmeyebilir, bu nedenle hastayı bu konuda önceden bilgilendir.

KAYNAKLAR:

1. Pekşen Y. Sigara içiminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif içicilik Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri'nde. Samsun Logos Yayıncılık Tic A.Ş. 1995:1-28.
2. Chapman S. Tobacco Control. BMJ 1996;313:97-100.
3. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri'nde Samsun Logos Yayıncılık Tic A.Ş. 1995:29-53.
4. Benowitz NL. Cigarette smoking and nicotine addiction Med. Clin. of North America 1992;76:415-529.
5. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine Brit. Jou of Add. 1991;86:571-5.
6. Stuart K, Borland R, McMurray N Self-efficacy, health locus of control and smoking cessation. Add Beh 1994;19:1-12.
7. Köroğlu E Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, Dördüncü Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1994.
8. Tür A. Sigarayı bırakma yöntemleri Tür A (ed) Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri'nde Samsun Logos Yayıncılık Tic A.Ş. 1995:194-209.
9. Schwartz JL. Methods of smoking cessation Med. Clin. North America 1992;76:451-75.
10. McBride PE, Plane MB, Underbokhe G et al. Smoking screening and management in primary care practices. Arch-Fam-Med. 1997; 6: 165-72.
11. Kocabaş A. Türkiye'de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı

- özellikleri Solunum 1994;5:133-47.
12. Özkurt Ö, Bostancı M, Altın R ve ark. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı durumu. Poster bildirisi TÜSAD XXIV. Ulusal Kongresi: 8-11 Haziran 1997; İstanbul.
 13. Çan G, Özlü T, Bülbül Y: Trabzon'da hekimlerin sigara içme alışkanlıkları. Poster bildirisi TÜSAD XXIV. Ulusal Kongresi: 8-11 Haziran 1997; İstanbul.
 14. Çıkrıkçıoğlu UÖ: Toraks derneği üyelerinin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Poster bildirisi Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi: 7-8 Kasım 1997, İstanbul.
 15. Karancı NA, Rüstemli A: Smoking typology in a Turkish sample. The International Journal of the Addictions 1987; 22:289-99.
 16. Fisher EB, Rost K: Smoking cessation: a practical guide for the physicians. Clin Chest Med 1986;7:551-65.
 17. Miller GH, Golish JA, Cox CE: A Physician's guide to smoking cessation. J Fam Pract 1992 34: 759-6.
 18. Sampedro Martinez E, Narzabal Goni Ma et al. Attitude to tobacco and prevalence of smokers among primary care physicians in Guipuzcoa. Aten Primaria 1994; 30; 14: 1073-6.
 19. Polyzos A, Gennatas C, Veslemes M et al. The smoking-cessation promotion practices of physicians smokers in Greece. J-Cancer-Educ. 1995;10:71-81.
 20. Brenner H, Scharrer S: Smoking habits of future physicians: a survey among medical students of a south German university. Soz Präventiv-med 1996;41:150-7.
 21. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA 1994 ;271:1273-5.
 22. Frank E, Winkleby MA, Altman DG: Predictors of physicians' smoking cessation advice. JAMA 1991;266: 3139.
 23. Saywell RM, Ray SJ, Lukas PJ et al. Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation. Indiana Med 1996; 89:149-56.
 24. Goldberg RJ, Ockene IS, Ockene JK et al. Physicians' attitudes and reported practices toward smoking intervention. J Cancer Educ 1993;8:133-9.
 25. İcli F, İcli T, Günel N ve ark. Cigarette smoking among young physicians and their approach to the smoking problem of their patients. J Cancer Educ 1992; 7:237-40.
 26. Jean CR, Strange KC, Tumiel LM et al. Missed opportunities for prevention: smoking cessation counselling and the competing of practice. J Fam Pract. 1997;45:348-54.
 29. Saizow RB: Physicians delivered smoking intervention. J Okla State Med Assoc 1991; 84:612-7.
 27. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M et al. Physicians advice to quit smoking: results from the 1990 California Tobacco Survey. J Gen Intern Med 1993; 8:549-53.
 28. Mc Ilvain H, Susman JL, Davis C et al. Physician counseling for smoking cessation : is the glass half empty? J Fam Pract 1995;40:148-52.
 29. Rogers LQ, Johnson KC, Young ZM et al. Demographic bias in physician smoking cessation counselling. Am J Med Sci 1997;313:153-8.
 30. Kviz FJ, Clark MA, Hope H et al. Patients' perceptions of their physicians's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking Prev Med 1997;26:340-9.
 31. Goldstein MG, Niaura R, Willey LC et al. Physicians counseling smokers A population-based survey of patients' perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. Arch Intern Med 1997;157:1313-9.

Tablo 1.- Meta-analize Dahil Edilen Çalışmalar

Yaşlılarda Diüretik Tedavisiyle İlgili Çalışmalar

Çalışma	Kaynak
Antihipertansif İlaçlarla İlgili Muharip İşleri Ortak Çalışması,4 1972	Kuramoto ve ark.,5 1981
Avustralya Ulusal Kalp Vakfı,6 1981	Yaşlılarda Yüksek Kan Basıncı ile İlgili Avrupa Çalışma Grubu,7 1985
Yaşlılarda Sistolik	Pilot Çalışma,10 1989 Kan Basıncı Programı