

TÜTÜNSÜZ HAYATA BAŞLANGIÇ: *TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİ ALGORİTMASI*

UYARI !

Bu yayın Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından hazırlanmış ve yayımlanmıştır.
Her türlü yayın hakkı TAHUD'a aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kitabın tamamı veya herhangi bir bölümü, TAHUD'un yazılı izni olmaksızın elektronik, mekanik ya da başka herhangi bir yöntemle çoğaltılamaz, yayımlanamaz, dağıtılamaz veya başka bir ortamda kullanılamaz.
Alıntı yapılması halinde kaynak; "Kitabın Adı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Basıldığı İl ve Yayın Yılı" şeklinde belirtilmelidir.
Bu yayın ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Uluslararası Standart Kitap Numarası (ISBN): 978-605-73356-1-6

Baş Editör
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

Editörler
Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik
Prof. Dr. Cüneyt Ardıç
Prof. Dr. Rabia Bilici
Prof. Dr. Seçil Arıca
Prof. Dr. Yasemin Çayır
Doç. Dr. Gökçe İşcan
Dr. Öğr. Üyesi Erhan Şimşek
Uzm. Dr. Hamit Harun Bağcı
Dr. Hüseyin Alperen Güldiken

Yazar Grubu
Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik
Prof. Dr. Cüneyt Ardıç
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Prof. Dr. Rabia Bilici
Prof. Dr. Seçil Arıca
Prof. Dr. Yasemin Çayır
Doç. Dr. Abdülkadir Kaya
Doç. Dr. Ayşe Gül Güven
Doç. Dr. Başak Ünübol
Doç. Dr. Ersan Gürsoy
Doç. Dr. Gökçe İşcan
Doç. Dr. Melike Mercan Başpınar
Doç. Dr. Mine Ergelen
Doç. Dr. Yağmur Gökseven Arda
Dr. Öğr. Üyesi Ebru Uğraş
Dr. Öğr. Üyesi Erhan Şimşek
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk
Dr. Öğr. Üyesi Safiye Kübra Çetindağ Karatlı
Uzm. Dr. Feyzanur Erdem
Uzm. Dr. Gamze Kevser Gürsul
Uzm. Dr. Hamit Harun Bağcı
Uzm. Dr. Hicran Altın
Uzm. Dr. Melih Kıran
Uzm. Dr. Peyman Altan
Dr. Hüseyin Alperen Güldiken

ÖN SÖZ

Tütün kullanımı, günümüzde önlenebilir hastalık ve ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Başta kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olmak üzere birçok hastalığın gelişiminde ve seyrinde önemli rol oynayan tütün bağımlılığı, yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik boyutları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tütün kullanımının önlenmesi ve bağımlılığın etkin bir şekilde tedavi edilmesi, sağlıklı toplum hedefinin temel unsurlarından biridir.

Tütün bağımlılığıyla mücadelede başarı; koruyucu sağlık hizmetlerinden tanı, tedavi ve izleme kadar tüm sağlık basamaklarının koordineli çalışmasını gerektirir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylere sürekli ve kapsamlı hizmet sunması nedeniyle tütün kullanımının erken dönemde belirlenmesi, bırakma motivasyonunun artırılması ve tedaviye yönlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bunun yanında, hastaneler bünyesinde hizmet veren Sigara Bırakma Polikliniklerı, bağımlılık düzeyi yüksek bireylerin değerlendirilmesi, farmakolojik tedavilerin planlanması, davranışsal danışmanlık hizmetlerinin sunulması ve uzun dönem izlemin gerçekleştirilmesinde ülkemizin tütün kontrolü çalışmalarının temel bileşenlerinden biridir. Sağlık hizmetinin tüm basamaklarında görev yapan profesyonellerin ortak ve kanıta dayalı bir yaklaşımla hareket etmesi, sigara bırakma başarısını artıran en önemli unsurlardandır.

Elinizdeki rehber, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ile T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü iş birliğiyle hazırlanmıştır. Rehberin temel amacı; aile hekimleri, sigara bırakma polikliniklerinde görev yapan hekimler ve tütün bağımlılığı tedavisinde görev alan tüm sağlık profesyonellerine, güncel bilimsel kanıtlar doğrultusunda hazırlanmış, uygulamaya yönelik, kolay kullanılabilir ve yol gösterici bir başvuru kaynağı sunmaktır.

Bu rehberde; tütün bağımlılığının epidemiyolojisi ve nörobiyolojik temellerinden başlayarak sistematik değerlendirme yöntemleri, motivasyonel görüşme teknikleri, farmakolojik tedavi seçenekleri, kronik hastalıklarda ve özel gruplarda tedavi yaklaşımları, sigara bırakma sonrası izlem süreçleri, hasta eğitim materyalleri ile elektronik sigara, nargile ve ısıtılmış tütün ürünleri gibi güncel konular bilimsel kanıtlar doğrultusunda kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Amacımız, sağlık hizmetinin her basamağında görev yapan meslektaşlarımızın günlük uygulamalarında yararlanabilecekleri ortak bir klinik rehber oluşturmaktır.

Bu rehberin hazırlanmasına katkı sunan tüm editörlerimize, bölüm yazarlarımıza ve emeği geçen değerli meslektaşlarımıza teşekkür ediyorum. Ayrıca bu çalışmanın hayata geçirilmesinde iş birliği ve destekleriyle önemli katkılar sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu rehberin; aile sağlığı merkezlerinden hastanelerde hizmet veren Sigara Bırakma Polikliniklerine kadar tütün bağımlılığı tedavisinde görev alan tüm sağlık profesyonelleri için güvenilir bir başvuru kaynağı olmasını, kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasına katkı sağlamasını ve ülkemizde tütün bağımlılığıyla mücadeleyi daha da güçlendirmesini diliyorum.

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Başkanı

İÇİNDEKİLER

1. Dünya'da ve Türkiye'de Tütün ve Tütün Ürünlerine Genel Bakış

Tütün ve Tütün Ürünleri Epidemiyolojisi 02

Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi 07

Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri (Birincil, ikincil ve üçüncül sigara dumanı) 18

Ülkemizdeki SBP Hizmetleri ve Kapsamı 30

2. Birinci Basamakta Tütün Kullanımının Değerlendirilmesi

Sistematik Tarama 35

Bağımlılık Düzeyi Ölçümü 45

Değişim Evreleri 54

Risk Gruplarının Belirlenmesi 60

3. Motivasyonel Görüşme ve Davranışsal Yaklaşım

3A – 5A Modeli 69

5R Modeli 73

Motivasyonel Görüşme Teknikleri 76

Dirençle Baş Etme 87

Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışsal Tedaviler 102

İÇİNDEKİLER

4. Sigara Bırakma Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşım

Nikotin Replasman Tedavileri 110

Bupropion SR (Uzatılmış Salım) 118

Vareniklin 121

Sitizin 124

Kombinasyon Tedaviler 127

Diğer Tedaviler 128

5. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sigara Bırakma Tedavisine Yaklaşım

Koroner Arter Hastalığı Olan Birey ve Sigara Bırakma Tedavileri 141

Psikiyatrik Hastalığı Olan Birey ve Sigara Bırakma Tedavileri 149

Kanser Tedavisi ve Sigara Bırakma Tedavileri 156

Diğer Bağımlılıklar ve Sigara Tedavisi 161

Diğer Kronik Hastalıklar ve Sigara Bırakma Tedavileri 165

6. Özel Gruplarda Sigara Bırakma Tedavileri

Gebelikte Sigara Bırakma Tedavi Algoritması 170

Adolesanlarda Sigara Bırakma Tedavi Algoritması 179

65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sigara Bırakma Tedavi Algoritması 189

İÇİNDEKİLER

7. Sigara Bırakma Sonrası İzlem ve Sık Sorunlar

Nikotin Yoksunluk Sendromu 197

Nüks 200

Tedavi Süresi ve Sonlandırma 201

8. Hasta Eğitim Materyalleri

Sigara Bırakmak İstemeyen Bireye Yaklaşım Eğitim Materyali 209

İlaç Bilgilendirme Formları Eğitim Materyali 214

Davranış Değişikliği ve Bırakma Önerileri Eğitim Materyali 218

Sigara Bırakmış Bireye Yaklaşım Eğitim Materyali 220

9. Diğer Tütün Ürünleri ve Bağımlılık

Nargile 224

Elektronik Sigara Kullanımına Yaklaşım 228

01

DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİNE GENEL BAKIŞ (HSGM)



Uzm. Dr. Gamze Kevser GÜRSUL
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Dairesi Başkanlığı

1.1 TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Küresel Epidemiyoloji

Giriş

Tütün kullanımı, günümüzde dünya genelinde önlenebilir ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olmayı sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yaklaşık 1,3 milyar yetişkin, halen herhangi bir tütün ürünü kullanmaktadır. Bu kullanım her yıl küresel ölçekte yaklaşık 8 milyonun üzerinde ölüme zemin hazırlamakta; bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımına, 1,3 milyonu ise pasif duman maruziyetine bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Tütün kullanıcılarının yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır; dolayısıyla tütüne bağlı hastalık yükü bu ülkelerde orantısız biçimde daha ağır hissedilmektedir. Küresel ölçekte tütün kullanımının ekonomik maliyeti, sağlık harcamaları ve üretkenlik kaybıyla birlikte değerlendirildiğinde yıllık yaklaşık 1,4 trilyon ABD dolarına ulaşmaktadır.

Tütün ürünlerinin en yaygın kullanım biçimi sigaradır. Bununla birlikte nargile, puro, pipo, bidi, kreteks, snus, sarma tütün ve çiğneme tütünü gibi ürünler de coğrafi ve kültürel farklılıklarla birlikte kullanılmaktadır. Son yıllarda ısıtılmış tütün ürünleri, elektronik sigara ve nikotin keseleri gibi yeni nesil ürünler küresel piyasada hızla yaygınlaşmakta; tütün endüstrisinin hedefli pazarlama stratejileriyle özellikle genç nüfus arasında nikotin bağımlılığına zemin hazırlamaktadır.

DSÖ'nün 2025 yılı verilerine göre 13–15 yaş grubundaki ergenlerin küresel düzeyde yaklaşık %10'u herhangi bir tütün ürünü kullandığını bildirmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde tütün kullanım prevalansındaki düşüş yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha yavaş seyretmekte; bu durum küresel eşitsizliği pekiştirmektedir.

TÜRKİYE'DE EPİDEMİYOLOJİ

Giriş

Türkiye, tütün kullanımı açısından hem yüksek prevalansıyla hem de zamana bağlı değişen eğilimleriyle dünya genelinde dikkat çeken ülkeler arasında yer almaktadır. 2022 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması verileri, 15 yaş ve üzeri nüfusta tütün ürünü kullanım oranının %32,1 olduğunu ortaya koymaktadır. Bu oran cinsiyete göre belirgin farklılık göstermekte; erkeklerde %45,3, kadınlarda ise %19 düzeyinde seyretmektedir. Ülke genelinde tütün kullanıcısı sayısı 21 milyonun üzerinde olup kullanıcıların %90'dan fazlasını yanmalı ürün (sigara, sarma tütün) tüketicileri oluşturmaktadır.

WHO STEPS yöntemine dayanan ve 2017–2023 dönemini kapsayan Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (THSA) bulguları, bu süreçte tütün kullanımının %31,5'ten %34,8'e yükseldiğini ortaya koymaktadır. Söz konusu artış erkeklerde %15,1 iken kadınlarda %30,3 gibi belirgin bir oranda gerçekleşmiştir. Kadınlardaki bu eğilim, 2012 yılından itibaren süregelen artışın bir devamı niteliğinde olup toplumsal cinsiyet boyutuyla özgün bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Tütün kullanımına bağlı ölümler Türkiye'de tüm ölümlerin yaklaşık %15,3'ünü oluşturmakta; erkek ölümlerinin %23'ü, kadın ölümlerinin ise %6,5'i doğrudan tütün kullanımıyla ilişkilendirilmektedir. Sağlık harcamaları ve üretkenlik kaybıyla birlikte hesaplandığında tütüne atfedilebilir yıllık ekonomik kayıp 24 milyar dolar düzeyine ulaşmaktadır.

Pasif duman maruziyeti de önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. THSA-STEPS 2023 verileri; ev içi pasif maruziyetin 2017'deki %27,5 düzeyinden %37,8'e, işyeri maruziyetinin ise %21,9'dan %29,1'e çıktığını göstermektedir. Özellikle genç yaş gruplarında bu oran daha yüksek bulunmuştur.

DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE TÜTÜN ve TÜTÜN ÜRÜNLERİNE GENEL BAKIŞ

01

Tütün dumanı, bugüne dek tanımlanmış en karmaşık kimyasal karışımlar arasında yer almaktadır. Tütün ürününün yanması sırasında ortaya çıkan duman 7.000'i aşkın kimyasal madde barındırmakta; bunların en az 70'i Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından insanda kansere neden olduğu kesin olarak kanıtlanmış maddeler (Grup 1 karsinojen) olarak tanımlanmaktadır.Polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH), tütün spesifik nitrozaminler (TSNA), formaldehit, benzen, arsenik, kadmiyum, kurşun ve radyoaktif polonyum-210 bu karsinojenler arasında yer almaktadır. Söz konusu toksik bileşikler solunumla alındıktan sonra hızla sistemik dolaşıma katılmakta, akciğerler başta olmak üzere kalp-damar sistemi, karaciğer, böbrekler, beyin ve üreme organlarına ulaşarak zararlı etkilerini göstermektedir.

Sigara dumanına maruziyetin hangi yolla gerçekleştiğinden bağımsız olarak vücutta hasar oluşturduğu bilinmektedir. Bu durum, sigara içen kişinin kendisi kadar çevresindekiler ve hatta sigara içilmiş ortamlarla sonradan temas edenlerin de risk altında olduğunu göstermektedir. Maruziyet türleri birincil (primer), ikincil (pasif/çevresel) ve üçüncül (tersiyer) sigara dumanı olarak sınıflandırılmaktadır.

KAYNAKÇA

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığı Tedavisi El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2026.

2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2023 (STEPS). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025.Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/05/12/turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-2023.pdf

3. Arslan R, Ergüder T. Tütün kullanımı ve ilişkili risk faktörlerinin değişimi: Türkiye hanehalkı sağlık araştırması bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017–2023 (WHO STEPS) bulgularının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Tobacco Control. 2025;5(3):134–144. doi: 10.64511/TJTC.2025.27

4. Salepci BM. Tütün ürünleri ve epidemiyolojisi. In: Salepci BM, editör. Her Yönü ile Tütün Kontrolü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. s.1–8.

5. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

6. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2024 and Projections 2025–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276

7. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2023: Protect People from Tobacco Smoke. Geneva: WHO; 2023. ISBN: 9789240077164.

8. World Health Organization. Secondhand Smoke [Internet]. Copenhagen: WHO European Region; 2025 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tobacco

9. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187(4):347–365. doi: 10.1164/rccm.201204-0596PP

10. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.

11. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarettes: Cancer [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-cancer.html

KAYNAKÇA

12. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 100E: Personal Habits and Indoor Combustions [Internet]. Lyon: IARC; 2012 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications

13. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(12):958–967. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00316-2

14. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

15. World Health Organization. Protection from Exposure to Secondhand Tobacco Smoke: Policy Recommendations. Geneva: WHO; 2007. ISBN: 9789241563413.

16. Arslan R, Ergüder T. Tütün kullanımı ve ilişkili risk faktörlerinin değişimi: Türkiye hanehalkı sağlık araştırması bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017–2023 (WHO STEPS) bulgularının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Tobacco Control. 2025;5(3):134–144. doi: 10.64511/TJTC.2025.27

17. Hang B, Sarker AH, Havel C, Saha S, Hazra TK, Schick S, et al. Adverse health effects of thirdhand smoke: from cell to animal models. Int J Mol Sci. 2017;18(5):932. doi: 10.3390/ijms18050932

18. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P, Singer BC, Destaillats H. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards. Proc Natl Acad Sci USA. 2010;107(15):6576–6581. doi: 10.1073/pnas.0912820107

19. Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF, Chatfield D, Ma DS, Romero R, et al. When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. Tob Control. 2011;20(1):e1. doi: 10.1136/tc.2010.037382

Uzm. Dr. Peyman ALTAN
Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı

1.2 NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ NÖROBİYOLOJİSİ

Giriş

Tütün kullanımı, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve akciğer hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Sigara kaynaklı hastalıklar, tütün dumanındaki toksinlere maruz kalmanın bir sonucudur. Nikotin, sigara kaynaklı hastalıkların oluşmasında küçük bir rol oynasa da nikotin bağımlılığı bu hastalıkların doğrudan nedenidir.

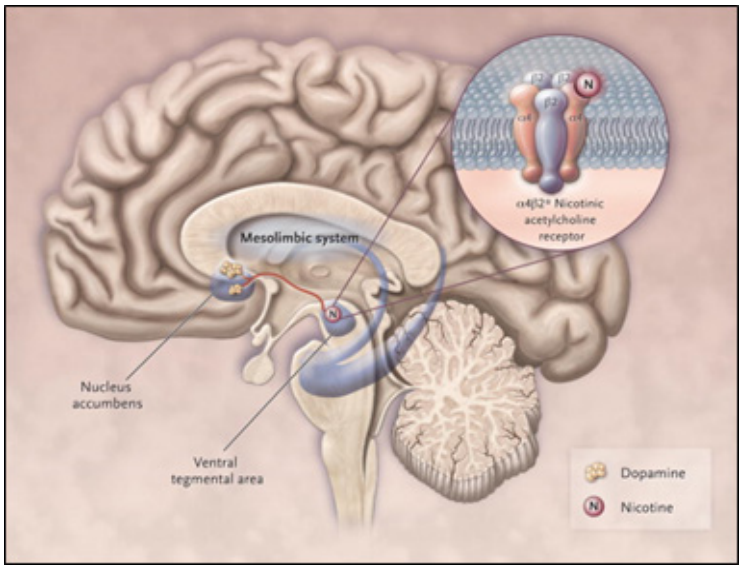
Tütün bağımlılığı (tüm madde bağımlılıkları gibi), farmakoloji, öğrenilmiş veya koşullandırılmış faktörler, genetik sosyal ve çevresel faktörlerin (tütün ürünlerinin tasarımı ve pazarlaması dahil) etkileşimini içerir. Nikotin bağımlılığının merkezi sinir sistemi üzerine etkilerinin daha iyi bilinmesi nikotin bağımlılığının tedavisinde yeni ufuklar açacaktır.

1.2.1. Nikotinik Asetilkolin Reseptörleri

Sigaradan çıkan dumanın solunması ile sigaradaki nikotin tütünden ayrışır. Duman partikülleri nikotini akciğerlere taşır ve burada hızla pulmoner venöz dolaşıma geçer. Nikotin daha sonra arteriyel dolaşıma girer ve akciğerlerden beyne hızla hareket ederek nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanır.
Bu katyonların hücreye girişi, voltaja bağlı kalsiyum kanallarını daha da aktive ederek daha fazla kalsiyumun girmesine izin verir. Kalsiyumun bir nörona girmesinin etkilerinden biri de nörotransmiterlerin salınmasıdır.

1.2.2. Nikotin ve Nörotransmiter Salınımı

Nikotinik kolinerjik reseptörlerin uyarılması, beyinde çeşitli nörotransmitterlerin salınımına neden olur. Bunlardan biri olan dopamin, zevkli bir deneyimi işaret eder ve nikotin ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin pekiştirici etkileri (kendiliğinden kullanımını teşvik eden etkiler ve yeme gibi zorlayıcı dürtüler için kritiktir. Nikotin, mezolimbik bölgede, korpus striatumda ve frontal kortekste, ventral tegmental bölgedeki α4β2* nikotin bağımlılığının başlıca medi-atörüdür) reseptörlerini aktive ederek, nükleus akumbensin kabuğunda dopamin salınımına neden olur (Şekil 1).



Şekil 1. Nikotin Aktivitesinde Mezoolimbik Dopamin Sisteminin Rolü (Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010)

Nikotin ayrıca, dopamin salınımını kolaylaştıran glutamat salınımını ve dopamin salınımını engelleyen γ -aminobütirik asit (GABA) salınımını da artırır. Nikotinin merkezi nAChR'leri uyarması ile beyinde norepinefrin, asetilkolin, serotonin ve endorfinler gibi çeşitli nörotransmiterler de salınırlar [Tablo 1].

Tablo 1: Nikotin ile ilişkili nörotransmiterler ve davranışa ilişkin etkileri

Nörotransmiter	Davranışa İlişkin Etki
Dopamin	Haz, iştahın bastırılması
Norepinefrin	Uyarılma, iştahın baskılanması
Asetilkolin	Uyarılma, bilişsel gelişim
Glutamat	Öğrenme, hafızanın gelişmesi
Serotonin	Ruh halinin düzenlenmesi, iştahın baskılanması
Beta-endorfin	Kaygı ve gerginliğin azalması
Gama-amino-butirik asid (GABA)	Kaygı ve gerginliğin azalması

1.2.3. Nöroadaptasyon

Nikotine tekrar tekrar maruz kalındığında, nikotinin bazı etkilerine karşı nöroadaptasyon (tolerans) gelişir. Tolerans geliştikçe, beyindeki nikotinik kolinerjik reseptörler üzerindeki bağlanma bölgelerinin sayısı muhtemelen nikotin aracılı reseptörlerin duyarsızlaşmasına yanıt olarak artar. Duyarsızlaşmanın- ligand kaynaklı kapanma ve reseptörün tepkisiz hale gelmesi- tolerans ve bağımlılıkta rol oynadığına inanılmaktadır: sigara içenlerde istek ve yoksunluk belirtileri, duyarsızlaşmış α4 β2* nikotinik kolinerjik reseptörler gece uykusu gibi yoksunluk dönemlerinde tepki vermeye başladığında başlar. Sigara içme sırasında bu reseptörlerin nikotinle bağlanması, istek ve yoksunluğu hafifletir.

Günlük sigara içenler için tipik olan miktarlarda sigara içmek, α4 β2* nikotinik kolinerjik reseptörlerin neredeyse tamamen doygunluğunu ve dolayısıyla duyarsızlaşmasını sağlar.

Bu nedenle, sigara içenler muhtemelen duyarsızlaşmış bir durumda kalarak yoksunluk belirtilerinden kaçınmaya çalışırlar. Yoksunluk belirtilerini önlemek için yeterli plazma nikotin seviyelerini koruyarak, aynı zamanda sigara içmeyle ilişkili dumanın tadı ve hissi gibi koşullu pekiştirmelerden ödüllendirici etkiler de elde ederler.

Birinci basamakta başvuranlara bağımlılık mekanizmasının uygun, basitleştirilmiş bir dille anlatılması ve sigarayı bırakma gününden itibaren nikotin aşermesine direndikçe reseptör sayısının giderek azalacağının, 5-6 haftada sigara içmeyenlerle aynı düzeye ineceğinin belirtilmesi önemlidir. Yoksunluğun da buna paralel olarak azalıp kaybolacağını vurgulamak faydalıdır. Birinci basamakta başka bir önemli nokta, nikotin replasman tedavileri verildiğinde bağımlılığı tetiklemedikleri, sadece yoksunluğu giderdikleri bilgisinin başvuranlarla paylaşılması ve bu önyargıdan dolayı olası ilaç retlerinin önlenmesidir.

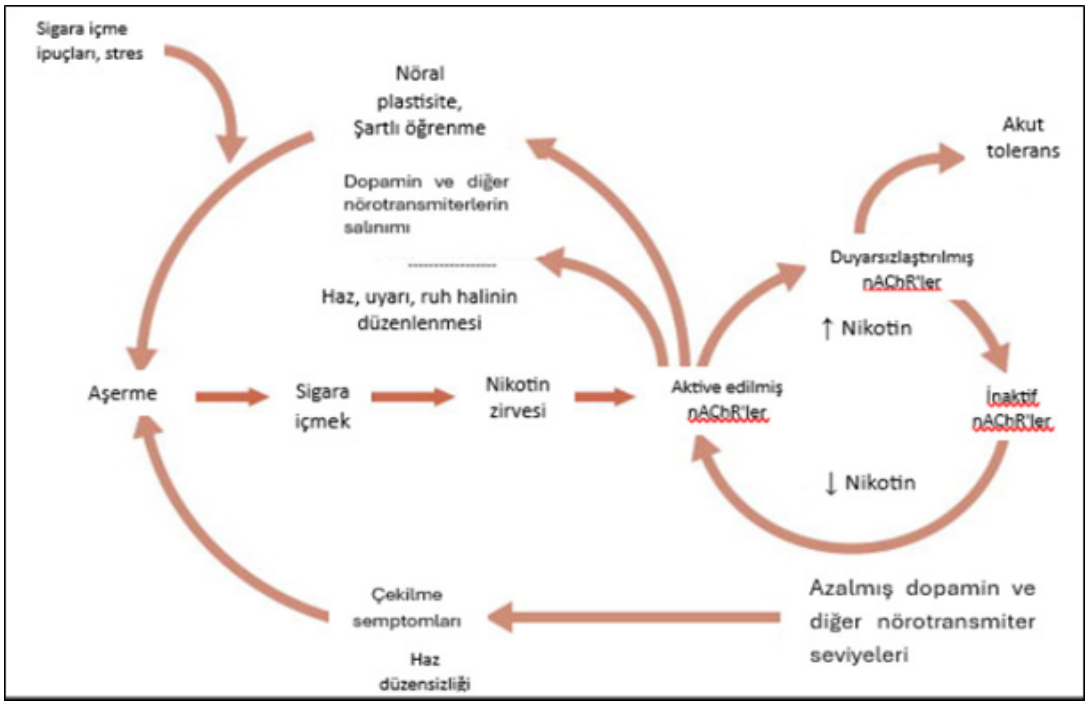
NİKOTİN BAĞIMLILIĞININ KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

• Nikotinin Psikoaktif Etkileri

Sigara içme isteği (sigara içme ipuçları, stres faktörleri veya yoksunluk belirtilerini hafifletme arzusuyla tetiklenir) sigara içme eylemini tetikler ve bu da beyne yüksek miktarda nikotin gönderir. Nikotinik kolinerjik reseptörler (nAChR'ler) aktive olur ve bunun sonucunda dopamin ve diğer nörotransmitterler salınır; bu da zevk, uyarılma ve ruh halinin düzenlenmesine neden olur. Reseptör aktivasyonu ayrıca yeni sinir devrelerinin (nöral plastisite) gelişmesine ve çevresel ipuçlarıyla birlikte davranışsal koşullanmaya yol açar. Nikotin tarafından aktive edildikten sonra, nAChR'ler nihayetinde nikotine karşı duyarsızlaşır; bu da kısa süreli nikotin toleransına ve sigara içmekten alınan tatminin azalmasına neden olur. Sigara içimleri arasındaki süre zarfında veya tütün kullanımını bıraktıktan sonra, beyindeki nikotin seviyeleri düşer; bu da dopamin ve diğer nörotransmitterlerin seviyelerinin azalmasına ve sigara içme isteği de dahil olmak üzere yoksunluk belirtilerine yol açar. Nikotin yokluğunda, nAChR'ler nikotine karşı duyarlılıklarını yeniden kazanır ve yeni bir doza cevap olarak yeniden aktive olur.

Hiç sigara içmemiş bir kişinin ruh haline %100 dersek ilk kullanımlarda nikotin bir miktar tatmin duygusu verebildiği halde devam edildiğinde giderek artan reseptör sayıları nedeniyle, içtiği sigaranın üzerinden zaman geçen kullanıcının duygudurumu giderek örneğin %60 gibi bir seviyeye iner, sigarayı yaktığında ise örneğin %80'e çıkar, ancak artık %100'e çıkamaz çünkü sayısı artmış, doyurulamayan reseptörler vardır. Dolayısıyla kullanıcı gün içinde %60-%-%80 ruh hali salınımları ile stres altında yaşar. Kişi sigarayı birden kestiğindeyse reseptör sayıları hızla azalmaya başlar ve 5-6 hafta içinde sayıları sigara içmeyen kişilerdekiyle aynı düzeye gelir. Sigarayı bırakmak sinirlilik, depresif ruh hali, huzursuzluk ve kaygı gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur.

Nikotin bağımlılığının temelinde, ruh halinin alışılan bağımlılık düzeyinin korunması ve yoksunluk belirtilerinden kaçınma gibi pekiştirmelerin birleşimi yatmaktadır (Şekil 2).



Şekil 2. Nikotin Bağımlılığının Moleküler ve Davranışa ilişkin Yönleri (Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010)

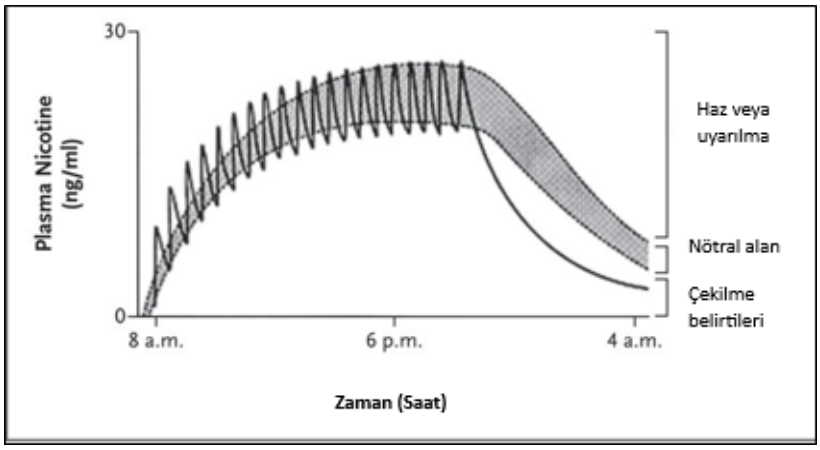
• Tütün Bağımlılığı Döngüsü

Solunan nikotin, akciğerler yoluyla hızla dolaşıma girer ve saniyeler içinde beyne ulaşır. Hızlı emilim ve beyne giriş oranları, güçlü bir "coşku" hissi yaratır ve maddenin etkilerini güçlendirir. Hayvanlarda, nikotinin hızlı uygulanması, ödülle bağlantılı olan lokomotor duyarlılığı ve beyindeki nöroplastik değişiklikleri güçlendirir. Sigara içme süreci ayrıca hızlı bir pekiştirme sağlar ve hassas dozlamaya olanak tanıyarak, bir sigara içicisinin toksik etki olmadan istenen etkileri elde etmesini mümkün kılar. Sigaraların aksine, sigara bırakmayı teşvik etmek için pazarlanan nikotin ilaçları nikotini yavaşça verir, bu nedenle bağımlılığa yol açmaz, sadece yoksunluğu gidererek etki gösterir ve kötüye kullanım riski düşüktür.

Nikotini beyne hızlı bir şekilde iletmenin yanı sıra, sigaralar bağımlılık yapıcı özelliğini artırmak için katkı maddeleri de içerirler ve mühendislik özellikleri ile tasarlanmıştır.

İki sigara içimi arasında kandaki nikotin seviyelerinde önemli bir tepe-dip dalgalanması vardır. Bununla birlikte, düzenli sigara içmenin 6 ila 9 saatlik süresi boyunca nikotin vücutta birikir ve 24 saat maruz kalmaya neden olur. Sigara içimi sırasında nikotin konsantrasyonlarındaki arteriyovenöz farklılıklar önemli olup, arteriyel seviyeler venöz seviyelerin 10 katına kadar çıkabilir. Nikotinin gün boyu ve gece boyunca beyinde kalması, nikotinik reseptörlerin yapısını ve işlevini değiştirerek nöroadaptasyonun hücre içi süreçlerini uyarır.

Nikotin bağımlılığının farmakolojik temeli, ruh halinin ve zihinsel veya fiziksel işlevlerin iyileştirilmesi gibi olumlu pekiştirmeler ile nikotin bulunmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinden kaçınmanın bir birleşimidir. Şekil 3 tipik bir günlük sigara içme döngüsünü göstermektedir.



Şekil 3. Tütün Bağımlılığı Döngüsü (Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010)

Günün ilk sigarasının, öncelikle uyarılma olmak üzere, önemli bir farmakolojik etkisi vardır, ancak aynı zamanda nikotine karşı tolerans gelişmeye başlar. İkinci sigara daha sonra, içen kişinin toleransın bir miktar gerilediğini öğrendiği bir zamanda içilir. Sonraki sigara içmeyle birlikte vücutta nikotin birikimi olur, bu da daha yüksek bir tolerans seviyesine yol açar ve ardışık sigaralar arasında yoksunluk belirtileri daha belirgin hale gelir. Grafiğin gölgeli alanı, zevk ve uyarılma üretmek için gereken nikotin eşik seviyesi ile yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkacağı eşik seviyesi arasında var olan duygusal nötr bölgeyi temsil eder. Sigaralar tek tek içildikten sonra beyindeki geçici yüksek nikotin seviyeleri, toleransı kısmen aşabilir, ancak nikotinin birincil (öforik) etkileri gün boyunca azalma eğilimindedir. Gece boyunca sigara içmemek, nikotinin etkilerine karşı önemli ölçüde yeniden duyarlılık kazanılmasına yol açar (Şekil 3).

Sigara içenler, istenen etkileri elde etmek için genellikle günden güne aynı miktarda nikotin alırlar. Nikotin bulunabilirliğindeki değişiklikleri telafi etmek için (örneğin, normal sigaralardan düşük nikotinli sigaralara geçiş yaparken) vücudun nikotin seviyesini düzenlemek amacıyla sigara içme davranışlarını ayarlarlar. Hafif sigara içenler (günde ≤5 sigara içenler) ve ara sıra sigara içenler, öncelikle nikotinin olumlu pekiştirici etkileri için sigara içerler ve minimum veya hiç yoksunluk belirtisi göstermezler. Genellikle belirli aktivitelerle (yemek yedikten sonra veya alkol alırken) bağlantılı olarak sigara içerler ve olumsuz duygulara yanıt olarak sigara içme olasılıkları daha düşüktür. Yoksunluk belirtileri belirgin olmasa da birçok hafif ve ara sıra sigara içen kişi sigarayı bırakmakta zorlanır. Bazılarında yüksek düzeyde bağımlılık vardır, ancak farmakodinamikleri daha ağır sigara içenlerden farklıdır.

• Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı Hakkında Genel Bilgiler; Öz Yeterlilik

Nikotin bağımlılığının tedavisi çeşitli yaklaşımları kapsar; farmakolojik tedavi ve öz yeterlilik, müdahalenin iki ana yoludur. Farmakolojik tedavi, bireylerin sigarayı bırakma sürecinde önemli bir rol oynar.

Farmakolojik müdahalelere ek olarak, öz yeterlilik nikotin bağımlılığının tedavisinde hayati bir rol oynar. Öz yeterlilik, bireyin sigarayı bırakma ve sigara içme isteğine direnme yeteneğine olan inancını ifade eder. Sağlık hizmeti verenler bireyin sigarayı bırakma öz yeterliliğini artırmasına yönelik stratejiler önermektedir. Önerilen stratejiler şunlardır:

(1) tütün kullanıcılarını kişisel yeteneklerini belirlemeye teşvik etmek ve geçmiş başarılarına dayanarak motive ederek sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak;

(2) tütün kullanım alışkanlıklarını değiştirmek için uygulanabilir ve güvenilir adımlar sunmak;

(3) tütün kullanıcılarını tütün bırakma konusunda başarılı davranışsal değişim teknikleri ve stratejileri hakkında bilgilendirmek;

(4) tütün kullanıcılarını tütün bırakma ile ilgili kaynaklardan yararlanmaya teşvik etmek (örneğin, bırakma yardım hattı, kişiye özel web tabanlı müdahaleler);

(5) tütün kullanıcılarını tütün kullanımını bırakmanın sağlık yararları hakkında bilgilendirmek;

(6) tütün kullanıcılarının bırakmasına yardımcı olmak için motivasyonel görüşme veya bilişsel davranışçı terapi sağlamak;

(7) tütün kullanıcılarını başarılı tütün bırakma stratejileri hakkındaki fikirlerini bırakmaya çalışan diğer kişilerle tartışmaya ve paylaşmaya teşvik etmek.

Nikotin yoksunluğuna bağlı aşerme ve dürtülerle baş etmede DEADS (Delay ¬ Escape ¬ Avoid ¬ Distract ¬ Substitute)/GKKDY (Geciktirme, Kaçma, Kaçınma, Dikkati dağıtma, Yerine Koyma) stratejileri ve ilgili yoksunluk belirtilerine göre kafein sınırlanması, bol su içilmesi, bol sıvı tüketilmesi, stresten kaçma gibi öz yeterlilik bileşenleri uygulanabilir.

Davranışsal terapiler ve danışmanlık, bireylere destek, rehberlik ve tetikleyicilerle ve isteklerle başa çıkma stratejileri sağlayarak öz yeterliliklerini artırmalarına yardımcı olabilir. Bu terapiler, bilişsel-davranışçı teknikler, motivasyonel görüşme ve nüks önleme stratejilerini içerebilir; bunların tümü, bireyleri bağımlılıklarının kontrolünü ele almaya ve kalıcı davranışsal değişiklikler yapmaya teşvik etmeyi amaçlar.

Farmakolojik tedaviyi davranışsal terapiler ve öz yeterlilik müdahaleleriyle birleştirmenin, nikotin bağımlılığının tedavisinde en etkili yaklaşım olduğu gösterilmiştir. Bu kapsamlı yaklaşım, bağımlılığın hem fizyolojik hem de psikolojik yönlerini ele alarak, başarılı sigara bırakma ve uzun vadeli iyileşme şansını artırır. Tedavi arayan bireylerin, tedavi planını özel ihtiyaçlarına göre uyarlayabilen ve bırakma süreci boyunca sürekli destek sağlayabilen sağlık uzmanlarına danışmaları önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010 Jun 17;362(24):2295-303. doi: 10.1056/NEJMra0809890. PMID: 20554984; PMCID: PMC2928221.

2. Carpenter CM, Wayne GF, Connolly GN. The role of sensory perception in the development and targeting of tobacco products. Addiction 2007;102:136–47. [PubMed: 17207131]

3. Dajas-Bailador F, Wonnacott S. Nicotinic acetylcholine receptors and the regulation of neuronal signalling. Trends Pharmacol Sci 2004;25:317–24. [PubMed: 15165747]

4. Wonnacott S. Presynaptic nicotinic ACh receptors. Trends Neurosci 1997;20:92–8. [PubMed: 9023878]

5. Dani JA, De Biasi M. Cellular mechanisms of nicotine addiction. Pharmacol Biochem Behav 2001;70:439–46. [PubMed: 11796143]

6. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? Nat Neurosci 2005;8:1445–9. [PubMed: 16251986]

7. Mansvelder HD, McGehee DS. Long-term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. Neuron 2000;27:349–57. [PubMed: 10985354]

8. Cellular and synaptic mechanisms of nicotine addiction. J Neurobiol 2002;53:606– Idem. [PubMed: 12436424]

9. Benwell ME, Balfrm DJ, Khadra LF. Studies on the influence of nicotine infusions on mesolimbic dopamine and locomotor responses to nicotine. Clin Investig 1994;72:233-9

10. Wang H, Sun X. Desensitized nicotinic receptors in brain. Brain Res Brain Res Rev 2005;48:420– 37. [PubMed: 15914250]

11. Govind AP, Vezina P, Green WN. Nicotine-induced upregulation of nicotinic receptors: underlying mechanisms and relevance to nicotine addiction. Biochem Pharmacol 2009;78:756–65. [PubMed: 19540212]

12. Dani JA, Harris RA. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. Nat Neurosci 2005;8:1465–70. [PubMed: 16251989]

13. Brody AL, Mandelkern MA, London ED, et al. Cigarette smoking saturates brain alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptors. Arch Gen Psychiatry 2006;63:907–15.

14. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens. Nicotine Tob Res 2004;6:899–912. [Erratum, Nicotine Tob Res 2005;7:307.]. [PubMed: 15801566]

15. Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. Neuron 1996;16:905–8.

KAYNAKÇA

16. Knott V, Heenan A, Shah D, Bolton K, Fisher D, Villeneuve C. Electrophysiological evidence of nicotine's distracter-filtering properties in non-smokers. J Psychopharmacol. 2009 November 25;

17. Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arch Gen Psychiatry 1986;43:289–94.

18. Samaha AN, Yau WY, Yang P, Robinson TE. Rapid delivery of nicotine promotes behavioral sensitization and alters its neurobiological impact. Biol Psychiatry 2005;57:351–60.

19. Houtsmuller EJ, Henningfield JE, Stitzer ML. Subjective effects of the nicotine lozenge: assessment of abuse liability. Psychopharmacology (Berl) 2003;167:20–7. [

20. Henningfield JE, Benowitz NL, Connolly GN, et al. Reducing tobacco addiction through tobacco product regulation. Tob Control 2004;13:132–5. [PubMed: 15175528]

21. Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, Grayson RF, London ED. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. Drug Alcohol Depend 1993;33:23–9. [PubMed: 8370337]

22. Benowitz, NL. Compensatory smoking of low yield cigarettes. In: Shopland, DR.; Burns, DM.; Benowitz, NL.; Amacher, RH., editors. Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2001. p. 3964(NIH publication no. 02–5074.)

23. Cigarette smoking and nicotine addiction. Med Clin North Am 1992;76:415–37. Idem. [PubMed: 1548969]

24. Shiffman S. Light and intermittent smokers: background and perspective. Nicotine Tob Res 2009;11:122–5. [PubMed: 19246630]

25. Elshatarat RA, Saleh ZT. Treatment of nicotine dependence. Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication. 2015;11(3/4):213.

26. Elshatarat RA, Yacoub MI, Khraim FM, Saleh ZT, Afaneh TR. Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. Proceedings of Singapore Healthcare. 2016;25(4):243-248.

27. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2008;83(4):531-541.

28. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014

KAYNAKÇA

29. Health Promotion Board, Singapore. Clinical practice guidelines: treating tobacco use and dependence, www.hpb.gov.sg/ cpg-smoking-cessation (2013, accessed 8 March 2016).

30. U.S. Department of Veterans Affairs, Office of Public Health and Environmental Hazards. (2010, July). VHA tobacco use cessation treatment guidance part 2: Assisting with tobacco cessation — medication options. https://dvagov.sharepoint.com/sites/VHAtobacco/SitePages/Medication.aspx#guidance-and-resources. (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

31. Broms U. Nicotine Dependence and Smoking Behaviour: A genetic and epidemiological study. 2008.

32. Liehr PR. Middle range theory for nursing. 2018

Uzm. Dr. Peyman ALTAN
Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı

1.3 SİGARANIN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ (BİRİNCİL, İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL SİGARA DUMANI)

Giriş

Tütün kullanımı, dünyada erken ölümün önlenebilir en önemli nedenlerinden biridir. Dünya genelinde her yıl 8,7 milyondan fazla insan tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu (7,4 milyon) doğrudan tütün kullanımına, geri kalan 1,3 milyondan fazlası ise pasif tütün dumanına maruz kalmaya bağlanmaktadır.

Sigara içmek, insan vücudunda neredeyse her organ sistemine zarar verebilecek en az 70 bilinen kanserojen de dahil olmak üzere 7.000'den fazla zehirli kimyasalın ölümcül bir karışımına maruz kalmaya neden olur.

Sigara kullanımından kaynaklanan ölüm ve sakatlık riski, içilen sigara sayısıyla artar, ancak bir kişi ömrü boyunca sadece 100 sigara içmiş olsa bile hasar tespit edilebilir. Düzenli olarak ömür boyu sigara içen bir kişi, ortalama olarak sigara nedeniyle en az 10 yıl ömrünü kaybeder.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birincil (Aktif) Sigara İçiciliği:

Kişinin doğrudan sigara içmesi durumudur.
Sigaranın zararları doğumdan önce başlar, çünkü sigara içen hamile kadınlar, doğuştan gelen bozukluklar, kanser, akciğer hastalıkları, düşük doğum ağırlığı ve ani ölüm riski daha yüksek olan bebekler dünyaya getirirler.

60 yaş ve üzeri sigara içenlerin ölüm riski, hiç sigara içmemiş olanlara göre yaklaşık iki kat daha fazladır. Bu yaşta sigara içmek, sigara içmeyenlere kıyasla en az 10 yıl yaşam beklentisi kaybına yol açabilir. Sigarayı bırakmak anında sağlık yararları sağlar ve kişinin sigarayı bıraktığı yaşa bağlı olarak azalan yaşam beklentisinin bir kısmı veya tamamı geri kazanılabilir.

Tütün kullanımının neden olduğu kanserler arasında en önemlisi akciğer kanseridir. Sigara içimi hem erkeklerde hem de kadınlarda kanserden ölümün önde gelen nedeni olan akciğer kanseri vakalarının yaklaşık %80 ila %90'ıyla ilişkilendirilmiştir ve bu hastalıktan kaynaklanan ölümlerin yaklaşık %80'inden sorumludur Sigara içmek ayrıca ağız, farenks, larenks, yemek borusu, mide, pankreas, serviks, böbrek ve mesane kanserlerinin yanı sıra akut miyeloid lösemi ile de ilişkilidir. Sigara içimi, kanserlerle ilişkili tek tütün kullanım şekli değildir. Dumansız tütün, farenks, yemek borusu, mide ve akciğer kanserinin yanı sıra kolorektal kanserle de ilişkilendirilmiştir.

Sigara içmek kansere ek olarak kronik bronşit ve amfizem gibi akciğer hastalıklarına neden olur ve yetişkinlerde ve çocuklarda astım semptomlarını şiddetlendirdiği bulunmuştur. Sigara içmek, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) için en önemli risk faktörüdür.

Sigara içmek ayrıca inme, kalp krizi, vasküler hastalık ve anevrizma dahil olmak üzere kalp hastalığı riskini önemli ölçüde artırır. Kardiyovasküler hastalık, sigarayla ilişkili tüm ölümlerin %40'ından sorumludur.

İkincil (Pasif) Sigara İçiciliği:

Ana akım sigara dumanı, sigara içen kişinin doğrudan içine çektiği ve daha sonra dışarı üflediği dumandır. Bu duman, filtre ve tütün içerisinden geçerek akciğerlere ulaşır ve nikotin, katran, karbonmonoksit gibi binlerce zehirli/kanserojen kimyasal içerir. Yan akım dumanı; Sigaranın ucundan doğrudan yayılan ve filtrelenmemiş, daha yoğun toksik madde içeren duman bu aşamada etken süreçtir. Sigara içmeyenlerin, içenlerin dumanına maruz kalmasıdır. Özellikle çocuklar ve hamileler için büyük risk oluşturur; solunum yolu hastalıkları, sinüzit, kulak enfeksiyonları ve gelişim bozukluklarına yol açar. Pasif içicilik, aktif içicilik kadar ciddi kardiyovasküler hasarlara neden olabilir.
İkinci el sigara dumanı, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve sigara içilmeyen alan politikalarının itici gücüdür. Pasif veya ikincil duman olarak da adlandırılan ikinci el sigara dumanı, birçok hastalığın riskini artırır. Sigara dumanındaki 7000 kimyasal bileşiğin içindeki toksik ve kanserojen maddeler havada ~4 saat asılı kalırlar ve birkaç dakika solumak dahi zararlıdır.
Pasif içicilik vücuda birçok farklı şekilde zarar verir. Pasif içiciliğe maruz kalan yetişkinler şunları yaşayabilir:

- Yüksek tansiyon, damar sertliği , kalp krizi veya inme gibi kardiyovasküler hastalıklar.
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi akciğer problemleri.
- Akciğer kanserinin yanı sıra, özellikle kadınlarda meme kanseri, ayrıca lenfoma, lösemi ve beyin tümörü riskinde artış.
- Gebelik sırasında maruz kalındığında ortaya çıkabilecek düşük doğum ağırlığı gibi üreme sağlığı sorunları

Çocuklar ve bebekler, vücutları hala gelişmekte olduğu için pasif içicilikten kaynaklanan sağlık sorunları açısından daha yüksek risk altındadır. Aşağıdaki durumları yaşama olasılıkları daha yüksek olabilir:

- Sık sık öksürme, hapşırma, nefes darlığı veya diğer solunum problemleri.
- Sık ve kronik kulak enfeksiyonları.
- Sık ve daha şiddetli astım atakları.
- Bronşit veya zatürre gibi solunum yolu enfeksiyonları.
- Gözlerine ve dişlerine zarar geldi.
- Ani Bebek Ölümü Sendromu.
- Beyin tümörü ve akciğer kanseri riskinde artış

Sigara içmeyenlerde çevresel tütün dumanına maruz kalma, akciğer kanseri riskini yaklaşık yüzde 20 artırır.

Üçüncül Sigara İçiciliği:

Aktif sigara içmenin ve pasif sigara içmenin toksisitesi ve sağlık üzerindeki etkileri konusunda önemli miktarda yapılan araştırma sonuçları yukarıda verilmiştir. Son yıllarda, tütün dumanından kaynaklanan "gizli" bir risk ortaya çıkarıldı; bu risk, iç mekân ortamında saatlerce kalan ve zamanla daha tehlikeli hale gelebilen pasif sigara dumanıdır. Üçüncü el sigara dumanı, pasif sigara dumanından yayılan bileşiklerle temas eden yüzeylerin kirlenmesi, bileşenlerin kimyasal dönüşümlerinden kaynaklanan yeni ürünler ve uçucu bileşenlerin havaya salınması olarak tanımlanır. Üçüncü el sigara dumanı için işlevsel bir tanım sağlayan dört ifade: aktif sigara içmenin sona ermesinden çok sonra kalan, reaksiyona giren, yeniden yayılan ve/veya yeniden havaya karışan tütün kimyasallarını içerir. Pasif sigara dumanına maruz kalmanın yeni yayılan dumanla ilişkili olduğu ve maruz kalmanın birincil yolunun nispeten kısa bir süre içinde (normalde birkaç dakika ila birkaç saat) soluma ile olduğu bilinmektedir. Buna karşılık, üçüncü el sigara dumanına maruz kalma yolları sadece solunumu değil, aynı zamanda yutmayı ve deri temasını da içerir. Bununla birlikte, üçüncü el sigara dumanına maruz kalma süresi ikinci el sigara dumanına göre çok daha uzundur ve haftalarca hatta aylarca sürebilir. Üçüncü el dumanın, sağlık üzerindeki etkileri ve biyolojik sonuçları büyük ölçüde bilinmemekle birlikte üçüncü el dumana maruz kalmanın genotoksik olduğu yani aktif sigara içimi ve pasif sigara dumanına maruz kalmanın neden olduğu birçok kanser türünden sorumlu olan kritik mekanizmalardan biri olduğu bilinmektedir. Üçüncü el sigara dumanı pasif sigara dumanına benzer şekilde, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve ABD Ulusal Toksikoloji Programı tarafından tanımlanan bilinen mutajenler ve kanserojenler de dahil olmak üzere birçok toksik bileşiği içermektedir. Üçüncü el sigara dumanı insan hücrelerinde DNA zincir kırılmalarına neden olur, insan hücrelerinde ve hayvan modellerinde oksidatif DNA hasarına yol açar ve tütünde bulunan kanserojenlerin sigara kaynaklı mutagenez ve karsinogenezde merkezi bir rol oynar.

Sigara içilen ortamda havada 4-5 saat asılı kalan partiküller, kapalı mekânın zemini, mobilyalar, döşemeler, perdeler gibi yüzeylere çökerek oralarda yıllar boyu kalacak kimyasal kalıntılar bırakır ve bu kalıntılar, duman ortamdan temizlendikten çok sonra bile kalıcı olabilir. Yüzeylerde kalan bu partiküllerin temizlenmesi çok zordur. "Üçüncü el duman" olarak bilinen bu olgu, özellikle çocuklar için giderek artan bir potansiyel tehlike olarak kabul edilmektedir; çünkü çocuklar sadece bu kalıntılardan yayılan dumanları solumakla kalmaz, aynı zamanda zeminlerde emekledikten veya duvarlara ve mobilyalara dokunduktan sonra ellerine bulaşan kalıntıları da yutarlar.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. Sigarayı Bırakma (Birincil Maruz Kalım)

1.1 Davranışsal Danışmanlık

Gerek birinci el gerek ikinci el gerekse de üçüncü el sigara dumanının sağlık üzerinde oluşturacağı tehlikelerden korunmak ve bırakma hizmetleri için aile hekimlikleri, aile sağlığı merkezleri ve sağlıklı hayat merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda ve hastanelerde her branşta görevli hekimler ve ilgili sağlık danışmanlarından bilgilendirme, kısa süreli danışmanlık hizmetinin ve gerekli yönlendirmelerin alınması önem taşımaktadır.

2. Pasif Maruz Kalımı Azaltma

Pasif içiciliğin artan hastalık ve ölüm riskleriyle bağlantısını ortaya koyan onlarca yıllık araştırmanın ardından, sigara içilmeyen alan, dumansız hava sahası politikaları, halkı tütünle ilgili hastalık ve ölümlerden korumak için önde gelen bir araç haline geldi. Ülkemizde 2004 yılında TBMM'de kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında uygulanan 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun kapsamında tüm yurtta kamu ve ikram sektöründe dumansız hava sahası uygulamasına 2009 yılında başlandı ve halen devam etmektedir.

4207 sayılı Kanun hükümlerinin ihlallerine yönelik ihbar ve şikâyetler, Yeşil Dedektör mobil uygulaması üzerinden ya da ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) aracılığıyla Sağlık Bakanlığına iletilmektedir.

3. Üçüncü El Sigara Maruziyeti

"Üçüncü el duman" terimi ilk kez 2006 yılında haber medyasında dile getirilmiş ve 2009 yılında bilimsel literatüre girmiştir.

Üçüncü el duman orantısız bir şekilde en savunmasız nüfusları etkiler; çocuklar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi zayıf olan kişiler ile üçüncü el dumanın birikme olasılığının en yüksek olduğu eski, düşük kaliteli ve çok katlı konutlarda yaşayan düşük gelirli topluluklar ve ikram sektörü müşterileri ve çalışanları da bu gruba dahildir. Dünyadaki 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı göz önüne alındığında, bu ortamlardaki toplulukların üçüncü el dumandan özellikle etkilendiği muhtemeldir.

Üçüncü el dumana neden olan riskler, çocuklar için özellikle endişe vericidir. Yetişkinlere kıyasla çocuklar daha fazla zamanı kapalı alanlarda geçirir ve çevrelerindeki üçüncü el duman kirliliğiyle daha fazla etkileşimde bulunurlar (örneğin, kirliliğin biriktiği zeminlerde emekleme, nesneleri ağızlarına alma, pika davranışı). Dahası, solunum kalıplarındaki farklılıklar (örneğin, vücut ağırlığına göre daha hızlı nefes alma hızı) ve olgunlaşmamış bağışıklık sistemleri çocukları çevresel kirleticilere karşı daha savunmasız hale getirir.

4. İkinci El ve Üçüncü El Duman Arasındaki Politika Açısından Önemli Farklar

İkinci el ve üçüncü el sigara dumanının kimyasal bileşenleri, fiziksel özellikleri ve maruz kalma yolları temel olarak farklılık gösterir. Mevcut politikalardaki boşlukları ve bunların nasıl kapatılabileceğini vurgulamak için ikinci el ve üçüncü el sigara dumanına maruz kalma arasındaki başlıca farklılıklar aşağıda ele alınmaktadır. Ancak temel mantık olarak, ikinci el tütün dumanı önlenebilirse, onun çökelmesiyle oluşan üçüncü el tütün dumanının yenilerinin oluşması, eklenmesi de önlenecektir.

4.1 Kalıcı Kirletici Rezervuarlar

İkinci el sigara dumanı, binlerce kimyasalın karmaşık ve dinamik bir karışımıdır. Bu kimyasallar, bir sigara, puro veya piponun köz halindeki ucundan (yani yan duman) ve nefesle dışarı verilen ana dumandan havaya salınır. Bazı ikinci el sigara dumanı gazları ve partikül maddeler havalandırma yoluyla havadan uzaklaştırılsa bile, yarı uçucu ve partikül madde bileşenleri yüzeylere yapışır, tozda birikir ve malzemelerin içine gömülür.

Sigara içme aylarca ve yıllarca devam ederse, kalıcı kirletici rezervuarları oluşabilir ve toksik kalıntılar malzemelerin derinliklerinde (örneğin halı, döşeme ve duvar paneli) birikebilir. Bu malzemelere gömüldükten sonra, kirleticilerin yeniden salınımı yavaşlar (yani, çekirdekten yüzeye ve ardından havaya difüzyon) ve gömülü oldukları süre boyunca ortam oksidanlarından ve ikincil reaksiyonlardan kısmen korunurlar. Benzer şekilde, bu tür rezervuarlar, daha önce sigara içenler tarafından kullanılan kullanılmış arabalarda, kiralık arabalarda ve otel odalarında tespit edilmiştir. Sigara içenlerin kendileri de kirleticiler kıyafetlerine, derilerine ve saçlarına yapıştıkça üçüncü el duman için rezervuar haline gelirler.

4.2 Kirletici Taşınımı

İkinci el sigara dumanı kirleticileri hava yoluyla taşınır ve aynı şekilde, rezervuarlarından yeniden yayılan üçüncü el sigara dumanı kirleticileri de taşınır. Bununla birlikte, üçüncü el duman kirleticileri rezervuarların kendi hareketiyle de taşınabilir. Yani, kullanılmış arabalar satıldığında, mobilyalar bağışlandığında, sigara içenler molalarından döndüğünde, eski halılar atıldığında ve ikinci el oyuncaklar, kitaplar ve diğer kişisel eşyalar el değiştirdiğinde, üçüncü el duman kirleticileri rezervuarlarında yeni yerlere taşınır. Çalışmalar sigara içilmeyen bir sinema salonunun, sigara içenlerin kıyafetleri ve vücutlarındaki kirleticilerin taşınması yoluyla nasıl bir üçüncü el duman rezervuarı haline geldiğini göstermiştir. Personel, hastalar veya ziyaretçiler tarafından üçüncü el duman taşınması da yenidoğan yoğun bakım üniteleri de dahil olmak üzere hastane ortamlarında üçüncü el duman kalıntısının bulunmasının muhtemel bir nedenidir. Sigara içtikten sonra insanlar evlerine, arabalarına veya hastane ya da toplu taşıma aracı gibi kapalı mekanlara girdiklerinde üçüncü el sigara dumanını da beraberlerinde getirirler.

4.3 Maruz Kalma Yolları

İkinci el sigara dumanına maruz kalma solunum yoluyla gerçekleşirken, üçüncü el sigara dumanına maruz kalma iki ek maruz kalma yolunu da içerir. Üçüncü el sigara dumanı kirleticileri, kirlenmiş ellerden, nesnelerden, tozdan veya yiyeceklerden yutulabilir. Çocuklarda toz yutulması, çevresel kirleticilere maruz kalmanın iyi bilinen bir kaynağıdır.

Üçüncü el sigara dumanı kirleticileri ayrıca sigara içenlerle cilt teması (örneğin, ebeveyn-çocuk), kirlenmiş yüzeyler ve malzemelerle nesne-cilt teması (örneğin, giysiler, mobilyalar, yastıklar ve battaniyeler) ve yeniden yayılan üçüncü el sigara dumanından hava-cilt emilimi yoluyla deriden emilebilir.

4.4 Sebep ve Sonuç Arasındaki Zaman Farkı

İkinci el sigara dumanına maruz kalma, her zaman aktif sigara içmeyle nispeten yakın zamansal ve mekânsal bir yakınlıkta gerçekleşir. Bu eş zamanlılık, insanların kaynaktan uzaklaşmak veya birinden sigara içmeyi bırakmasını istemek gibi önlemler almasına olanak tanır. Buna karşılık, üçüncü el sigara dumanı kirleticileri, potansiyel insan maruziyetinden günler, aylar ve hatta yıllar önce üretilebilir.

Dumansız Hava Sahası Politikaları İçin Sonuçlar

İkinci el sigara dumanı, üçüncü el sigara dumanının öncüsüdür ve ikinci el sigara dumanını ortadan kaldırmayı amaçlayan tüm politikalar, yeni üçüncü el duman birikimini önlemeye yardımcı olacaktır. İkinci el sigara dumanı ve üçüncü el dumanının özellikleri, maruz kalma yolları ve iyileştirme çabaları arasındaki farklılıklar, halkı kalıcı üçüncü el sigara dumanı kirleticilerine istemsiz maruz kalmaktan korumak için tamamlayıcı yaklaşımlar gerektirmektedir. Halkı tüm kaynaklardan gelen tütün dumanı kirleticilerine istemsiz maruz kalmaktan korumak için en iyi uygulama stratejilerini devam ettirmek önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Tobacco Atlas 2022. https://tobaccoatlas.org/challenges/health-effects. (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

2. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/. (Erişim tarihi: 2 Şubat 2026)

3. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/10644-secondhand-smoke-dangers. (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

4. National Cancer Policy Forum, Board on Health Care Services, Institute of Medicine. Reducing Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206891/.(Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

5. Centers for Disease Control and What Are the Risk Factors for Lung Cancer? https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm. Published May 31, 2017. (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

6. Lee PN. Epidemiological evidence relating snus to health—an updated review based on recent publications. Harm Reduct J. 2013;10:36. doi:10.1186/1477-7517-10-36.

7. Zuo L, He F, Sergakis GG, et al. Interrelated role of cigarette smoking, oxidative stress, and immune response in COPD and corresponding treatments. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2014;307(3):L205-L218. doi:10.1152/ajplung.00330.2013.

8. Kelishadi R, Poursafa P. A review on the genetic, environmental, and lifestyle aspects of the early-life origins of cardiovascular disease. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2014;44(3):54-72. doi:10.1016/j.cppeds.2013.12.005.

9. Morris PB, Ference BA, Jahangir E, et al. Cardiovascular Effects of Exposure to Cigarette Smoke and Electronic Cigarettes: Clinical Perspectives From the Prevention of Cardiovascular Disease Section Leadership Council and Early Career Councils of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol. 2015;66(12):1378-1391. doi:10.1016/j.jacc.2015.07.037.

10. Athyros VG, Katsiki N, Doumas M, Karagiannis A, Mikhailidis DP. Effect of tobacco smoking and smoking cessation on plasma lipoproteins and associated major cardiovascular risk factors: a narrative review. Curr Med Res Opin. 2013;29(10):1263-1274. doi:10.1185/03007995.2013.827566.

11. Tian J, Venn AJ, Blizzard L, Patton GC, Dwyer T, Gall SL. Smoking status and health-related quality of life: a longitudinal study in young adults. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 2016;25(3):669-685. doi:10.1007/s11136-015-1112-6.

KAYNAKÇA

12. Jacobs M, Alonso AM, Sherin KM, et al. Policies to restrict secondhand smoke exposure: American College of Preventive Medicine Position Statement. Am J Prev Med. 2013;45(3):360-367. doi:10.1016/j.amepre.2013.05.007.

13. Schick, S.F.; Glantz, S. Concentrations of the carcinogen 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone in sidestream cigarette smoke increase after release into indoor air: Results from unpublished tobacco industry research. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2007, 16, 1547–1553. [CrossRef][PubMed]

14. Rabin, R.B. A New Cigarette Hazard: "Third-Hand Smoke.". 2009. The New York Times. Available online: http://www.nytimes.com/2009/01/03/health/research/03smoke.html?_r=1&em=&pagewanted= (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

15. Matt, G.E.; Quintana, P.J.; Destaillats, H.; Gundel, L.A.; Sleiman, M.; Singer, B.C.; Jacob, P., III; Benowitz, N.; Winickoff, J.P.; Rehan, V.; et al. Thirdhand tobacco smoke: Emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. Environ. Health Perspect. 2011, 119, 1218–1226. [CrossRef][PubMed]

16. 7. Jacob, P.; Benowitz, N.L.; Destaillats, H.; Gundel, L.; Hang, B.; Martins-Green, M.; Matt, G.E.; Quintana, P.J.; Samet, J.M.; Schick, S.F.; et al. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions.Chem. Res. Toxicol. 2017, 30, 270–294

17. Hang, B. Formation and repair of tobacco carcinogen-derived bulky DNA adducts. J. Nucleic Acids 2010, Nucleic Acids 2010,

18. Arfaeinia H, Ghaemi M, Jahantigh A, Soleimani F, Hashemi H. Secondhand and thirdhand smoke: a review on chemical contents, exposure routes, and protective strategies. Environ Sci Pollut Res Int. 2023;30(32):78017-78029. doi:10.1007/s11356-023-28128-1.

19. Matt GE, Quintana PJE, Destaillats H, et al. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a Multidisciplinary research agenda. Environ Health Perspect 2011;119:1218–26.

20. Jacob P III, Benowitz NL, Destaillats H, et al. Thirdhand smoke: new evidence, challenges, and future directions. Chem Res Toxicol 2017;30:270–94.

21. Szabo L. Babies may absorb smoke residue in home. In: USA today. 2006.

22. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, et al. Beliefs about the health effects of "Thirdhand" smoke and home smoking bans. Pediatrics 2009;123:e74–9.

23.WHO. Tobacco fact sheet. 2020. Available: https://www.who.int/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-no-tobacco-day-2020/wntd-tobacco-fact-sheet. pdf?sfvrsn=e77859a4_2. (Erişim tarihi: 15 Mart 2026)

KAYNAKÇA

24. Jenssen BP, Walley SC, Boykan R, et al. Protecting children and adolescents from tobacco and nicotine. Pediatrics 2023;151.
25. Ferguson A, Penney R, Solo-Gabriele H. A review of the field on children's exposure to environmental Contaminants: A risk assessment approach. Int J Environ Res Public Health 2017;14:265.
26. WHO. Summary of principles for evaluating health risks in children associated with exposure to chemicals. 2011.
27. Moya J, Bearer CF, Etzel RA. Children's behavior and physiology and how it affects exposure to environmental Contaminants. Pediatrics 2004;113(4 Suppl):996–1006.
28. Hua M, Luo W, Khachatoorian C, et al. Exposure, retention, Exhalation, symptoms, and environmental accumulation of chemicals during JUUL Vaping. Chem Res Toxicol 2023;36:492–507.
29. Yeh K, Li L, Wania F, et al. Thirdhand smoke from tobacco, E-cigarettes,Cannabis, methamphetamine and cocaine: partitioning, reactive fate, and human exposure in indoor environments. Environ Int 2022;160:107063.
30. Weigel EAD, Matt GE. When hotel guests complain about tobacco, electronic cigarettes, and Cannabis: lessons for implementing smoking bans. Tob Use Insights 2022;15:1179173X2211249.
31. Wylie ADL, Abbatt JPD. Heterogeneous Ozonolysis of Tetrahydrocannabinol: implications for Thirdhand Cannabis smoke. Environ Sci Technol 2020;54:14215–23.
32. Rodgman A, Perfetti TA. The chemical components of tobacco and tobacco smoke. 2nd edn. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group, 2013.
33. Guidelines for carcinogen risk assessment. In: Risk Assessment Forum US Environmental Protection Agency. Washington, DC EPA/630/P-03 F, 2005
34. Daisey JM. Tracers for assessing exposure to environmental tobacco smoke: What are they tracing Environ Health Perspect 1999;107(suppl 2):319–27.
35. Singer BC, Hodgson AT, Nazaroff WW. Gas-phase Organics in environmental tobacco smoke. 2. exposure-relevant emission factors and indirect exposures from habitual smoking. Atmospheric Environment 2003;37:5551–61.
36. Singer BC, Hodgson AT, Guevarra KS, et al. Gas-phase Organics in environmental tobacco smoke. 1. effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. Environ Sci Technol 2002;36:846–53.
37. Matt GE, Hoh E, Quintana PJE, et al. Cotton pillows: A novel field method for assessment of Thirdhand smoke pollution. Environmental Research 2019;168:206–10.
38. Sheu R, Stönner C, Ditto JC, et al. Human transport of Thirdhand tobacco smoke: A prominent source of hazardous air Pollutants into indoor Nonsmoking environments. Sci Adv 2020;6:eaay4109.

KAYNAKÇA

39. Sheu R, Hass-Mitchell T, Ringsdorf A, et al. Emerging investigator series: deposited particles and human lung lining fluid are dynamic, chemically-complex reservoirs leading to Thirdhand smoke emissions and exposure. Environ Sci: Atmos 2022;2:943–63.
40. Northrup TF, Stotts AL, Suchting R, et al. Handwashing results in incomplete nicotine removal from fingers of individuals who smoke: A randomized controlled experiment. Am J Perinatol 2022;39:1634–42.
41. Northrup TF, Stotts AL, Suchting R, et al. Thirdhand smoke contamination and infant nicotine exposure in a neonatal intensive care unit: an observational study. Nicotine & Tobacco Research 2021;23:373–82.
42. Northrup TF, Khan AM, Jacob P III, et al. Thirdhand smoke contamination in hospital settings: assessing exposure risk for vulnerable Paediatric patients. Tob Control 2016;25:619–23.
43.
https://thirdhandsmoke.org/if-someone-smokes-outside-do-they-bring-thirdhand-smoke-with-them-when-they-enter-a-home-or-car/
44. Roberts JW, Wallace LA, Camann DE, et al. Monitoring and
45. U.S. Environmental Protection Agency. Update for Chapter 5 of the exposure factors Handbook. In: Soil and Dust Ingestion. Washington, DC 20460: National Center for Environmental Assessment, Office of Research and Development, U.S. Environmental Protection Agency, 2017.
46. Tang X, Benowitz N, Gundel L, et al. Thirdhand exposures to tobacco-specific Nitrosamines through inhalation, dust ingestion, Dermal uptake, and Epidermal chemistry. Environ Sci Technol 2022;56:12506–16.
47. Sakamaki-Ching S, Schick S, Grigorean G, et al. Dermal Thirdhand smoke exposure induces oxidative damage, initiates skin inflammatory markers, and adversely alters the human plasma Proteome. EBioMedicine 2022;84:104256.
48. Bekö G, Morrison G, Weschler CJ, et al. Dermal uptake of nicotine from air and clothing: experimental verification. Indoor Air 2018;28:247–57.
49. Bekö G, Morrison G, Weschler CJ, et al. Measurements of Dermal uptake of nicotine directly from air and clothing. Indoor Air 2017;27:427–33.

1.4 ÜLKEMİZDEKİ SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ HİZMETLERİ VE KAPSAMI

Tütün kullanımı, önlenebilir hastalıklar ve ölümler arasında küresel ölçekte ilk sıralarda yer almaya devam etmektedir. Bu gerçeklikten hareketle Türkiye, sigara bırakma hizmetlerini yalnızca bireysel bir sağlık meselesi olarak değil, sistematik bir kamu sağlığı politikası çerçevesinde ele almış; geçtiğimiz on beş yıl içinde kurumsal yapısını, mevzuatını ve saha uygulamalarını bu doğrultuda köklü biçimde dönüştürmüştür. Söz konusu dönüşüm; erişilebilir, ücretsiz ve bütüncül bir bırakma ekosistemi oluşturma hedefiyle şekillenmiş olup bugün uluslararası alanda örnek gösterilen modellerden biri haline gelmiştir.

Sağlık Kuruluşlarında Zorunlu Sorgulama ve Yönlendirme Sistemi

Sigara bırakma hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmanın en etkili yollarından biri, tütün kullanıcılarını bu hizmetlerle buluşturacak sistematik bir yönlendirme mekanizması kurmaktır. Bu anlayışla Türkiye'de, birinci basamaktan hastanelere kadar tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına 18 yaş ve üzerindeki bireylerin başvurularında tütün kullanım durumunun zorunlu olarak sorgulanması uygulamaya konulmuştur. Sorgulama, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden gerçekleştirilmekte; her klinik karşılaşmada kayıt altına alınmaktadır.

Tütün kullandığı belirlenen bireyler, sistemin bir sonraki adımında etkin biçimde devreye giren bilgilendirici kanallar aracılığıyla bırakma hizmetlerine yönlendirilmektedir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında onaylı cep telefonu numaralarına gönderilen teşvik edici kısa mesajlar (SMS) ile bireyler, Sigara Bırakma Poliklinikleri'ne ya da ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı'na davet edilmektedir. Öte yandan sigara kullandığı tespit edilen bireylerin bilgileri otomatik olarak kayıtlı oldukları aile hekimine de iletilerek kısa klinik müdahale uygulanabilmesi ve takibin sürdürülmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Bu entegre yapı, sağlık kuruluşuna başvuran ancak bırakma hizmetlerinden henüz yararlanmamış kişilere sistematik ve tekrarlanabilir biçimde ulaşılmasını mümkün kılmaktadır.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Tedavi Süreci ve Yöntemleri

Sigara Bırakma Poliklinikleri, bireylerin bağımlılık düzeyleri ve genel sağlık durumları esas alınarak kişiye özgü tedavi planlarının oluşturulduğu, hem farmakolojik hem de davranışsal müdahalelerin bir arada sunulduğu bütüncül bir hizmet modeliyle çalışmaktadır. Tedavi süreci uzman sağlık personeli gözetiminde yürütülmekte; bireyin bırakma yolculuğunun her aşamasında kesintisiz destek sağlanmaktadır.

Farmakolojik tedavi kapsamında sitizin, vareniklin ve bupropion başta olmak üzere kanıta dayalı ilaçlar ile nikotin replasman tedavisi (NRT) çerçevesinde nikotin bantları, kamu kaynağıyla karşılanarak bireylere ücretsiz sunulmaktadır. Bu uygulamanın ekonomik erişim engelini ortadan kaldırması, hizmetlerin toplumun geniş bir kesimine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Farmakolojik desteğin yanı sıra psikolojik danışmanlık ve motivasyonel görüşmeler de tedavi sürecinin vazgeçilmez bileşenleri arasında yer almaktadır. Tüm süreçler TUBATİS (Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi) aracılığıyla izlenmekte; düzenli geri aramalar yoluyla bırakma sürecindeki bireylerin takibi ve desteklenmesi sağlanmaktadır.

Coğrafi Dağılım ve Erişilebilirlik

Sigara Bırakma Poliklinikleri, ülke genelinde her ile yayılmış geniş bir hizmet ağıyla faaliyet göstermektedir. Hizmetin coğrafi erişimini daha da derinleştirmek amacıyla her ilçede en az bir poliklinik kurulması stratejik hedef olarak belirlenmiş; bu hedef doğrultusunda poliklinik sayısı hızla artırılmıştır. 2025 yılı başında 565 olan Sigara Bırakma Polikliniği sayısı, 2026 yılı Nisan ayı itibarıyla neredeyse bu sayının üç katına ulaşmıştır. Bu büyüme, hizmetlerin yalnızca büyük yerleşim merkezlerinde değil kırsal ve uzak bölgelerde de sunulabilmesi açısından kritik bir dönüşümü temsil etmektedir.

Sabit poliklinik altyapısının ötesinde, Eylül 2025'ten itibaren yoğun nüfusun bulunduğu meydan, park, üniversite kampüsü, alışveriş merkezi ve organize sanayi bölgelerinde "Tütünle Mücadele Timleri" görevlendirilmiş; bırakma motivasyonu kazandırılan bireylerin yerinde hizmete yönlendirilebilmesi için "Mobil Sigara Bırakma Poliklinikleri" hayata geçirilmiştir. Bunlara ek olarak tele-tıp yöntemiyle sunulan çevrimiçi poliklinik hizmeti ve kamu kurumlarında yerinde SBP uygulaması da başlatılmış; bu sayede sağlık kuruluşuna fiziksel olarak ulaşma imkânı kısıtlı olan bireylerin de sisteme dahil edilmesi mümkün kılınmıştır.

DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE TÜTÜN ve TÜTÜN ÜRÜNLERİNE GENEL BAKIŞ

01

Küresel tabloya bakıldığında, sigara bırakma hizmetlerinin tam veya kısmi maliyet güvencesiyle sunulduğu kapsamlı ulusal programlara sahip ülke sayısının son derece sınırlı kaldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre danışmanlık ve farmakolojik tedavi giderlerini karşılayan ulusal bırakma hizmetleri, dünya nüfusunun yalnızca üçte birini kapsayan 31 ülkede mevcuttur. Türkiye, bu alanda öne çıkan ülkeler arasında yer almakla kalmamakta; tütün kontrolündeki kapsamlı ve bütüncül yaklaşımıyla uluslararası arenada ayrıca dikkat çekmektedir.

DSÖ'nün 2025 yılında yayımladığı Küresel Tütün Salgını Raporu'na göre Türkiye, altı temel tütün kontrol önlemini kapsayan MPOWER paketini en iyi uygulama düzeyinde hayata geçiren yalnızca dört ülkeden biridir; diğerleri Brezilya, Mauritius ve Hollanda'dır. MPOWER'ın "bırakmaya yardım et" bileşeni kapsamında Türkiye; ücretsiz poliklinik hizmetleri, kamu güvencesiyle karşılanan ilaçlar, ALO 171 danışma hattı ve dijital yönlendirme araçlarını entegre eden çok katmanlı bir bırakma ekosistemi oluşturmuştur. Bu model, DSÖ'nün birinci basamak sağlık hizmetlerine kısa klinik müdahale entegrasyonu, ulusal ücretsiz yardım hatları ve mobil mesajlaşma yoluyla bırakma desteği şeklinde önerdiği üç temel müdahaleyi bütünüyle karşılamakta; Türkiye'yi tütün kontrolü alanında uluslararası düzeyde güçlü bir kamu sağlığı modeli olarak konumlandırmaktadır.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [erişim tarihi: Nisan 2026]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

2. World Health Organization. WHO Global Tobacco Epidemic Report 2025. Geneva: WHO; 2025.

3. Husain MJ, English LB, Bhatt P, Khanna N, Thrasher JF, Kostova D. The Progress of the Global Tobacco Cessation Strategies. Front Public Health [Internet]. 2023 [erişim tarihi: Nisan 2026];11. Erişim adresi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10316592/

02

BİRİNCİ BASAMAKTA TÜTÜN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ



BİRİNCİ BASAMAKTA TÜTÜN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

02

Uzm. Dr. Feyzanur Erdem, Prof. Dr. Seçil Arıca
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

2.1 SİSTEMATİK TARAMA

Giriş

Tütün kullanımı günümüzde küresel ölçekte en önemli önlenebilir morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 1,25 milyar kişinin tütün ürünü kullandığı ve her yıl 8 milyondan fazla kişinin tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmektedir. Bunun yanı sıra tütün kullanımı yalnızca sağlık sistemleri üzerinde değil, aynı zamanda ekonomik sistemler üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır ve küresel maliyetinin dünya gayri safi yurtiçi hasılasının yaklaşık %1,8'ine karşılık geldiği tahmin edilmektedir.

Tütün kontrolüne yönelik en kapsamlı uluslararası düzenlemelerden biri olan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (WHO Framework Convention on Tobacco Control), tütün kullanımının azaltılması ve bağımlılığın tedavisi için kapsamlı politikalar önermektedir. Özellikle sözleşmenin 14. maddesi, tütün kullanıcılarının bırakma sürecinde sağlık sistemi tarafından desteklenmesini ve etkili bırakma hizmetlerinin geliştirilmesini vurgulamaktadır. Buna rağmen dünya genelinde birçok tütün kullanıcısı bırakma isteğine sahip olmasına karşın yeterli destek hizmetlerine erişememektedir.

Tütün kullanımının erken dönemde tanımlanması ve uygun müdahalelerin zamanında başlatılması bu nedenle kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda en etkili stratejilerden biri sistematik taramadır. Sistematik tarama, bireylerin sağlık sistemi ile temas ettiği her noktada tütün kullanımının standart sorular aracılığıyla sorgulanmasını ve kayıt altına alınmasını ifade eder. Bu yaklaşım sayesinde aktif kullanıcılar, eski kullanıcılar ve pasif maruziyet yaşayan bireyler erken dönemde saptanarak uygun danışmanlık ve tedavi süreçlerine yönlendirilebilir.

Sağlık hizmeti başvuruları aynı zamanda tütün kullanımına yönelik fırsatçı müdahale açısından önemli bir olanak sunmakta ve klinik ortamda verilen kısa danışmanlıkların bırakma davranışı üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının sağlık hizmeti başvurularında sistematik olarak sorgulanması ve uygun müdahalelerin sunulması tütün kontrolünün temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemi ile ilk ve en sık temas ettiği basamak olması nedeniyle tütün kontrolünde benzersiz bir konuma sahiptir. Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanları, bireyleri uzun süreli ve bütüncül bir yaklaşımla izleyebilmekte, yaşam tarzı ile ilişkili risk faktörlerini zaman içerisinde değerlendirebilmektedir.

Bu bağlamda sistematik tarama uygulamaları, yalnızca tütün kullanımının ilk tespiti açısından değil, aynı zamanda kullanım davranışının süreklilik içinde izlenmesi açısından da büyük önem taşımaktadır. Her başvuruda tütün kullanımının tekrar sorgulanabilmesi, bireylerin kullanım durumundaki değişikliklerin erken fark edilmesine olanak sağlar. Bu sayede aktif kullanıcılar kadar, bırakma sürecinde olan ve sigarayı bırakmış bireyler de düzenli olarak izlenebilir.

Özellikle sigarayı bırakmış bireylerin takibi, nükslerin önlenmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Birinci basamakta sağlanan süreklilik, yeniden başlama riskinin erken saptanmasına ve gerekli destekleyici müdahalelerin zamanında yapılmasına olanak tanır. Bu yönüyle birinci basamak, yalnızca bırakma girişimini başlatan değil, aynı zamanda bırakmanın sürdürülmesini destekleyen temel sağlık hizmeti basamağıdır.

Ayrıca sistematik tarama, kısa süreli danışmanlık müdahaleleri için uygun bireylerin belirlenmesini kolaylaştırır. Sağlık çalışanlarının her temas noktasını bir fırsat olarak değerlendirmesi, davranış değişikliğini destekleyen eğitilebilir anların etkin biçimde kullanılmasını sağlar. Tekrarlayan kısa danışmanlık müdahalelerinin sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir.

Bunun yanı sıra sistematik tarama, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi açısından da önemli bir rol oynamaktadır. Tütün kullanımı; kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, diyabet ve birçok kanser türü için temel risk faktörlerinden biridir ve bu riskin erken dönemde tanımlanması klinik yönetimi doğrudan etkilemektedir. Ayrıca pasif tütün dumanı maruziyetinin düzenli olarak sorgulanması, özellikle çocuklar, gebeler ve yaşlılar gibi hassas grupların korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Aile temelli yaklaşım, yalnızca bireyin değil, hane halkının da tütün maruziyeti açısından değerlendirilmesine olanak sağlar.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Birinci basamakta tütün kullanımının yönetimi, sistematik tarama ile başlayan ve bireyin bırakma sürecine uygun müdahaleler ile sürdürülen yapılandırılmış bir klinik süreçtir. Bu süreç; tütün kullanımının düzenli olarak sorgulanmasını, uygun danışmanlık ve tedavi yaklaşımlarının uygulanmasını ve süreklilik içinde izlenmesini kapsar.

Basamak 1
Tütün Kullanım Durumunun Sorgulanması

Tütün kullanımının belirlenmesinde ilk ve en temel adım, bireyin kullanım durumunun sistematik olarak sorgulanmasıdır. Bu sorgulama, sağlık hizmetine başvuru nedeninden bağımsız olarak tüm bireylerde ve her temas noktasında rutin bir uygulama haline getirilmelidir.

Tütün kullanımı yalnızca aktif kullanım açısından değil, geçmiş kullanım öyküsü ve pasif tütün dumanı maruziyeti yönünden de kapsamlı biçimde değerlendirilmelidir. Standartlaştırılmış soruların kullanılması, tarama sürecinde tutarlılığı artırır ve zaman içindeki değişimlerin izlenmesine olanak sağlar.

Ayrıca elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri ve nargile gibi alternatif nikotin ürünlerinin kullanımı da sorgulamaya dahil edilmelidir. Bu kapsamlı yaklaşım, tütün maruziyetinin tüm boyutlarıyla erken dönemde tanımlanmasını ve uygun müdahalelerin gecikmeden başlatılmasını sağlar.

Standart tarama soruları:

- Halen herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?
- Daha önce tütün ürünü kullandınız mı? Bıraktıysanız ne zaman bıraktınız?
- Yaşadığınız veya çalıştığınız ortamlarda tütün dumanına maruz kalıyor musunuz?
- Elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünü veya nargile kullanıyor musunuz?

Basamak 2

Kullanım Durumunun Sınıflandırılması ve Kaydedilmesi

Tütün kullanım durumunun doğru şekilde sınıflandırılması ve kayıt altına alınması, klinik yönetimin sürekliliği açısından temel bir gerekliliktir. Tarama sonucunda bireyler aktif kullanıcı, eski kullanıcı veya hiç kullanmamış olarak tanımlanmalı ve bu bilgiler sağlık kayıt sistemine sistematik biçimde işlenmelidir.

Kayıt altına alma süreci yalnızca mevcut kullanım durumunu değil, aynı zamanda son güncelleme tarihi, bırakma girişimleri ve uygulanan müdahaleleri de içermelidir. Bu sayede bireyin zaman içindeki kullanım paterni izlenebilir ve klinik kararlar daha sağlıklı biçimde yönlendirilebilir.

Eski kullanıcılar, özellikle erken dönemde nüks riski açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir. Hiç kullanmamış bireylerde ise koruyucu yaklaşım sürdürülmeli ve tütün kullanımının önlenmesine yönelik bilgilendirme yapılmalıdır. Bu basamak, sistematik izlem ve müdahalenin temelini oluşturur.

Basamak 3

Kullanım Özelliklerinin ve Bağımlılık Düzeyinin Değerlendirilmesi

Aktif tütün kullanıcılarında kullanımın özellikleri ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve bireyin bağımlılık profili ortaya konulmalıdır. Bu değerlendirme, yalnızca tüketim miktarının belirlenmesini değil, aynı zamanda kullanım davranışının örüntüsünü anlamayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda; günlük tüketim miktarı, kullanılan tütün ürünü türü, kullanım süresi ve önceki bırakma girişimleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Önceki bırakma deneyimlerinin değerlendirilmesi, bireyin güçlü yönlerinin ve nükse yol açan tetikleyicilerin belirlenmesine katkı sağlar.

Gerekli durumlarda bağımlılık düzeyi standart ölçüm araçları ile değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra bireyin maruz kaldığı çevresel faktörler, pasif duman maruziyeti ve eşlik eden klinik durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu basamakta elde edilen bilgiler, bireye özgü tedavi planının oluşturulmasında ve uygun müdahale stratejisinin belirlenmesinde yol gösterici niteliktedir.

Basamak 4
Kısa Tavsiye

Tütün kullanan tüm bireylere, her başvuruda kısa, açık ve net bir bırakma önerisi verilmelidir. Bu müdahale kısa sürede uygulanabilmesine rağmen bırakma davranışı üzerinde anlamlı etkiler oluşturabilen temel bir klinik yaklaşımdır.

Kısa müdahale; tütün kullanımının bırakılmasının güçlü bir şekilde önerilmesini, bireyin sağlık durumu ile ilişkilendirilmiş kısa bilgilendirme yapılmasını ve destek sunulabileceğinin ifade edilmesini içermelidir. İletişim sürecinde kullanılan dilin yargılayıcı olmayan, destekleyici ve motive edici olması esastır.

Bırakmaya hazır olmayan bireylerde motivasyonu artırmaya yönelik yaklaşım benimsenmeli; tütün kullanımının bireysel riskleri ve bırakmanın sağlayacağı yararlar vurgulanmalıdır. Bu bireylerde motivasyonu artırmak amacıyla aşağıdaki yaklaşım kullanılabilir (5R):

- Relevance (İlişkilendirme): Tütün kullanımının bireyin yaşamı ve sağlık durumu ile ilişkisi vurgulanır
- Risks (Riskler): Tütün kullanımının bireysel sağlık riskleri açıklanır
- Rewards (Yararlar): Bırakmanın sağlayacağı kazanımlar belirtilir
- Roadblocks (Engeller): Bırakmayı zorlaştıran faktörler ele alınır
- Repetition (Tekrar): Her başvuruda mesaj tekrar edilir

Her sağlık başvurusu, davranış değişikliğini desteklemek için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Basamak 5
Bırakma İsteğinin ve Hazır Oluş Düzeyinin Değerlendirilmesi

Tütün kullanan bireylerde bırakma isteği ve hazır oluş düzeyi sistematik olarak değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, uygulanacak müdahalenin kapsamını ve yoğunluğunu belirlemede temel rol oynar.

Bırakmaya istekli bireylerde bırakma süreci planlanmalı, uygun bir bırakma tarihi belirlenmeli ve bireyin önceki deneyimleri ile mevcut koşulları göz önünde bulundurularak destekleyici faktörler ve olası engeller değerlendirilmelidir. Bu bireyler, tedavi ve danışmanlık müdahalelerinin planlanacağı bir sonraki basamağa yönlendirilmelidir.

Bırakmaya hazır olmayan bireylerde ise motivasyonu artırmaya yönelik kısa müdahaleler sürdürülmeli, bırakma konusundaki tereddütler ele alınmalı ve her başvuruda hazır oluş düzeyi yeniden değerlendirilmelidir.

Basamak 6
Tedavi ve Destek Planının Oluşturulması

Bırakmaya istekli bireylerde davranışsal destek ve farmakolojik tedavi birlikte planlanmalıdır. Bu iki yaklaşımın kombinasyonu, tek başına uygulanan müdahalelere göre daha yüksek başarı oranları sağlamaktadır.

Davranışsal destek; bireysel danışmanlık, grup danışmanlığı, telefon danışmanlığı ve gerektiğinde dijital destek yöntemlerini içerebilir. Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında nikotin replasman tedavileri, vareniklin, bupropion ve sitizin yer almaktadır. Tedavi planı bireyin klinik özellikleri, tercihleri ve olası kontrendikasyonlar göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir.

Basamak 7
Özel Durumların Değerlendirilmesi

Bazı hasta gruplarında tütün kullanımının değerlendirilmesi ve bırakma yaklaşımı daha dikkatli ve bireyselleştirilmiş şekilde planlanmalıdır. Bu gruplarda hem aktif kullanım hem de pasif maruziyet ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve gerekli durumlarda daha yakın izlem sağlanmalıdır.

Gebeler: Gebelik döneminde tütün kullanımı; düşük doğum ağırlığı, prematür doğum ve perinatal komplikasyonlar ile ilişkilidir. Bu nedenle gebelerde hem aktif kullanım hem de pasif maruziyet mutlaka değerlendirilmelidir.

Adolesanlar ve genç yetişkinler: Tütün kullanımının büyük bir kısmı ergenlik döneminde başlamaktadır. Bu yaş grubunda özellikle elektronik sigara ve diğer nikotin ürünlerinin kullanımı artmaktadır. Bu nedenle tüm nikotin ürünleri açısından kapsamlı sorgulama yapılmalıdır.

Kronik hastalığı olan bireyler: Kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıkları olan bireylerde tütün kullanımı hastalık seyrini olumsuz etkiler. Bu nedenle bu grupta erken tanı ve müdahale önceliklidir.

Pasif maruziyet: Pasif tütün dumanı maruziyeti özellikle çocuklarda solunum yolu hastalıkları ve enfeksiyon riskini artırır. Bu nedenle ev içi ve yakın çevre maruziyeti düzenli olarak sorgulanmalıdır.

Basamak 8
İzlem, Takip ve Nüks Yönetimi

Tütün bağımlılığı kronik ve tekrarlayıcı bir durumdur. Bu nedenle bırakma süreci düzenli izlem gerektirir. Bırakma girişiminde bulunan bireylerde erken dönemde yakın takip yapılmalı, tedaviye uyum ve olası yan etkiler değerlendirilmelidir.

Uzun dönem izlemde nüks riski düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gerekli durumlarda müdahale edilmelidir. Nüks geliştiğinde yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimsenmeli, tetikleyici faktörler belirlenmeli ve yeni bir bırakma planı oluşturulmalıdır. Nüks, başarısızlık olarak değil, sürecin doğal bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Kayıt ve Sistem Düzeyi Yaklaşım

Tütün kullanım durumu sağlık kayıt sistemlerinde standart bir alan olarak yer almalı ve düzenli olarak güncellenmelidir. Bu kayıtlar, bireysel izlem sürecinin sürekliliğini sağlamanın yanı sıra sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır.

Sağlık çalışanlarının tütün bırakma konusunda eğitilmesi, sistematik tarama uygulamalarının yaygınlaştırılması ve kanıta dayalı müdahalelerin erişilebilirliğinin artırılması, tütün kontrolünün başarısı açısından kritik öneme sahiptir.

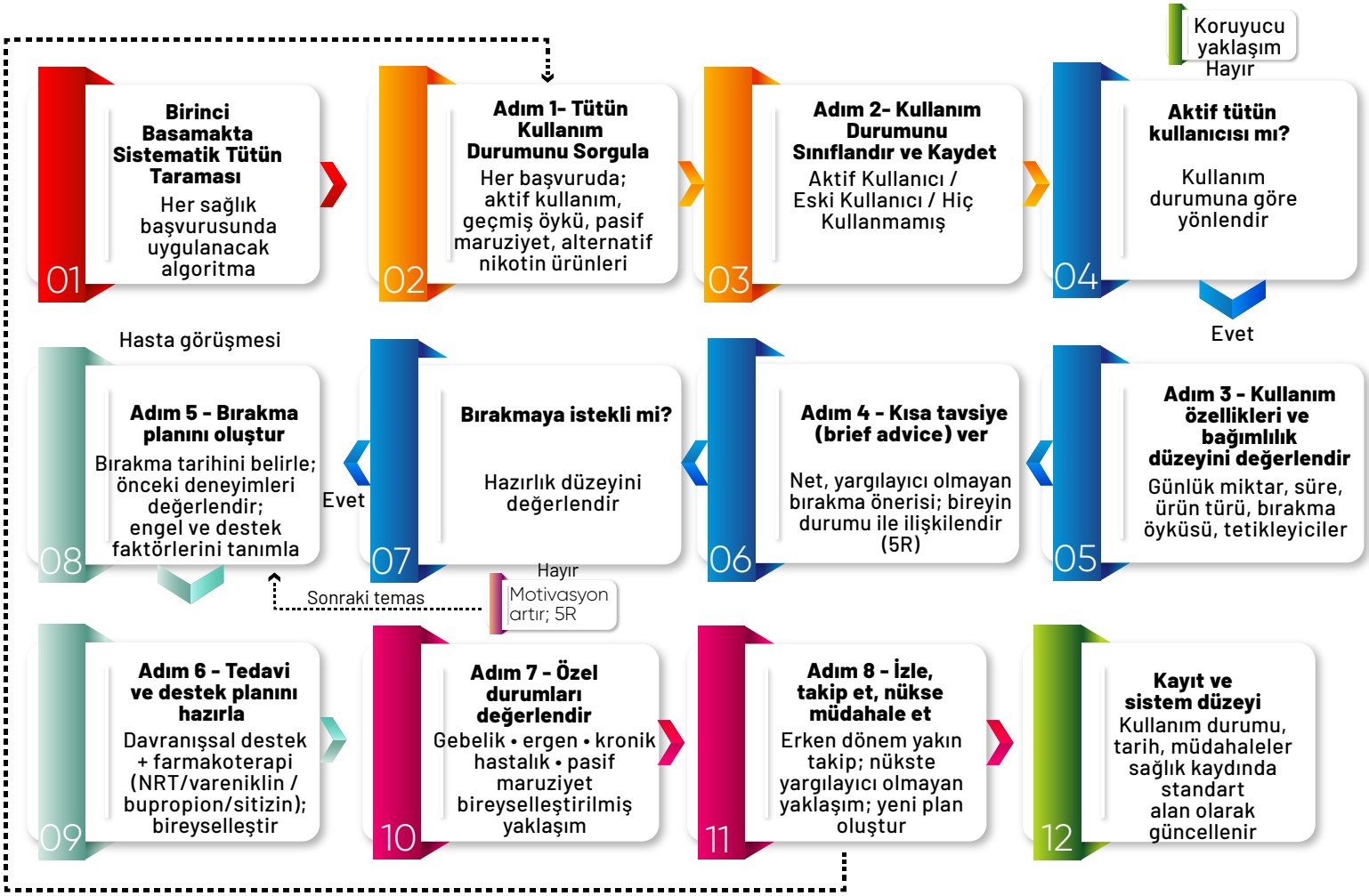
Pratik Mesajlar

- Tütün kullanımı, birinci basamakta her hasta görüşmesinde sistematik olarak sorgulanması gereken temel bir risk faktörüdür.
- Her hasta başvurusu, tütün bırakma müdahalesi için değerlendirilebilecek bir fırsat olarak görülmelidir.
- Kısa ve standart sorularla yapılan sistematik tarama, aktif kullanım ve pasif maruziyetin erken tanınmasını sağlar.
- Tütün kullanım durumu, sağlık kayıt sistemine düzenli olarak işlenmeli ve zaman içinde güncellenmelidir.
- Özel gruplarda (ergenler, gebeler, psikiyatrik hastalar, kronik hastalığı olanlar) değerlendirme ve müdahale mutlaka bireyselleştirilmelidir.

BİRİNCİ BASAMAKTA TÜTÜN KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

02

Birinci Basamakta Sistematik Tütün Taraması



Sekil 1. Birinci basamakta sistematik tütün tarama ve yönetim algoritması.

Renk Açıklaması

- Sorgulama ve sınıflandırma adımları
- Değerlendirme, danışmanlık ve karar adımlar
- Tedavi planlama adımları
- Özel durum ve izlem adımları
- Kayıt / sistem düzeyi
- Motivasyon artırma (hazır olmayan bireyler)

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164

2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030. Geneva: World Health Organization; 6 October 2025 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276

3. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. Tob Control. 2018 Jan;27(1):58-64. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305. Epub 2017 Jan 30. Erratum in: Tob Control. 2018 Jul;27(4):478. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305corr1. PMID: 28138063; PMCID: PMC5801657.

4.World Health Organization. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control Geneva: World Health Organization; 1 January 2013 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://fctc.who.int/resources/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-14

5. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence (NG209). London: NICE; 2021.

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2014. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2014.

7. Steinberg ML. Opportunistic Cessation Interventions. Nicotine Tob Res. 2026 Mar 24;28(4):509-510. doi: 10.1093/ntr/ntag005. PMID: 41510949.

2.2 BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Giriş

Nikotin bağımlılığı, tütün kullanımının sürdürülmesinde ve bırakma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasında merkezi rol oynayan, biyopsikososyal temelli kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından madde kullanım bozuklukları kapsamında sınıflandırılan tütün bağımlılığı, yalnızca bir davranış alışkanlığı değil; güçlü nörobiyolojik mekanizmalarla sürdürülen, relapslarla seyreden uzun süreli bir bağımlılık sürecidir.

Nikotin, mezolimbik dopaminerjik ödül sistemini aktive ederek kısa sürede güçlü bir pekiştirici etki oluşturur. Tekrarlayan maruziyet sonucunda gelişen nöroadaptasyon, bireyde tolerans gelişimine, yoksunluk belirtilerine ve yoğun aşermeye neden olur. Bu süreç, bireyin sigara içme davranışını sürdürmesini biyolojik olarak zorunlu hale getirirken, bırakma girişimlerini de belirgin ölçüde güçleştirir. Özellikle sabah ilk sigaranın içilme zamanı gibi davranışsal göstergeler, bağımlılığın fizyolojik boyutunu yansıtan önemli klinik belirteçlerdir.

Güncel sınıflandırmalarda (DSM-5 ve ICD-11), tütün bağımlılığı kronik, tekrarlayıcı ve remisyon-relaps döngüsü ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda tütün kullanımı, akut bir alışkanlıktan ziyade hipertansiyon veya diyabet gibi uzun dönemli yönetim gerektiren bir durum olarak ele alınmalıdır. Nitekim uluslararası klinik rehberler de tütün bağımlılığının "uzun süreli, relapslarla seyreden bir hastalık" olduğunu ve etkin şekilde tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Tütün bağımlılığı genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlamakta ve çoğu bireyde ergenlik çağında gelişmektedir. Bu durum, bağımlılığın yalnızca bireysel bir tercih değil, aynı zamanda yaşam boyu süren bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Ayrıca bağımlılığın sıklıkla düşük sosyoekonomik düzey, kronik hastalıklar ve psikiyatrik komorbiditeler ile birlikte görülmesi, tütün kullanımını önemli bir halk sağlığı ve eşitsizlik belirleyicisi haline getirmektedir.

Küresel ölçekte tütün kullanımı, önlenebilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Sağlık sistemleri açısından bakıldığında, tütün kullanımına bağlı hastalıklar hem birinci basamak hem de hastane hizmetlerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Özellikle birinci basamak başvurularının önemli bir kısmı sigara ile ilişkili hastalıklarla bağlantılıdır ve her hasta teması, sigara bırakma müdahalesi için önemli bir fırsat sunmaktadır.

Buna rağmen, tütün bağımlılığı çoğu zaman yeterince sistematik şekilde değerlendirilmemekte ve tedavi edilmemektedir. Klinik uygulamada bağımlılığın derecesinin objektif olarak ölçülmemesi, uygun tedavi stratejilerinin seçilmesini zorlaştırmaktadır. Oysa bağımlılık düzeyinin doğru belirlenmesi; farmakoterapi gereksiniminin saptanması, davranışsal müdahalelerin planlanması ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir.
Bu nedenle nikotin bağımlılığının standardize araçlarla değerlendirilmesi, modern tütün kontrol yaklaşımlarının temel bileşenlerinden biridir. Bağımlılık düzeyinin ölçülmesi yalnızca klinik karar sürecini yönlendirmekle kalmaz; aynı zamanda tedavi başarısını artıran, hasta takibini kolaylaştıran ve relaps riskini öngörmeye yardımcı olan önemli bir basamaktır.

Birinci Basamak Açısından Önemi

Birinci basamak, tütün kullanan bireylerin düzenli olarak izlenebildiği ve tekrarlayan değerlendirmelerin yapılabildiği temel klinik ortamdır. Bu yapı, bağımlılık düzeyinin yalnızca bir kez ölçülmesiyle sınırlı kalmayıp zaman içindeki değişimlerin de takip edilebildiği sürekli bir değerlendirme sürecine zemin hazırlamaktadır.
Birinci basamakta bağımlılık düzeyinin ölçülmesi birkaç temel açıdan önem taşır. İlk olarak, yüksek bağımlılık düzeyine sahip bireylerin belirlenmesi, farmakolojik tedavi endikasyonunun zamanında konulmasını sağlar. WHO 2024 Klinik Tedavi Kılavuzu, günde on veya daha fazla sigara içen ve bağımlılık düzeyi yüksek bireylerde farmakolojik tedavinin rutin olarak önerilmesini güçlü kanıt düzeyiyle desteklemektedir.
İkinci olarak, bağımlılık değerlendirmesi bırakma motivasyonu ile birlikte ele alındığında tedavi yaklaşımının çok daha isabetli biçimde planlanmasına olanak tanır. Yüksek motivasyonlu fakat düşük bağımlılıklı bir bireyde kısa danışmanlık müdahalesi yeterli olabilirken; yüksek bağımlılıklı bir bireyde tek başına davranışsal desteğin yeterli olmayacağı ve kombine tedavinin gerekeceği öngörülebilir.
Son olarak, bağımlılık düzeyinin kayıt altına alınması; tedavinin etkinliğinin izlenmesine, nüks örüntülerinin anlaşılmasına ve gelecekteki girişimlerin planlanmasına katkı sağlar.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Değerlendirme Aracı: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FTND)

Aktif tütün kullanıcılarında bağımlılık düzeyi sistematik olarak değerlendirilmelidir. Bu amaçla birinci basamak uygulamalarında en yaygın kullanılan araç, Heatherton ve ark. tarafından geliştirilen Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi'dir (FTND).

Tablo 1: FTND soruları ve skorlaması

Soru	Yanıt	Puan
Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı ne kadar sürede içersiniz?	≤5 dk	3
	6–30 dk	2
	31–60 dk	1
	>60 dk	0
Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmemekte zorlanır mısınız?	Evet	1
	Hayır	0
Gün içinde en vazgeçemediğiniz sigara hangisidir?	Sabah ilk sigara	1
	Diğer	0
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	≥31	3
	21–30	2
	11–20	1
	≤10	0
Sabah saatlerinde daha sık sigara içer misiniz?	Evet	1
	Hayır	0
Hastayken yatakta kalmanız gerekse de sigara içer misiniz?	Evet	1
	Hayır	0

Altı sorudan oluşan bu ölçek 0–10 arasında puanlanmakta; özellikle sabah ilk sigara zamanı ve günlük tüketim miktarı bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde belirleyici ağırlık taşımaktadır.

Tablo 2: FTND Toplam Puanına Göre Bağımlılık Düzeyi ve Klinik Yorum

Toplam Puan	Bağımlılık Düzeyi	Klinik Yorum
0 – 3	Düşük	Biyolojik bağımlılık sınırlıdır; sigara kullanımı daha çok davranışsal ve çevresel faktörlerle ilişkilidir.
4 – 6	Orta	Karma bir bağımlılık profili söz konusudur; farmakoterapi bireysel değerlendirmeye göre planlanmalıdır.
7 – 10	Yüksek	Güçlü fiziksel bağımlılık mevcuttur; farmakoterapi tedavinin temel bileşeni olarak önerilmelidir.

Klinik Karar Sürecine Entegrasyon

Düşük bağımlılık (0–3 puan):

Kısa danışmanlık müdahaleleri genellikle yeterlidir. Sigara içme davranışı daha çok alışkanlık ve çevresel tetikleyicilerle ilişkilidir; bu nedenle bilişsel-davranışsal stratejiler ön planda tutulmalıdır. Farmakoterapi bireysel tercihe göre planlanabilir; bırakma girişiminde bulunan bireylerde nikotin replasman tedavisi (NRT) sunulabilir.

Orta bağımlılık (4–6 puan):

Davranışsal destek ile birlikte farmakolojik tedavinin değerlendirilmesi önerilir. NRT, vareniklin, bupropion veya sitizin; bireyin klinik özellikleri ve tercihleri doğrultusunda planlanmalıdır. Birden fazla danışmanlık seansı ve düzenli takip önerilir.

Yüksek bağımlılık (7–10 puan):

Farmakoterapi tedavinin temel bileşeni olarak planlanmalı ve yoğun davranışsal destek ile kombine edilmelidir. Vareniklin veya kombine nikotin replasman tedavileri öncelikli seçenekler arasında yer almaktadır.

Birinci Basamak için Pratik Kısayol: Sigara İçme Yoğunluk İndeksi – HSI (heaviness of smoking index) Zaman kısıtlı klinik ortamlarda FTND'nin iki temel sorusu (ilk sigara zamanı ve günlük tüketim miktarı), Heaviness of Smoking Index (HSI) olarak kullanılabilir. HSI skoru ≥4 olan bireyler yüksek bağımlılık grubunda değerlendirilir ve farmakoterapi açısından öncelikli adayları oluşturur.

Özel Durumlar

Nikotin bağımlılığı değerlendirmesi bazı hasta gruplarında standart yaklaşımın ötesinde dikkat gerektirir. Bu gruplarda FTND skoru tek başına yeterli olmayabilir; klinik değerlendirme ve ek sorgulama ön plana çıkar.

Elektronik Sigara ve Yeni Nikotin Ürünleri Kullanıcıları

FTND, geleneksel sigara kullanımı için geliştirilmiştir ve elektronik sigara ile nikotin kesesi kullanan bireylerde doğrudan uygulanması sınırlı olabilir. Bu ürünlerde nikotin maruziyeti; cihaz tipi, likit konsantrasyonu ve kullanım sıklığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

Bu nedenle elektronik sigara kullanıcılarında bağımlılık değerlendirmesi için ürüne özgü, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış ölçeklerin kullanılması önerilmektedir. Bu amaçla en sık kullanılan araçlardan biri Penn State Elektronik Sigara Bağımlılık İndeksi (PSECDI) olup; kullanım sıklığı, sabah ilk kullanım zamanı, aşerme ve yoksunluk belirtilerini değerlendirerek bağımlılık düzeyi hakkında klinik bilgi sağlamaktadır.

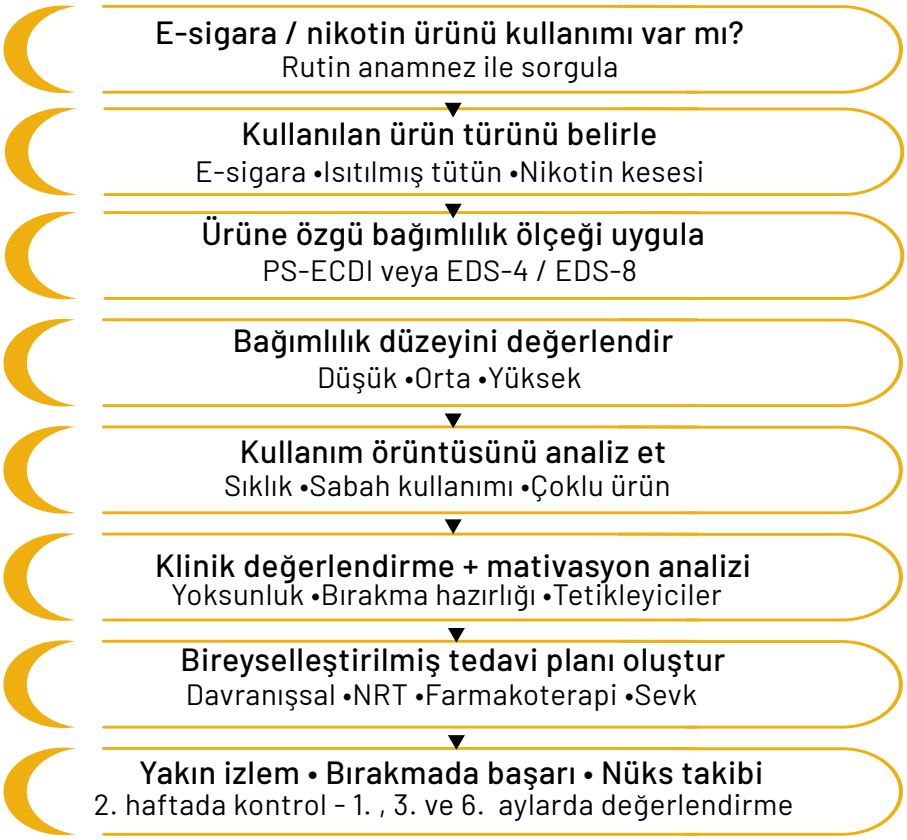
Bunun yanı sıra, E-Cigarette Dependence Scale (EDS) de klinik ve araştırma amaçlı kullanılabilmektedir. EDS'nin 4, 8 ve 22 maddelik versiyonları birlikte değerlendirildiğinde, kısa formların (EDS-4, EDS-8) pratik kullanım açısından yeterli psikometrik özellikler sergilediği görülmektedir. Aslan ve Önal tarafından 2024 yılında Türkiye genelinde 1050 birey üzerinde gerçekleştirilen geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, PSECDI (Cronbach α=0.805) ve EDS versiyonlarının (α=0.905–0.984) Türk toplumunda 18 yaş ve üzeri bireyler için geçerli ve güvenilir araçlar olduğu doğrulanmıştır.

Tablo 3: E-Sigara Bağımlılığı Değerlendirme (EDS-4 Kısa Form)

Soru	Yanıt
Elektronik sigara kullanma isteğinizi ne sıklıkla kontrol etmekte zorlanırsınız?	Likert (0 = Hiç - 4 = Çok Sık)
Elektronik sigara kullanamadığınızda huzursuzluk veya rahatsızlık hisseder misiniz?	Likert (0 = Hiç - 4 = Çok Sık)
Planladığınızdan daha fazla süre veya miktarda elektronik sigara kullandığınız olur mu?	Likert (0 = Hiç - 4 = Çok Sık)
Elektronik sigara kullanımı günlük aktivitelerinizi etkiler mi?	Likert (0 = Hiç - 4 = Çok Sık)

EDS-4 kısa formunda her madde Likert tipi ölçek ile değerlendirilmekte olup yanıtlar "hiç (0)", "nadiren (1)", "bazen (2)", "sık (3)" ve "çok sık (4)" şeklinde puanlanır. Dört maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla toplam skor 0 ile 16 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar, elektronik sigara kullanımına bağlı daha güçlü nikotin bağımlılığını göstermektedir. Klinik pratikte düşük, orta ve yüksek bağımlılık düzeylerini ayırt etmek amacıyla yaklaşık sınıflandırmalar yapılabilmekle birlikte, EDS-4 skorunun tek başına kullanılmasından ziyade bireyin kullanım özellikleri, nikotin maruziyeti ve bırakma motivasyonu ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Elektronik Sigara Bağımlılık Değerlendirme Algoritması



Şekil 2. E-sigara Bağımlılık Değerlendirme Algoritması

Çoklu Ürün Kullanımı

Birden fazla nikotin ürününün birlikte kullanımı toplam nikotin maruziyetini artırır. Bu bireylerde her ürün için bağımlılık ayrı ayrı değerlendirilmeli, ancak klinik karar sürecinde toplam maruziyet dikkate alınmalıdır.

Psikiyatrik Komorbidite

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde nikotin bağımlılığı daha yüksek düzeyde seyretmekte ve bırakma süreci daha zor olmaktadır. Bu grupta değerlendirme multidisipliner yaklaşım gerektirir ve farmakoterapi planlanırken ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Kronik Hastalığı Olan Bireyler

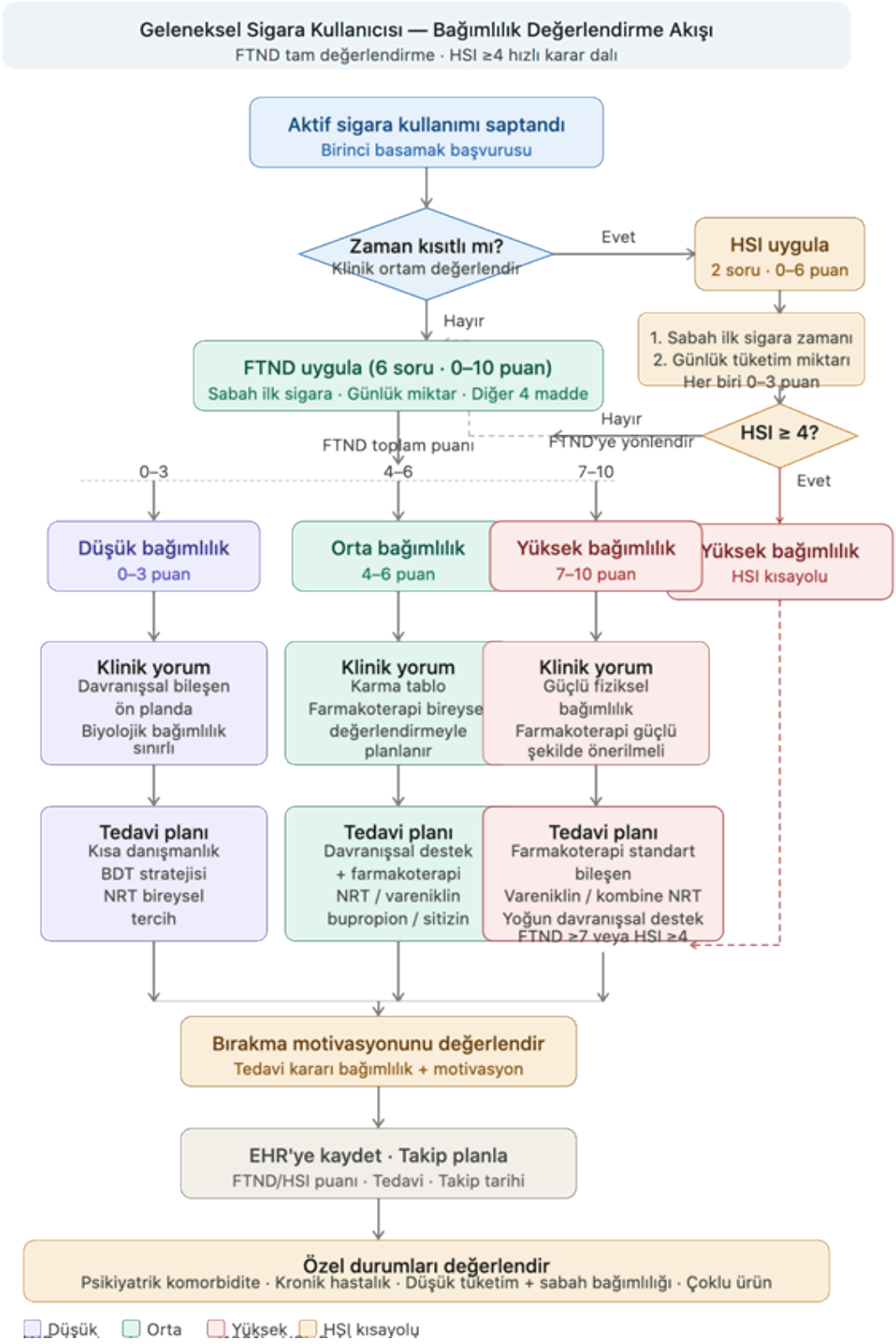
Kardiyovasküler hastalık, KOAH ve diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerde tütün bağımlılığı değerlendirmesi, hastalık yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu grupta bırakma, prognozu doğrudan etkilediğinden bağımlılık düzeyi yüksek bireylerde yoğun tedavi yaklaşımı önceliklendirilmelidir.

Düşük Tüketim – Yüksek Sabah Bağımlılığı

Günlük sigara sayısı düşük olsa bile sabah ilk sigaranın erken içilmesi (≤5 dakika), güçlü fiziksel bağımlılık göstergesidir. Bu bireylerde tedavi planı toplam tüketim miktarından bağımsız olarak değerlendirilmelidir.

Pratik Mesajlar

• Nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesi, tütün bırakma tedavisinin bireyselleştirilmesinde temel klinik basamaktır.
• FTND, birinci basamakta hızlı ve güvenilir biçimde uygulanabilecek standart bir değerlendirme aracıdır ve rutin olarak kullanılmalıdır.
• Zaman kısıtlı durumlarda iki soruluk HSI (ilk sigara zamanı ve günlük tüketim) pratik bir alternatif olarak kullanılabilir.
• Yüksek bağımlılık düzeyinde (FTND ≥7), farmakoterapi tedavinin temel bileşeni olarak planlanmalıdır.
• Bağımlılık düzeyi ve bırakma motivasyonu birlikte değerlendirilmeli; tedavi yaklaşımı bu doğrultuda bireyselleştirilmelidir.
• Psikiyatrik komorbidite, çoklu ürün kullanımı ve yeni nesil nikotin ürünleri gibi özel durumlarda değerlendirme genişletilmeli ve bireyselleştirilmelidir.
• Bağımlılık düzeyi ve uygulanan tedavi yaklaşımı elektronik sağlık kayıt sistemine düzenli olarak işlenmeli ve izlem sürecinde güncellenmelidir.



Şekil 3. Risk Değerlendirme Akış Şeması

KAYNAKÇA

1. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x. PMID: 1932883.

2. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: WHO; 2 Temmuz 2024 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431

3. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235-41. doi: 10.1016/0306-4603(78)90024-2. PMID: 735910.

4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict. 1989 Jul;84(7):791-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x. PMID: 2758152.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.

6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (Hekimler için). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2010 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/Yayinlar/Tutun_Bagimliligi_ile_Mucadele_El_Kitabi.pdf

7. Foulds J, Veldheer S, Yingst J, Hrabovsky S, Wilson SJ, Nichols TT, et al. Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking e-cigarette users. Nicotine Tob Res. 2015;17(2):186-92.

8. Aslan B, Onal O. Validity and reliability of four instruments for e-cigarette dependence and sensory factors in e-cigarette use and correlations between these measurements. J Drug Issues. 2026;56(1):17-34.

9. Morean, M.E., Krishnan-Sarin, S., Sussman, S., Foulds, S., Fishbein, H. Grana, R., Halpern-Felsher, B., Kim, H., Weaver, S., & O'Malley, S. (2019). Development and psychometric validation of a novel measure of sensory expectancies associated with e-cigarette use. Addictive Behaviors, 91, 208-215.

2.3 DEĞİŞİM EVRELERİ

Giriş

Tütün kullanımı, dünya genelinde önlenebilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Buna karşın, tütün bırakma süreci çoğu zaman lineer ilerleyen, tek seferlik bir karar değil; bireyin motivasyonu, önceki deneyimleri ve çevresel etkileşimleri doğrultusunda şekillenen dinamik ve döngüsel bir süreçtir. Bu nedenle davranış değişikliğini yalnızca "bıraktı/bırakmadı" ikiliği üzerinden değerlendirmek, sürecin karmaşıklığını yeterince yansıtmaz.

Davranış değişikliğinin bu çok boyutlu yapısını açıklamak amacıyla geliştirilen modeller arasında en yaygın ve etkili yaklaşımlardan biri, Prochaska ve DiClemente tarafından tanımlanan Transtheoretical Model (TTM), diğer adıyla Değişim Evreleri Modeli'dir. Model başlangıçta psikoterapi süreçlerini açıklamak amacıyla geliştirilmiş, daha sonra özellikle sigara bırakma ve diğer bağımlılık davranışlarının yönetiminde yaygın biçimde uygulanmıştır. Değişim Evreleri Modeli, bireylerin davranış değişikliği sürecinde belirli evrelerden geçtiğini ve her evrede farklı bilişsel ve davranışsal süreçlerin etkin olduğunu öne sürmektedir.

Modelin temel varsayımlarından biri, bireylerin değişime hazır oluş düzeylerinin farklılık göstermesidir. Bu nedenle tüm bireylere aynı müdahalenin uygulanması etkili değildir. Nitekim davranış değişikliği girişimlerinin başarısız olmasının önemli nedenlerinden biri, bireyin henüz hazır olmadığı bir evrede müdahale edilmesidir. Bu bağlamda Değişim Evreleri Modeli, müdahalelerin bireyin bulunduğu evreye göre uyarlanmasını önererek klinik uygulamada bireyselleştirilmiş yaklaşımın temelini oluşturur.

Ayrıca model, değişimin doğrusal değil döngüsel bir süreç olduğunu vurgular. Bireyler değişim sürecinde ilerleyebileceği gibi gerileyebilir; özellikle bağımlılık davranışlarında nüks sık görülen bir durumdur. Bu nedenle nüks, başarısızlık olarak değil, değişim sürecinin doğal bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım, klinik uygulamada daha gerçekçi ve sürdürülebilir bir tedavi perspektifi sunmaktadır.

Sonuç olarak Değişim Evreleri Modeli, davranış değişikliğini statik bir olay olarak değil; bireyin motivasyonu, deneyimleri ve çevresel faktörleri ile etkileşim içinde gelişen dinamik bir süreç olarak ele alır. Model, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde tütün bırakma danışmanlığında, evreye özgü müdahalelerin planlanmasına olanak tanıyan güçlü bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, tütün kullanan bireylerle kurulan her temas, davranış değişikliği sürecine müdahale açısından önemli bir fırsat sunmaktadır. Ancak bu müdahalelerin etkili olabilmesi için bireyin değişime hazır oluş düzeyinin doğru şekilde değerlendirilmesi gereklidir.

Motivasyonu yüksek bireyler ile henüz bırakmayı düşünmeyen bireyler için uygulanacak müdahale stratejileri temelden farklılık göstermektedir. Uygun olmayan müdahaleler — örneğin değişime hazır olmayan bireylere doğrudan bırakma planı sunulması — direnç gelişimine ve gelecekteki bırakma girişimlerinin olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir.

Bu bağlamda, değişim evresinin doğru şekilde belirlenmesi, müdahalelerin bireyselleştirilmesini sağlar. Evreye uygun yaklaşım hem klinik etkinliği artırmakta hem de bireyin özerkliğini ve içsel motivasyonunu desteklemektedir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. Düşünme Öncesi Evre (Precontemplation)

Birey önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmemektedir. Sigara kullanımını bir sorun olarak algılamayabilir ya da önceki başarısız deneyimler nedeniyle bırakmanın mümkün olmadığına inanabilir.

Klinik yaklaşım: Yargılayıcı olmayan, empatik bir tutum benimsenmelidir. Bu evrede temel amaç farkındalık oluşturmaktır. Açık uçlu sorular aracılığıyla bireyin içsel çelişkisi nazik bir şekilde ortaya konulabilir. Doğrudan bırakma önerilerinden kaçınılmalıdır.

2. Düşünme Evresi (Contemplation)

Birey önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir; ancak henüz somut bir adım atmaya hazır değildir. Kararsızlık belirgindir.

Klinik yaklaşım: Motivasyonel görüşme teknikleri uygulanmalıdır. Bireyin bırakmaya ilişkin ambivalansı ele alınarak içsel motivasyon güçlendirilir. Gerektiğinde bilgilendirme yapılmalı ve destek kaynaklarına yönlendirme sağlanmalıdır.

3. Hazırlık Evresi (Preparation)

Birey önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlamakta ve bu doğrultuda somut adımlar atmaktadır.

Klinik yaklaşım: Bu evre aktif müdahale için en uygun dönemdir. Bırakma tarihi belirlenmeli, tetikleyiciler tanımlanmalı ve baş etme stratejileri planlanmalıdır. Uygun hastalarda farmakolojik tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.

4. Eylem Evresi (Action)

Birey sigarayı bırakmıştır ve bu durum 6 aydan daha kısa süredir devam etmektedir.

Klinik yaklaşım: Yoğun destek ve yakın takip gereklidir. Yoksunluk belirtileri izlenmeli, tedaviye uyum değerlendirilmelidir. Tetikleyicilerle baş etme becerileri güçlendirilmelidir.

5. Sürdürme (İdame) Evresi (Maintenance)

Birey en az 6 aydır sigara kullanmamaktadır.

Klinik yaklaşım: Nüks önleme stratejileri ön plandadır. Riskli durumlar gözden geçirilmeli ve bireyin öz yeterliliği desteklenmelidir. Uzun dönemli izlem önerilir.

6. Nüks (Relapse)

Birey yeniden sigara kullanmaya başlamıştır.

Klinik yaklaşım: Nüks, başarısızlık olarak değerlendirilmemelidir. Yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimsenmeli; nükse yol açan faktörler analiz edilerek birey uygun değişim evresine yeniden yönlendirilmelidir. Tekrarlayan bırakma girişimlerinin başarı olasılığını artırdığı bilinmektedir.

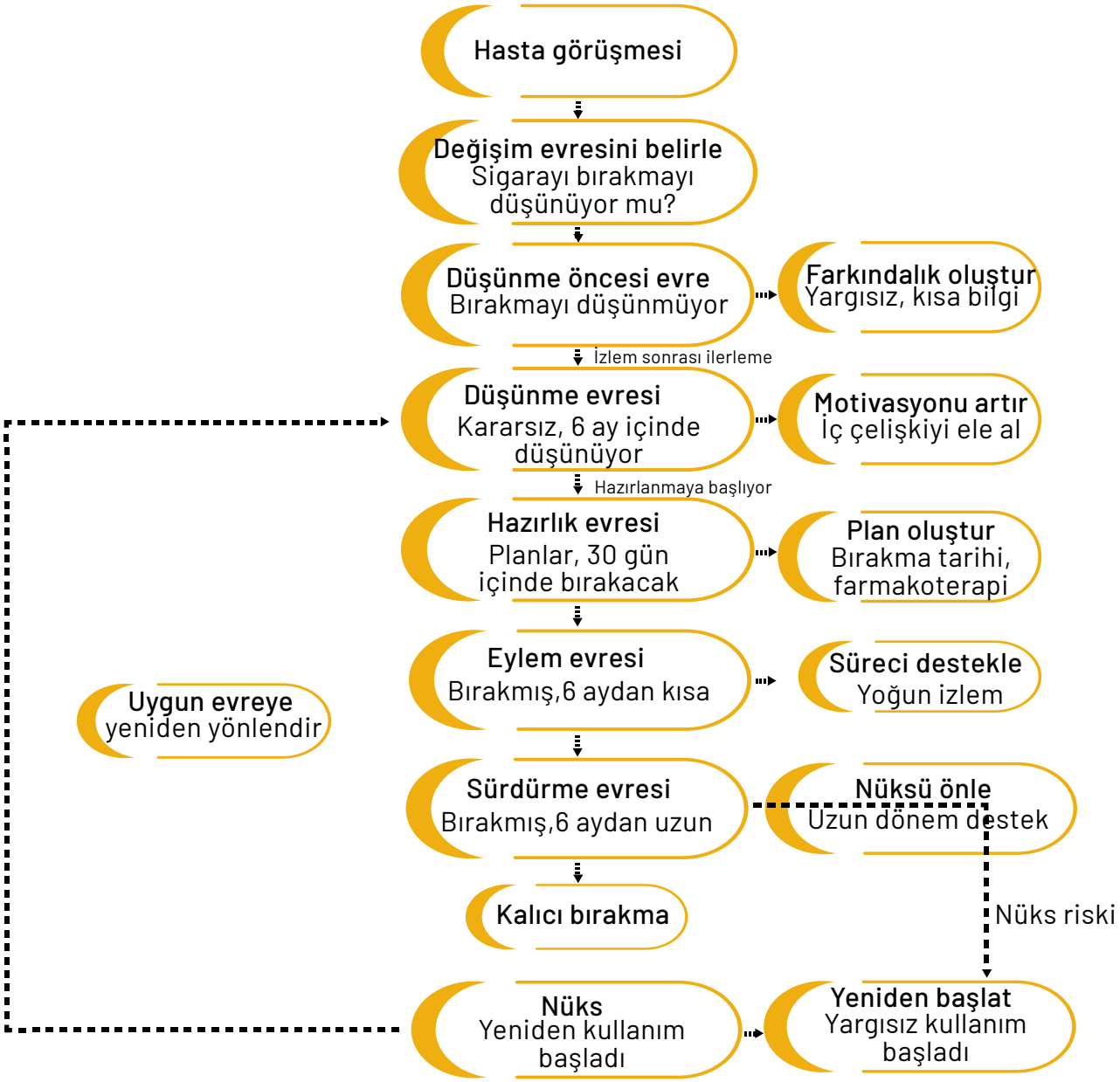
Tablo 4: Evreye Özgü Müdahale Özeti

Evre	Temel hedef	Önerilen müdahale
Düşünme öncesi	Farkındalık oluşturma	Kısa bilgilendirme, yargısız yaklaşım
Düşünme	Motivasyonu artırma	Motivasyonel görüşme
Hazırlık	Plan oluşturma	Bırakma planı, farmakoterapi
Eylem	Süreci destekleme	Yoğun izlem, semptom yönetimi
Sürdürme	Nüksü önleme	Uzun dönem destek
Nüks	Süreci yeniden başlatma	Yargısız değerlendirme, yeniden planlama

Pratik Mesajlar

• Her hasta görüşmesinde değişim evresi kısa, sistematik ve tekrarlanabilir bir şekilde değerlendirilmelidir.
• Müdahalenin etkinliği, bireyin bulunduğu evre ile uyumuna bağlıdır.
• Düşünme öncesi evrede doğrudan bırakma önerileri ve baskıcı yaklaşımlar direnç gelişimine yol açabilir.
• Nüks, başarısızlık değil; değişim sürecinin doğal bir bileşenidir.
• Tüm evrelerde destekleyici, empatik ve yargılayıcı olmayan iletişim temel yaklaşım olmalıdır.

Tablo 5: Evreye Özgü Müdahale Özeti



KAYNAKÇA

1. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38. PMID: 10170434.

2. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors. 2nd ed. New York: Plenum Press; 1998. p. 3–24.

3. Koh-Knox CP. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. Am J Pharm Educ. 2009 Nov 12;73(7):127. PMCID: PMC2779641.

4. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence (NG209). London: NICE; 2021.

5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164

6. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030. Geneva: World Health Organization; 6 October 2025 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276

7. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 31;3(3):CD001007. doi: 10.1002/14651858.CD001007.pub3. PMID: 28361497; PMCID: PMC6464070.

2.4 RİSK GRUPLARININ BELİRLENMESİ

Giriş

Tütün kullanımı, dünya genelinde önlenebilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmekte olup, bu yük toplum içinde eşit dağılmamakta ve belirli popülasyonlarda orantısız biçimde yoğunlaşmaktadır. Her ne kadar tütün kullanımı tüm bireyler için ciddi sağlık riskleri taşısa da, bazı gruplarda hem bağımlılık gelişimi daha hızlı olmakta hem de bırakma süreci biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkileşimi nedeniyle daha karmaşık bir seyir izlemektedir.

Bu nedenle tütün kontrolünde yalnızca genel popülasyona yönelik yaklaşımlar yeterli olmayıp, yüksek riskli grupların sistematik biçimde tanımlanması ve bu gruplara özgü müdahale stratejilerinin geliştirilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Risk gruplarının belirlenmesi; erken müdahale olanaklarının artırılması, tedavi yaklaşımlarının bireyselleştirilmesi ve sınırlı sağlık kaynaklarının etkin kullanımı açısından kritik bir rol oynamaktadır.

Davranış değişikliğinin dinamik doğası göz önüne alındığında, yüksek riskli gruplarda tütün bırakma süreci çoğu zaman daha yoğun destek, daha sık izlem ve sıklıkla multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk gruplarının doğru şekilde tanınması, tütün bağımlılığı ile mücadelede temel bir stratejik bileşen olarak değerlendirilmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemi ile ilk ve en sık temas noktası olması nedeniyle tütün kullanımı açısından riskli bireylerin erken dönemde tanımlanmasında benzersiz bir konuma sahiptir. Aile hekimleri, yaşam boyu izlem yaklaşımı sayesinde bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerini bütüncül biçimde değerlendirerek risk profillerini erken aşamada belirleyebilmektedir.

Risk gruplarının belirlenmesi yalnızca tütün kullanımının önlenmesi açısından değil; aynı zamanda bağımlılık tedavisinin yoğunluğu ve içeriğinin bireyselleştirilmesi bakımından da kritik öneme sahiptir. Standart müdahalelerin tüm bireylerde aynı etkiyi göstermediği, bireysel risk profiline göre uyarlanmış yaklaşımların daha yüksek bırakma başarısı sağladığı gösterilmiştir.

Bu çerçevede risk temelli yaklaşım; sınırlı sağlık kaynaklarının önceliklendirilmesine olanak tanımakta, yüksek riskli bireylerde hedefe yönelik ve yoğunlaştırılmış müdahalelerin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlayarak toplum genelinde tütün kullanımının kontrolünde daha sürdürülebilir sonuçlar elde edilmesini desteklemektedir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Ergenler ve Genç Yetişkinler

Nikotin bağımlılığı çoğunlukla ergenlik döneminde başlamakta olup ilk sigara deneyimi genellikle 13–16 yaş aralığında gerçekleşmektedir. Süregelen nörogelişim süreci nedeniyle bu yaş grubunda bağımlılık daha hızlı gelişmekte ve nikotinin olumsuz etkileri daha kalıcı bir seyir izleyebilmektedir. Akran baskısı ve medya maruziyeti en önemli başlatıcı risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Son yıllarda elektronik sigara (e-sigara) kullanımı ergenler arasında hızla yaygınlaşmış ve geleneksel sigara kullanımını geçen ülkelerde yeni nesil tütün bağımlılığının birincil biçimi haline gelmiştir. E-sigaralar; çekici tatlandırıcılar, şık tasarım ve 'sigaradan daha az zararlı' algısı nedeniyle ergenler tarafından kolaylıkla benimsenmektedir. Ancak yüksek konsantrasyonlu nikotin içerikleri, ergen beyninde klasik sigara ile kıyaslanabilir düzeyde bağımlılık oluşturabilmektedir. Ayrıca e-sigara kullanımının ilerleyen dönemde geleneksel sigara kullanımına geçişi kolaylaştıran bir 'kapı' işlevi gördüğüne dair kanıtlar güçlenmektedir.

Klinik Yaklaşım: Ergen sağlığı değerlendirmelerinde hem geleneksel tütün hem de e-sigara/ısıtılmış tütün ürünü kullanımı ayrı ayrı sorgulanmalıdır. E-sigaranın 'zararsız' olmadığı, nikotin bağımlılığı oluşturduğu ve sigara kullanımına geçiş riskini artırdığı yaşa uygun ve anlaşılır bir dille açıklanmalıdır. Farmakolojik tedavi planlanırken yaşa özgü kısıtlamalar ve mevcut onay durumları göz önünde bulundurulmalı; aile ve okul tabanlı destek mekanizmaları devreye alınmalıdır.

Gebeler ve Doğurganlık Çağındaki Kadınlar

Gebelikte tütün kullanımı; düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, ani bebek ölümü sendromu ve çeşitli obstetrik komplikasyonlarla doğrudan ilişkilidir. Bununla birlikte gebelik dönemi, bırakma motivasyonunun belirgin biçimde arttığı kritik bir fırsat penceresi sunmakta; erken dönemde yapılan müdahaleler anne ve fetus üzerinde önemli sağlık kazanımları sağlamaktadır.

Klinik Yaklaşım: Gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde tütün kullanımı mutlaka değerlendirilmeli, davranışsal müdahaleler ön plana çıkarılmalıdır. Nikotin replasman tedavisi, risk-yarar dengesi bireysel bazda ele alınarak gerektiğinde planlanmalıdır.

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireyler

Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon ve anksiyete bozukluklarında sigara kullanım prevalansı genel popülasyona kıyasla belirgin biçimde daha yüksektir. Bu bireylerde bağımlılık daha şiddetli bir seyir izleyebilmekte; bırakma süreci mevcut psikiyatrik belirtilerle karmaşık bir etkileşim içinde ilerlemektedir.

Klinik Yaklaşım: Sigara bırakma tedavisi psikiyatrik tedavi ile entegre biçimde planlanmalıdır. Vareniklin ve bupropion gibi ajanların bu popülasyondaki güvenlilik profili dikkatle değerlendirilmeli; multidisipliner izlem sağlanmalıdır.

Kronik Hastalığı Olan Bireyler

Koroner arter hastalığı, KOAH, tip 2 diyabet ve maligniteler gibi kronik durumlarda tütün kullanımının zararlı etkileri daha hızlı ve daha ağır biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu tablo, sigara bırakmanın sağlayacağı kısa ve uzun vadeli sağlık kazanımlarını daha da belirgin kılmaktadır.

Klinik Yaklaşım: Kronik hastalık izlem süreçlerinde tütün kullanımı düzenli olarak değerlendirilmeli; hastalığa özgü riskler somut ve kişiselleştirilmiş örneklerle açıklanmalıdır. Farmakolojik tedavi seçimleri mevcut komorbiditelere göre uyarlanmalıdır.

Düşük Sosyoekonomik Düzeydeki Bireyler

Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip bireylerde tütün kullanım prevalansı toplum ortalamasının üzerinde seyretmekte, bırakma başarı oranları ise daha düşük kalmaktadır. Kronik sosyal stresörler, sınırlı sağlık okuryazarlığı ve destek hizmetlerine erişimde yaşanan engeller bağımlılık sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Klinik Yaklaşım: Erişilebilir ve ücretsiz bırakma destek hizmetlerine yönlendirme öncelikli bir adım olmalıdır. İletişim bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun şekilde kurulmalı; yargılayıcı tutum ve dilden kaçınılmalıdır.

Sağlık Profesyonelleri

Sağlık profesyonelleri arasında tütün kullanımının sürmesi; bireysel sağlık riskleri yanı sıra hastaları ve toplumu etkileyen rol model etkisi açısından da özel önem taşımaktadır. Bu grubun desteklenmesi, tütün kontrolünde toplumsal ölçekte daha kapsamlı bir katkı sağlama potansiyeli sunmaktadır.

Klinik Yaklaşım: Sağlık çalışanlarına yönelik mesleğe duyarlı, özel bırakma programları ve kurumsal destek mekanizmaları tasarlanmalı ve işlevsel hale getirilmelidir.

Yaşlı Bireyler

Yaşlı bireylerde uzun süreli tütün kullanımına bağlı yüksek kümülatif maruziyet söz konusudur. "Bırakmak için çok geç kaldım" algısı ve çoklu kronik hastalık varlığı bırakma girişimini zorlaştırabilmektedir. Ancak ileri yaşta bırakmanın dahi önemli kardiyovasküler, solunumsal ve yaşam kalitesine yönelik yararlar sağladığı kanıtlanmıştır.

Klinik Yaklaşım: Bırakmanın her yaşta somut yarar sağladığı açık ve destekleyici bir iletişimle vurgulanmalıdır. Farmakolojik tedavi planlanırken komorbiditeler ve olası ilaç etkileşimleri sistematik biçimde değerlendirilmelidir.

Tablo 6: Birinci basamakta yüksek riskli gruplar ve klinik yaklaşım özeti.

Risk Grubu	Başlıca Risk Faktörleri	Klinik Yaklaşım Özeti
Ergenler / Genç Yetişkinler	Hızlı bağımlılık gelişimi, nörogelişim, e-sigara ve ısıtılmış tütün yaygınlığı	E-sigara dahil tüm ürünleri sorgula, 'kapı etkisi' konusunda bilgilendir, aile/okul desteği
Gebeler	Preterm, SGA, SIDS, obstetrik komplikasyon	Risk-yarar dengeli NRT, erken değerlendirme
Psikiyatrik Bozukluk	Daha şiddetli bağımlılık, psikiyatrik etkileşim	Entegre tedavi, vareniklin/bupropion izlemi
Kronik Hastalık	Hızlı ilerleme, yüksek komplikasyon riski	Hastalığa özgü risk iletişimi, komorbidite uyumu
Düşük SED	Yüksek prevalans, düşük bırakma başarısı	Ücretsiz destek, sağlık okuryazarlığına uyum
Sağlık Çalışanları	Rol model etkisi, mesleki tutarsızlık	Özel programlar, kurumsal destek
Yaşlı Bireyler	Yüksek kümülatif maruziyet, 'geç' algısı	Fayda vurgusu, ilaç etkileşimi taraması

Pratik Mesajlar

• Risk gruplarının erken tanınması, müdahalenin zamanında ve uygun yoğunlukta uygulanmasını doğrudan sağlar.

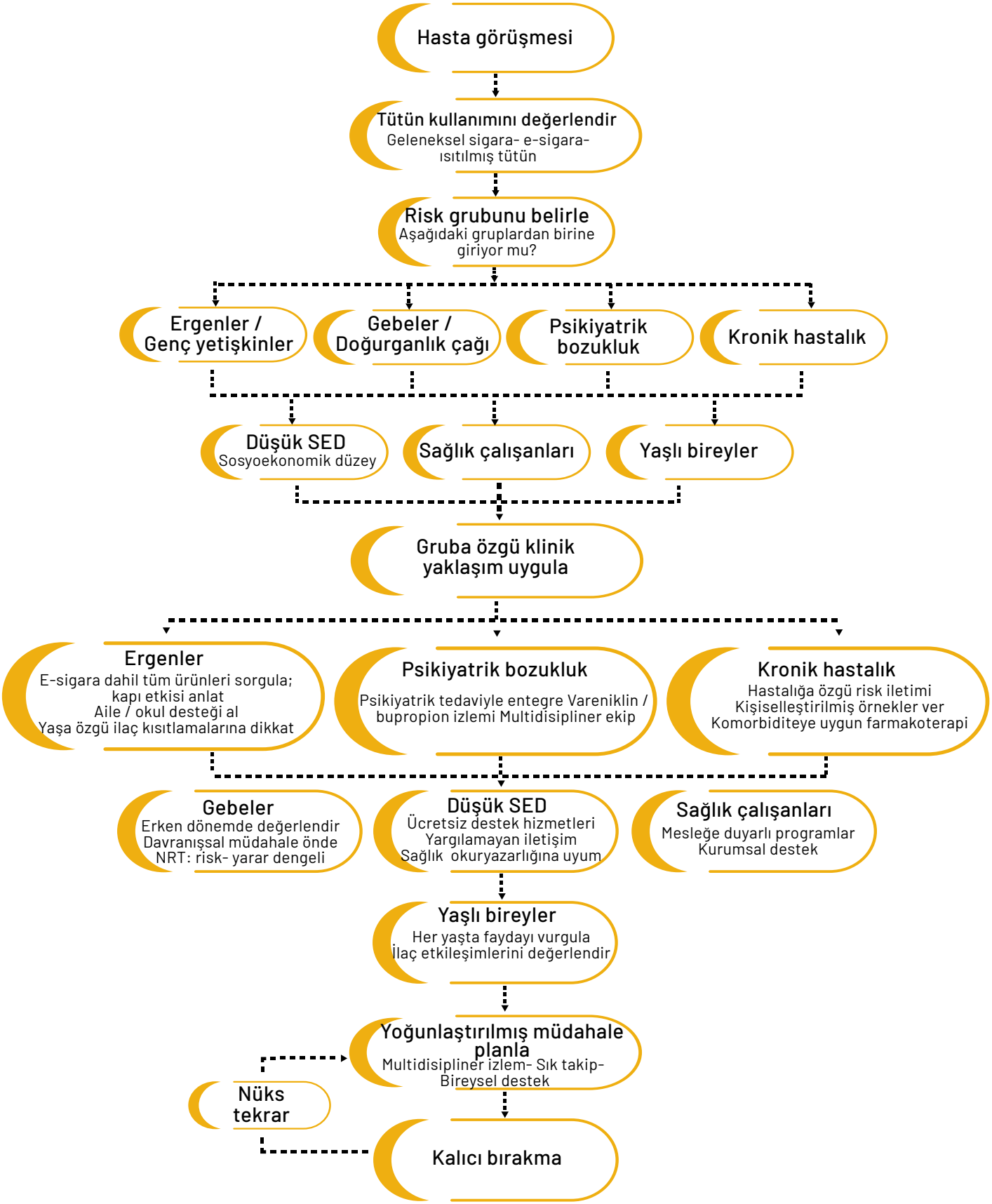
• Gebelik dönemi, tütün bırakma açısından değerlendirilmesi gereken kritik bir fırsat pencere-sidir.

• Psikiyatrik eş tanı varlığında tedavi süreci multidisipliner anlayışla yürütülmelidir.

• Kronik hastalığı olan bireylerde bırakmanın somut ve bireyselleştirilmiş faydaları açıkça aktarıl-malıdır.

• Yaşlı bireylerde 'artık geç' algısı kanıta dayalı bilgiyle aktif olarak düzeltilmelidir.

• Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplara yönelik erişilebilir, yargılamayan ve sürdürülebilir destek hizmetleri önceliklendirilmelidir.



Şekil 4. Risk Grupları için Akış Şeması

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164

2. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2024 and projections 2025–2030. Geneva: World Health Organization; 6 October 2025 [Erişim tarihi: 15 Nisan 2026]. Şuradan erişilebilir: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116276

3. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38. PMID: 10170434.

4. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence (NG209). London: NICE; 2021.

5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.

6. Koh-Knox CP. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. Am J Pharm Educ. 2009 Nov 12;73(7):127. PMCID: PMC2779641.

03

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM



SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM

03

[1]Doç. Dr. Mine Ergelen Yalçın | [2]Doç. Dr. Başak Ünübol | [3]Prof. Dr. Rabia Bilici
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Bağımlılık Psikiyatrisi Vakfı

3.1 3A–5A MODELİ

3.1.1. Genel Çerçeve

Sigara bırakma tedavisinde sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğu; her görüşmede hastanın tütün kullanım durumunu sorgulamak, bırakma davranışını desteklemek ve bireyi kanıta dayalı müdahalelere yönlendirmektir. Bu amaçla geliştirilen en yaygın klinik yaklaşımlardan biri 5A modelidir. Bu model, sigara kullanan bireylerle yapılan görüşmelerde yapılandırılmış bir değerlendirme ve müdahale süreci sunar. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve zamanın sınırlı olduğu kısa görüşmelerde, bu yaklaşımın daha pratik bir biçimi olan 3A modeli de kullanılmaktadır. Klinik uygulamada bu müdahaleler, görüşmenin kapsamına ve mevcut zamana göre farklılaşan basamaklara sahiptir.

3.1.2. 5A Modeli

5A modeli; Ask (Sorgula), Advise (Öner), Assess (Değerlendir), Assist (Yardım et) ve Arrange (Planla) basamaklarından oluşur. Bu modelin temel amacı, sigara bırakma sürecini rastlantısal bir öneri olmaktan çıkarıp, her klinik görüşmede uygulanabilecek sistematik bir müdahale çerçevesine dönüştürmektir. Model, bireyin tütün kullanımının fark edilip ele alınmasını, bırakma konusunda yönlendirilmesini ve sürecin izleminin sürdürülmesini sağlar.

3.1.2.1.Sorgula (Ask): Bu basamakta hastanın tütün kullanım durumu her görüşmede düzenli olarak değerlendirilir. Buradaki temel amaç, yalnızca hastanın sigara içip içmediğini öğrenmek değil, aynı zamanda bu bilgiyi sağlık bakım sürecinin ayrılmaz bir parçası haline getirmektir. Tütün kullanımının sistematik olarak sorgulanması, sigara içen bireylerin gözden kaçmasını önleyerek sonraki müdahale basamakları için gerekli zemini oluşturur. Böylece her hasta görüşmesi, bırakma danışmanlığı açısından bir fırsata dönüşür. Söz konusu sorgulamanın klinik sürekliliğini sağlamak amacıyla tütün kullanım durumu; yaşamsal bulguların (vücut ısısı, nabız, tansiyon vb.) bir parçası olarak kabul edilmeli ve hastanın tıbbi notlarına eksiksiz kaydedilmelidir.

3.1.2.1.Sorgula (Ask):

Bu sorgulama, hastaya yöneltilen şu basit ama etkili sorularla gerçekleştirilebilir:
- "Sigara içiyor musunuz?"
- "Herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?"

3.1.2.2.Öner (Advise): Bu basamakta hastaya, sigarayı bırakmasının önemi hakkında açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir öneri sunulur. Kısa, doğrudan ve yargılayıcı olmayan bir üslup müdahalenin etkinliğini artırır. Amaç, bireyin sigarayı bırakmasının sadece genel bir tavsiye değil, sağlık açısından öncelikli bir gereklilik olduğunu anlamasını sağlamaktır.

Mesajın etkili olması için şu üç özellik ön planda tutulmalıdır:

- **Açık:** Bırakma gerekliliği net ifade edilmelidir. Örn: "Sigarayı şimdi bırakmanız önemlidir ve bu konuda size yardımcı olabilirim."
- **Güçlü:** Bir profesyonel olarak kararlı bir duruş sergilenmelidir. Örn: "Bir hekim olarak, sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeyin sigarayı bırakmak olduğunu bilmenizi isterim."
- **Kişiselleştirilmiş:** Öneri; bireyin semptomları, hastalıkları veya sosyal durumu ile ilişkilendirilmelidir. Örn: "Sigarayı bırakmak çocuğunuzun geçirdiği kulak enfeksiyonlarını azaltabilir."

Öneriyi kişiselleştirmekte güçlük çekildiğinde, hastaya **"Sigara içmekle ilgili en sevmediğiniz şey nedir?"** gibi bir soru yöneltilerek bireyin kendi motivasyon alanı keşfedilebilir. Hastanın vereceği yanıt (maliyet, koku, sağlık kaygısı vb.) üzerinden öneri derinleştirilerek daha ikna edici bir danışmanlık sağlanır.

3.1.2.3.Değerlendir (Assess): Bu basamakta bireyin sigarayı bırakma konusundaki isteği ve değişime hazır olma halinin belirlenmesi amaçlanır. Sigara kullanan bireylerin her zaman bırakma girişimine hazır olmayabileceği dikkate alınmalı ve müdahale hastanın bulunduğu düzeye göre şekillendirilmelidir. Değerlendirme süreci, davranış değişikliğinde kritik rol oynayan "önem" ve "öz-yeterlilik" algısını ölçen şu iki temel soru üzerinden gerçekleştirilebilir:

- "Tütün ürünlerini tamamen hayatınızdan çıkarmayı ne kadar istiyorsunuz?" (Değişimin hasta için önemi)
- "Uygun bir destekle sigarayı kalıcı olarak bırakabileceğinize inanıyor musunuz?" (Hastanın öz-yeterlilik/kendine güven düzeyi)

3.1.2.4.Yardım et (Assist): Bu basamakta bireyin sigarayı bırakma sürecinde ihtiyaç duyduğu teknik ve motivasyonel destek somutlaştırılır. Müdahale, hastanın bırakma girişimini planlamasına, karşılaşabileceği güçlükleri öngörmesine ve bunlarla baş etmesine yardımcı olacak şekilde yapılandırılır. Bu çerçevede destek süreci şu temel unsurlar etrafında şekillenir:

• **Farmakolojik Tedavi ve Bilgilendirme:** Bireye, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış ilaç seçenekleri önerilmelidir. Bu tedavilerin bırakma başarısını nasıl artırdığı ve özellikle nikotin yoksunluk belirtilerini nasıl hafiflettiği hastaya açıklanmalıdır.
• **Tam Bırakma Hedefi:** Bırakma sürecinde temel amaç, tütün kullanımının tamamen sonlandırılmasıdır. Bırakma gününün mümkünse iki hafta içinde belirlenmesi, sürecin planlı ve yönetilebilir hale gelmesine katkı sağlar. Hastaya, bırakma tarihinden sonra sigaradan uzak durmanın nüks riskini azaltan önemli bir adım olduğu uygun bir dille anlatılmalıdır.
• **Sosyal Destekin Güçlendirilmesi:** Hastanın aile üyeleri, arkadaşları ve iş çevresiyle bırakma kararını paylaşması ve bu süreçte destek istemesi teşvik edilmelidir. Bırakma girişimi sırasında çevreden alınacak destek, kişinin süreci sürdürmesini kolaylaştırabilir. Gerekirse hastaya, yakın çevresinin nasıl destek olabileceği konusunda da yönlendirme yapılmalıdır.
• **Geçmiş Deneyimlerin Analizi:** Hastanın daha önceki bırakma girişimleri sorgulanmalıdır. Geçmiş denemelerde karşılaşılan güçlükler (nüks nedenleri) ve başarı sağlayan stratejiler belirlenerek, yeni planın bu deneyimler üzerine inşa edilmesi sağlanmalıdır.
• **Tetikleyiciler ve Riskli Durumlarla Baş Etme:** Yaklaşan bırakma girişiminde sigara içme isteğini artırabilecek çevresel, duygusal ve davranışsal tetikleyiciler önceden ele alınmalıdır. Hastaya riskli durumlardan kaçınma, günlük rutinleri değiştirme ve alternatif baş etme yolları geliştirme konusunda destek verilmelidir. Bu süreçte, hangi durumların sigara içme isteğini artırdığı hastayla birlikte değerlendirilmelidir.

3.1.2.5.Planla (Arrange): Bırakma girişiminin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından takipleri planlamak önemlidir. Sigarayı bırakma, tek bir görüşmeyle sınırlı olmayan ve devam eden profesyonel destek gerektiren bir süreçtir; bu nedenle izleme aşaması nüks riskini azaltmada belirleyici rol oynar. Bu kapsamda, özellikle nüks riskinin en yüksek olduğu erken dönemde hastaya ulaşılarak destek verilmesi kritik önem taşır. Bırakma gününü takip eden günlerde hastayla tercihen bir telefon görüşmesi yapılarak durum değerlendirmesi sağlanmalı ve ilk yüz yüze kontrol randevusu bırakma tarihinden sonraki ilk 15 gün içinde planlanmalıdır. Bu görüşmelerde hastanın başarısı pekiştirilmeli, karşılaşılan zorluklar veya yoksunluk belirtileri değerlendirilmeli ve gerekirse tedavi süreci yeniden düzenlenerek bireyin kararlılığı desteklenmelidir.

1. 3A–5A MODELİ

3.1.3. 3A Modeli

5A modelinin daha kısa ve klinik uygulamada daha kolay uygulanabilir biçimi olan 3A modeli, özellikle zamanın sınırlı olduğu görüşmelerde pratik bir müdahale seçeneği sunar. Kısa Müdahale Yaklaşımı (Very Brief Advice) olarak da adlandırılmakta olup sigara kullanan bireylerde bırakma girişimlerini desteklemeyi amaçlayan, kanıta dayalı kısa bir danışmanlık çerçevesidir. Kısa Müdahale Yaklaşımı'nın temelini oluşturan 3A modeli; Ask (Sorgula), Advise (Öner) ve Act (Harekete Geç) basamaklarından meydana gelir. Bu yaklaşım özellikle birinci basamak uygulamalarında, rutin kontrollerde ve kısa hasta görüşmelerinde uygulanabilirliği kolay bir çerçeve sunar. Böylece sigara bırakma danışmanlığı, zaman kısıtı olan ortamlarda da kısa ama etkili bir biçimde başlatılabilir.

3.1.4. Sonuç

Sonuç olarak, 5A modeli sigara bırakma tedavisinde kapsamlı ve yapılandırılmış bir yaklaşım sunarken, 3A modeli bu yapının daha kısa ve uygulanabilir bir biçimini temsil etmektedir. Her iki modelin ortak amacı, sigara kullanan bireyin bırakma sürecine yönlendirilmesi, uygun desteğe erişimin kolaylaştırılması ve davranış değişikliğinin sürdürülebilir hale getirilmesidir. Klinik uygulamada bu modellerin düzenli ve tutarlı biçimde kullanılması, sigara bırakma tedavisinin etkinliğini artıran önemli bir unsurdur.

3.2 5R MODELİ

Sigara bırakma sürecindeki her birey, bu kararı uygulama noktasında aynı motivasyona sahip olmayabilir. Bazı hastalar sigarayı hayatından çıkarma konusunda henüz yeterli isteği hissetmeyebilir veya somut bir girişimde bulunmaya hazır olmayabilir. Bu durumlarda amaç, kişiyi zorlamak değil; sigara kullanımına ilişkin farkındalığını artırmak ve değişime yönelik düşünmeyi teşvik etmektir. Bu amaçla geliştirilen 5R modeli, bırakmaya hazır olmayan bireylerde kullanılan kısa bir motivasyonel görüşme çerçevesidir. Model; Relevance (İlişkililik), Risks (Riskler), Rewards (Ödüller), Roadblocks (Engeller) ve Repetition (Yineleme) basamaklarından oluşur.

3.2.1. İlişkililik (Relevance): İlk basamakta sigarayı bırakmanın birey için neden önemli olduğunun ortaya çıkarılması hedeflenir. Bu aşamada hasta, bırakmanın kendi yaşamı ile nasıl ilişkili olduğunu düşünmeye teşvik edilir. Sigara bırakmanın önemi; hastanın sağlık durumu, riskleri, yaşı, cinsiyeti, aile yapısı, sosyal çevresi ve daha önceki bırakma deneyimleriyle ilişkilendirilebilir. Örneğin çocuk sahibi bir birey için ev içi pasif sigara maruziyeti, gebelik planlayan bir kadın için üreme sağlığı, astımı olan bir hastada solunum fonksiyonları gibi konular ön plana çıkarılabilir. Amaç, sigarayı bırakmanın genel bir sağlık önerisi olmanın ötesinde, kişinin kendi yaşamıyla doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektir.

3.2.2. Riskler (Risks): Bu basamak, tütün kullanımının yol açtığı zararların hastayla birlikte ele alınmasını içerir. Bu aşamada kısa vadeli, uzun vadeli ve çevresel riskler açık biçimde konuşulmalıdır. Kısa vadede nefes darlığı, öksürük, fiziksel kapasitede azalma, astımın kötüleşmesi ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi etkiler vurgulanabilir. Uzun vadede ise kalp-damar hastalıkları, akciğer ve diğer kanserler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz ve kalıcı işlev kaybı gibi sonuçlar ele alınmalıdır. Ayrıca sigara dumanının yalnızca içen kişiyi değil, ev halkını da etkileyebileceği; çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak hastalıkları, düşük doğum ağırlığı ve pasif maruziyetle ilişkili diğer sağlık sorunlarının ortaya çıkabileceği hatırlatılmalıdır. Bu aşamada amaç, hastanın sigaraya ilişkin riskleri kendi yaşamıyla ilişkilendirerek fark etmesini sağlamaktır.

3.2.3. Ödüller (Rewards): Bu aşamada sigarayı bırakmanın sağlayacağı kazanımlara odaklanılır, hastadan bırakma sonrasında elde edebileceği olumlu değişiklikleri düşünmesi istenebilir. Bu kazanımlar arasında sağlık durumunda iyileşme, nefes almanın kolaylaşması, yemeğin tadını ve kokuyu daha iyi alma, para tasarrufu, kendini daha iyi hissetme, evin, arabanın ve giysilerin daha az kötü kokması, çocuklara iyi örnek olma sayılabilir. Buradaki temel yaklaşım, yalnızca riskleri vurgulamak değil; bırakmanın bireyin günlük yaşamına getireceği somut ve kişisel yararları da görünür kılmaktır. Böylece sigarayı bırakma fikri daha ulaşılabilir ve motive edici hale gelir.

3.2.4. Engeller (Roadblocks): Bireyin sigarayı bırakmasının önündeki engellerin belirlenmeli ve bunlarla nasıl baş edilebileceği konuşulmalıdır. Bu aşamada hastaya, bırakma sürecini zorlaştıran durumların neler olduğu sorulur. En sık karşılaşılan engeller arasında yoksunluk belirtileri, kilo alma korkusu, başarısızlık kaygısı, destek eksikliği, stres, depresif duygular, sigaranın keyif verici bir alışkanlık olarak algılanması ve diğer sigara kullanan kişilerle aynı ortamda bulunma yer alır. Ayrıca etkili tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmama da önemli bir engel oluşturabilir. Bu basamakta, engelleri yalnızca listelemek yeterli değildir; aynı zamanda bu sorunlarla başa çıkmak için problem çözme yaklaşımı, davranışsal stratejiler ve gerekirse ilaç desteği üzerinde durulmalıdır.

3.2.5. Yineleme (Repetition): Bu basamak motivasyonel müdahalenin tek seferlik değil, tekrarlanan bir süreç olduğunu vurgular. Bırakmaya hazır olmayan bireylerde bu müdahale, sonraki görüşmelerde yeniden ele alınmalı ve kişi değişime daha açık hale geldikçe yeniden gündeme getirilmelidir. Sigarayı bırakma girişiminde daha önce başarısız olmuş bireylere, birçok kişinin başarıya ulaşmadan önce birden fazla bırakma denemesi yaptığı hatırlatılmalıdır. Bu yaklaşım, sürecin olağan doğasını normalleştirir ve kişinin yeniden denemeye istekli olmasını destekler. Böylece motivasyonel görüşme, zaman içinde tekrar edilen ve bireyin hazır olma durumuna göre uyarlanan bir destek süreci haline gelir.

Sonuç olarak, 5R modeli, sigarayı bırakmaya henüz hazır olmayan bireylerde kullanılan etkili bir motivasyonel danışmanlık aracıdır. Bu modelin temel amacı, doğrudan bırakma talebi oluşturmaktan çok, bireyin düşünme biçimini etkilemek, sigara kullanımına ilişkin kişisel farkındalığı artırmak ve ilerleyen süreçte bırakma girişimi için uygun bir zemin hazırlamaktır. Özellikle birinci basamak uygulamalarında ve kısa klinik görüşmelerde, 5R yaklaşımı sigara bırakma tedavisinin tamamlayıcı bir parçası olarak önemli bir yer tutar.

KAYNAKÇA

1. Papadakis, S. & McEwen, A. (2021) Very brief advice on smoking PLUS (VBA+). National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT), Dorset, UK. September, 2021. https://www.ncsct.co.uk/publication_VBA+.php

2. Chirila, S. I., Grasa, C. N., Gurgas, L., Cristurean, C.-V., Hanzu-Pazara, L., & Hangan, T. (2024). Evaluating the Effectiveness of Brief Interventions for Smoking Cessation Performed by Family Doctors. Medicina, 60(12), 1985. https://doi.org/10.3390/medicina60121985

3. Himelfarb-Blyth S, Vanderwater C, Hartwick J. Implementing a 3As and 'Opt-Out' Tobacco Cessation Framework in an Outpatient Oncology Setting. Curr Oncol. 2021 Mar 14;28(2):1197-1203. doi: 10.3390/curroncol28020115. PMID: 33799451; PMCID: PMC8025814.

4. Siddiq, M., Rahman, M. M., Lukas, S., Kana, K. B., Aren, M., Ajeng, R. N., ... & Gahamat, M. F. (2023). 5A's and 3A's Adolescent Smoking Interventions as Nicotine Dependence Endgame Initiatives in Sarawak, Malaysia. Universal Journal of Public Health, 11(5), 698-707. https://doi.org/10.13189/ujph.2023.110519

5. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med. 2008 Aug;35(2):158-76. doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. PMID: 18617085; PMCID: PMC4465757.

6. World Health Organization. (2014). Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care.

7. Acar, T. (2023). Approaches to tobacco use and smoking cessation in primary care: 5A and 5R strategies. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 10(3), 259-267.

8. Singh, A., & Joshi, Y. (2026). Health Benefits of Tobacco Cessation and Quitting Smoking. Asian Journal of Research in Pharmaceutical Sciences, 16(1), 47-52.

3.3 MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİKLERİ

3.3.1. Genel Çerçeve

Sigara bırakma danışmanlığında her birey değişime aynı noktadan başlamayabilir. Bazı hastalar bırakma isteğini açıkça ifade ederken, bazıları kararsız olabilir, bazılar hastalar ise henüz bu konuyu gündemine almaya hazır hissetmeyebilir. Bu nedenle etkili bir danışmanlık süreci yalnızca bilgi aktarmaya değil, kişinin kendi düşüncelerini, tereddütlerini ve değişim nedenlerini fark etmesine de dayanmalıdır. Motivasyonel görüşme, tam da bu ihtiyaca yanıt veren, işbirliğine dayalı ve yargılayıcı olmayan bir iletişim yaklaşımıdır.

Bu yöntemin en önemli özelliği, hastayı ikna etmeye çalışmak yerine onun kendi değişim motivasyonunu ortaya çıkarmayı amaçlamasıdır. Özellikle bağımlılık alanında, doğrudan uyarı vermek ya da hızlı çözüm önermek çoğu zaman savunmayı artırabilir. Motivasyonel görüşme ise daha sakin, daha dikkatli ve daha yapıcı bir etkileşim zemini kurar.

3.3.2. Motivasyonel Görüşme Nedir?

Motivasyonel görüşme, kişinin değişimle ilgili kendi gerekçelerini keşfetmesini sağlayan, hedefe yönelik ve işbirlikçi bir görüşme biçimidir. Bu yaklaşımda temel amaç, hastaya ne yapması gerektiğini söylemek değil; onun değişim nedenlerini kendi cümleleriyle dile getirmesine yardımcı olmaktır. Yargılayıcı olmayan bir tutumla yürütüldüğünde, hasta kendini daha güvenli hisseder ve savunmaya geçme olasılığı azalır.

Motivasyonel görüşmenin temel varsayımlarından biri, motivasyonun sabit bir özellik olmadığıdır. Yani bir hastanın bugün bırakmaya hazır olmaması, yarın da hazır olmayacağı anlamına gelmez. Uygun bir ilişki, doğru sorular ve uygun zamanlama ile değişim isteği güçlenebilir. Motivasyon bir özellik değil, bir durumdur ve bu durum, hekim–hasta etkileşiminden etkilenir.

Örnek:

- **Hasta:** Aslında bırakmayı istiyorum ama çok kararsızım.
- **Hekim:** Sigarayı bırakmanın zor olacağını düşünüyorsunuz, bir yandan da bırakma fikri sizin için önem kazanmaya başlamış.

Bu tür bir yaklaşım, hekimin hastayı ikna etmeye çalışmak yerine onun yaşadığı içsel çelişkiyi (ambivalansı) yargılamadan kabul ettiğini gösterir. Hekim, hastaya ne yapması gerektiğini söylemek yerine durumu dışarıdan bir ayna gibi yansıtarak, hastanın kendi kararsızlığını güvenli bir ortamda keşfetmesine olanak tanır.

3.3.3. Temel Klinik Kavramlar

3.3.3.1. Ambivalans: Davranış değişikliği süreci, kişinin zihninde sürekli tartılan bir teraziye benzer. Bu süreçte hasta, değişim lehine ve aleyhine olan argümanlarını eş zamanlı olarak seslendirir. Motivasyonel görüşme literatüründe bu sesler iki temel kavramla tanımlanır:

• **Değişim Konuşması (Change Talk):** Hastanın belirli bir değişime doğru hareket ettiğini gösteren ifadeleridir. Değişimin avantajlarını, nedenlerini ve buna olan ihtiyacını yansıtır.
• **Sürdürme Konuşması (Sustain Talk):** Hastayı değişimden uzaklaştıran ve mevcut durumu destekleyen ifadelerdir. Alışkanlığın devam etmesi gerektiğini savunan içsel sestir.

Ambivalans, kişinin aynı anda hem değişmek istemesi hem de mevcut davranışı sürdürmek istemesidir. Ambivalans, değişimin önünde bir engel olarak değil, değişimin başlayabileceği doğal bir alan olarak görülmelidir. Motivasyonel görüşmenin özü, hekimin hastanın kendi ağzından dökülen değişim konuşmalarını "+" yakalayıp, yansıtma teknikleriyle bunları hastaya geri sunmasıdır. Değişim, terazinin "+" tarafındaki argümanlar kişinin kendi sesiyle güçlendiğinde başlar.

3.3.3.2. Düzeltme Refleksi: Düzeltme refleksi, hekimin bir sorunu fark ettiği anda onu onarma, hızlıca çözüm önerme ve hastaya ne yapması gerektiğini söyleme eğilimidir. Tıbbi eğitimin doğası gereği bu refleks birçok klinik tabloda hayat kurtarıcı olsa da, davranış değişikliği söz konusu olduğunda ciddi bir engele dönüşebilir.

Düzeltme refleksi, hekimi hastanın yerine değişimi savunmaya; değişimin neden önemli olduğunu ve nasıl yapılması gerektiğini uzun uzun açıklamaya teşvik eder. Ancak bu durum, motivasyonel görüşmenin temel felsefesiyle çelişir. Çünkü değişim argümanları hekimden geldiğinde, hasta psikolojik bir tepkiyle mevcut alışkanlığını savunmaya başlar. Motivasyonel görüşmede amaç, bu otomatik düzeltme eğilimini fark etmek ve biraz yavaşlamaktır. Böylece hasta kendi düşüncesini daha rahat ifade edebilir.

3.3.3.3. İkna Etme Çabası: Klinik uygulamada hekimler; mantıksal argümanları, tıbbi gerçekleri veya kişisel deneyimleri kullanarak hastanın tutum ve davranışlarını ikna yoluyla değiştirmeye çalışabilirler. Ancak ikna etmeye dayalı yaklaşım çoğu zaman savunma oluşturur. Kişi kendisine baskı yapıldığını hissettiğinde geri çekilebilir, savunmaya geçip mevcut davranışına daha fazla tutunabilir. Motivasyonel görüşme, kişinin kendi değişim nedenlerini duymasını sağlayarak bu döngüyü kırmayı amaçlar.

3.3.4. Motivasyonel Görüşmenin Dört Temel Süreci

Motivasyonel görüşme dört temel süreç üzerinden ilerler: Bağ Kurma (Engaging), Odaklanma (Focusing), Değişimi Ortaya Çıkarma (Evoking) ve Planlama (Planning). Bu süreçler sıralı görünse de aslında birbirini destekleyen bir yapı oluşturur.

3.3.4.1. Bağ Kurma (Engaging)

Bağ kurma (Engaging), hasta ile karşılıklı güvene ve saygıya dayalı bir terapötik ilişki oluşturma sürecidir. Bu süreç, yalnızca görüşmenin başlangıcında gerçekleşen bir adım değil; tüm süreç boyunca devam eden dinamik bir etkileşimdir. Motivasyonel görüşmede değişim, tekniklerden önce kurulan ilişkiyle başlar.

Psikoterapi literatüründe "çalışma ittifakı" (working alliance) olarak tanımlanan bu ilişki, farklı kuramsal yaklaşımlardan bağımsız olarak tedavi sonuçlarını en güçlü şekilde öngören unsurlardan biridir. Bu nedenle yalnızca ne söylendiği değil, nasıl söylendiği de belirleyicidir. Başka bir deyişle, klinik görüşmede kullanılan teknikler kadar, bu tekniklerin hangi tutum ve ilişki zemini içinde sunulduğu da sürecin başarısını etkiler.

Bağ kurma eylemi, hem içsel bir niyet hem de dışsal bir beceri gerektiren aktif bir süreçtir. Bu sürecin en temel dayanağı olan nitelikli dinleme, iki temel boyuttan oluşur: Dinlemenin içsel veya deneyimsel boyutu, hekimin hastasının ne düşündüğünü ve hissettiğini anlamaya yönelik sergilediği samimi bir merak tutumudur. Bu merak hekimi, bireyin kendi dünyasını nasıl algıladığını anlamaya yöneltir. Dışsal veya davranışsal boyutu ise bu içsel ilginin yansıtıcı dinleme becerisiyle somutlaşarak, hastanın ifadelerinin ona bir ayna gibi geri verilmesidir. Hekim bu içsel merak ile dışsal yansıtma becerisini birleştirdiğinde, dinleme eylemi pasif bir bekleyişten çıkıp bağ kurmayı sağlayan en etkili klinik müdahaleye dönüşür.

Bağ kurma, çoğu zaman, süre kısıtı nedeniyle ihmal edilen bir basamak gibi görülse de, aslında süreci hızlandıran bir yatırımdır. Hasta kendisini anlaşılmış ve yargılanmadan dinlenmiş hissettiğinde, daha açık konuşur, daha az savunmaya geçer ve görüşme daha verimli hale gelir. Bu süreç, yalnızca ilk birkaç dakikayla sınırlı değildir. Görüşmenin her aşamasında ilişki yeniden kurulabilir, güçlendirilebilir ya da zayıflayabilir. Bu nedenle hekim, hastayla kurduğu bağın niteliğini süreç boyunca gözlemlemeli ve gerektiğinde yaklaşımını yeniden düzenlemelidir.

3.3.4.2. Odaklanma (Focusing)

Odaklanma süreci, görüşmenin yönünü ve amacını belirleme aşamasıdır. Bu süreç, "Bugün ne hakkında konuşmak istersiniz?" ya da "Sizi bugün buraya getiren nedir?" gibi açık uçlu bir soruyla başlayabileceği gibi, sigara bırakma polikliniği gibi uzmanlaşmış alanlarda konu zaten önceden belirli olabilir. Odaklanmanın temel amacı, hekim ve hastanın ortaklaşa belirlediği somut hedeflere doğru birlikte hareket etmektir; nitekim net hedeflere sahip olmak, insan motivasyonunun temel bileşenlerinden biri olup daha iyi tedavi sonuçlarını beraberinde getirir. Ancak odak belirlendikten sonra, özellikle zaman kısıtı olan klinik ortamlarda, bu odağı korumak ayrı bir zorluk teşkil eder. Hekim, hastanın gündelik meselelere veya ilgisiz ayrıntılara daldığı "gezinme tuzağına" (wandering trap) düşmeden, hem iyi bir dinleyici olarak kalmalı hem de gözünü ortaklaşa belirlenen ufuk çizgisinden ayırmamalıdır. Dinamik bir yapıya sahip olan odaklanma, görüşme süreci boyunca değişen ihtiyaçlara ve koşullara göre yeniden ayarlanabilen, gelişimsel bir yön belirleme çabasıdır.

3. 3.4.3. Değişimi Ortaya Çıkarma (Evoking)

Değişimi ortaya çıkarma süreci, bireye dışarıdan motivasyon yüklemek yerine, kişinin içinde halihazırda var olan değişim nedenlerini ve kaynaklarını açğıa çıkarmak anlamına gelir; zira insanlar, başkalarının isteklerinden ziyade kendi değer verdikleri gerekçelerle daha kolay değişim kararı verirler. Bu aşamada hekimin temel sorusu, odaklanma aşamasında belirlenmiş olan hedefe (nereye) hastanın neden gitmek isteyeceğidir (neden). Bu "neden" sorusu; değişimin hasta için ne kadar önemli olduğu, neden gerekli olduğu ve hayatında neyi farklı kılacağı gibi motivasyonel argümanları kapsar. Çoğunlukla bireyler, değişimin nedenleri ve gerekliliği konusunda zihinsel terazilerinin "artı" kefesi ağır basmadan, değişimin "nasıl" gerçekleşeceğine dair teknik detaylarla ilgilenmezler. Ancak istisnai durumlarda, hasta değişimin mümkün olduğuna (öz-yeterlilik) dair bir yol görmeden "neden" sorusunu düşünmeye de cesaret edemeyebilir. Değişimi ortaya çıkarma süreci, ambivalansı değişimin önünde bir engel değil, aksine kâr-zarar dengesinin hareket halinde olduğu bir ilerleme aşaması olarak görür. Hekimin becerileriyle bu dengeyi değişim yönünde etkilemesine olanak tanıyan bir güçlendirme aracıdır.

3.3.4.4. Planning (Planlama)

Planlama süreci, "nereye" ve "neden" gidileceği netleştikten sonra odak noktasının "nasıl gidileceğine" kaydığı aşamadır. Bu evrede hekimin temel sorusu; "Bu değişimi gerçekleştirmek için neye ihtiyacınız var?" ve "Kendinizi tanıyan biri olarak bu adımı nasıl atacaksınız?" şeklindedir. Planlama, önceki tüm süreçleri (bağ kurma, odaklanma, değişimi ortaya çıkarma) içeren kapsamlı bir yapıya sahiptir; ancak burada en kritik kural, planın hekime değil, hastaya ait olmasıdır. Birey, kendi oluşturmadığı bir planı sahiplenmekte ve uygulamakta zorluk yaşayacağı için hekimin buradaki rolü, bir yöntem dayatmak değil; hastanın kendi yaşamına en uygun çözüm yollarını yine hastanın kendi birikimiyle bulmasına rehberlik etmektir. Planlama süreci, belirsiz niyetlerden ziyade özgül, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve zamana dayalı kriterlerine uygun somut adımların belirlenmesini, hastanın öz-yeterliliğinin değerlendirilmesini ve olası engellere karşı kişisel stratejilerin geliştirilmesini kapsar. Hekim tıbbi uzmanlığını, hasta ise kendi yaşam rutinlerine dair uzmanlığını sürece dahil ettiğinde, değişim sadece bir niyet olmaktan çıkıp uygulanabilir ve sürdürülebilir bir eylem planına dönüşür.

3.3.5. Motivasyonel Görüşmede Temel Becerileri

Motivasyonel görüşmenin temel becerileri OARS ile özetlenir:

- Open-ended questions (Açık uçlu sorular)
- Affirmations (Olumlamalar)
- Reflections (Yansıtma)
- Summaries (Özetleme)

3.3.5.1. Açık Uçlu Sorular (Open-ended questions)

Açık uçlu sorular, hastayı konuşmaya davet eden ve yanıtın içeriğini hastanın belirlemesine olanak tanıyan soru türleridir. Kapalı sorular ise belirli bir bilgiye odaklanır ve çoğu zaman kısa, sınırlı yanıtlar üretir (örneğin "Evet/Hayır" yanıtları). Klinik pratikte özellikle anamnez alma sürecinde kapalı sorular kaçınılmaz olmakla birlikte, bu soru biçiminin aşırı kullanımı hastayı pasif bir konuma iter ve görüşmeyi tek taraflı bir sorgulama sürecine dönüştürebilir. Bu durum, hekimin tüm soruları sorup çözümü kendisinin sunacağı örtük bir mesaj da taşıyabilir.
Oysa davranış değişikliğinin hedeflendiği görüşmelerde, hastanın aktif bir katılımcı olması esastır. Açık uçlu sorular, hastanın kendi düşüncelerini, duygularını ve önceliklerini ifade etmesine alan açar ve görüşmede doğal bir ilerleme sağlar. Örneğin; "Bugün sizi en çok düşündüren konu nedir?", "Bu konuda nasıl bir değişim sizin için anlamlı olurdu?" veya "Bu durum sizin için neden önemli?" gibi sorular, yalnızca bilgi toplamakla kalmaz, aynı zamanda hastanın kendi motivasyonunu dile getirmesine yardımcı olur.

Örnek:
- "Sizi buraya getiren nedir?",
- "Sigara kullanımınızın hayatınızdaki yerini anlatır mısınız?"
- "Bu konuda sizi en çok zorlayan nedir?"

3.3.5.2. Olumlama (Affirmations)

Motivasyonel görüşmede olumlama, hastanın güçlü yönlerini, çabalarını ve olumlu özelliklerini fark ederek bunları açık bir şekilde ifade etmeyi içerir. Bu yaklaşımın temelinde, hekimin yalnızca sorunlara değil, aynı zamanda bireyin sahip olduğu kaynaklara da odaklanması yer alır. Bu süreçte hekimin merak eden bir zihinle birlikte, hastada "iyi giden" ve "işleyen" yönleri de bilinçli olarak fark etmesi önemlidir. Olumlamalar iki düzeyde ele alınabilir:

• Basit olumlama, hastanın söylediği ya da yaptığı belirli bir davranışa yönelik kısa ve doğrudan bir geri bildirimdir.
"Buraya gelmeniz önemli bir adım."

• Kompleks olumlama ise bu davranışın ötesine geçerek, bireyin daha kalıcı bir özelliğini veya karakter gücünü vurgular.
"Sabırlı ve kolay pes etmeyen bir yapınız olduğu anlaşılıyor."

Olumlamaların etkili olabilmesi için yapay ya da abartılı olmaması, hastanın gerçekten ifade ettiği veya gösterdiği bir özelliğe dayanması gerekir. Doğru kullanıldığında olumlama, hastanın öz-yeterlilik duygusunu güçlendirir ve değişim sürecine daha aktif katılımını destekler.

3.3.5.3. Yansıtma (Reflections):

Yansıtma, empatik iletişimin temel bileşenlerinden biri olup aktif dinlemenin en etkili biçimidir. Bu teknikte hekim, hastanın ifade ettiklerini kendi sözcükleriyle geri sunarak hem anlaşıldığını hissettirir hem de hastanın söylediklerini yeniden duymasına ve üzerine düşünmesine olanak tanır. Yansıtmanın amacı yalnızca tekrar etmek değildir; hastanın anlatımındaki anlamı, duyguyu ve özellikle değişime açık yönleri görünür kılarak değişim konuşmasını güçlendirmektir. Bu nedenle yansıtmalarda "ben" dili yerine "siz" dili kullanılması, hastanın anlatımını sürdürmesini ve daha derinleşmesini destekler.

Yansıtma yalnızca anlaşıldığını göstermekle kalmaz, aynı zamanda konuşmanın yönünü de etkiler. Hekim, hastanın söylediği belirli bir ifadeyi yansıttığında, o içeriğe özel bir vurgu yapmış olur ve hasta çoğunlukla aynı doğrultuda konuşmayı sürdürür. Bu nedenle yansıtılan içeriğin niteliği önemlidir. Hekim, özellikle değişim konuşmasını seçerek bilinçli olarak yansıttığında, hastanın bir sonraki cümlesinin de benzer şekilde değişim yönünde olması daha olasıdır. Bu yaklaşım, doğrudan ikna etmeye çalışmadan, hastanın kendi motivasyonunu güçlendiren etkili bir stratejidir. Yansıtma ifadeleri genel olarak basit ve kompleks yansıtma olmak üzere iki ana grupta ele alınır.

Basit Yansıtma

Bu yaklaşımda hekim, hastanın ifadesini herhangi bir yorum katmadan veya anlamı derinleştirmeden bir ayna gibi geri yansıtır. Hastanın kelimelerini sadelikle tekrarlamak ya da birden fazla ifadeyi sadece özetleyerek sunmak bu kapsama girer. Temel işlevi, içeriği doğrulamak ve hastaya dinlendiği mesajını vermektir; ancak görüşmeyi yeni bir keşif alanına taşıma potansiyeli sınırlıdır.

Örnek:

• Hasta: Son zamanlarda daha fazla içiyorum.

• Hekim: Sigara kullanımınızın arttığını fark ediyorsunuz.

Kompleks Yansıtma

Duygusal bir derinlik ya da kavramsal bir ekleme içeren bu yansıtma türü, hastanın söylediklerinin ötesine geçer. Hekim burada, anlatının satır aralarında gizli kalan anlamı veya henüz açıkça dile getirilmemiş ihtiyacı görünür kılar. Önceki konuşmaları birleştirirken yeni bir sentez sunmak veya ifadenin altındaki örtük mesajı açığa çıkarmak kompleks yansıtmadır. Bu teknik, görüşmeye ivme kazandırarak hastanın kendi içsel süreçleriyle daha derin bir bağ kurmasını teşvik eder.

Örnek:

• Hasta: Daha önce denedim ama olmadı.

• Hekim: Tekrar denemek istiyorsunuz ama yeniden başarısız olmaktan da çekiniyorsunuz.

Kompleks yansıtma, tek tip bir uygulamadan ibaret değildir; farklı klinik amaçlara hizmet eden çeşitli alt türleri içerir: İki taraflı yansıtma, altta yatan duyguyu yansıtma, paragrafı tamamlama, yeniden çerçeveleme ve abartılı yansıtma. Bu alt türler, hastanın anlatısındaki farklı boyutları görünür kılmayı hedefler ve görüşmenin yönünü daha bilinçli biçimde şekillendirmeye olanak tanır. Bu nedenle kompleks yansıtma, yalnızca derinleştiren değil, aynı zamanda yön veren bir iletişim aracıdır. Kompleks yansıtma türleri:

İki Taraflı Yansıtma (Double-Sided Reflection)

Bu teknikte ambivalansın iki yönü aynı cümlede ifade edilir. "Ama" yerine "ve" kullanılarak, sürdürüm yönü önce, değişim yönü ise sonda vurgulanır.

Örnek:

• Hasta: Sigara benim için aslında sosyalleşme demek; kahveyle, arkadaş ortamında çok iyi gidiyor. Ama artık bu bağımlılığın beni yönetmesinden ve sağlığımı kaybetme riskinden nefret ediyorum.

• Hekim: Arkadaş ortamında sigaranın size eşlik etmesinden keyif alıyorsunuz, aynı zamanda bu alışkanlığın sizin üzerinizde kurduğu kontrolden kurtulup sağlığınızı korumayı gerçekten önemsiyorsunuz.

Altta Yatan Duyguyu Yansıtma (Reflection of Underlying Feeling)

Hastanın açıkça ifade etmediği duygulara odaklanılır ve bu duygular görünür hâle getirilir.

Örnek:

• Hasta: Herkes bırakmam gerektiğini söylüyor.
• Hekim: Bu durum sizi baskı altında hissettiriyor.

Paragrafı Devam Ettirme (Continuing the Paragraph)

Yansıtma, hastanın söylediklerini sadece farklı sözcüklerle tekrarlamak değildir. Nitelikli bir dinleme, satır aralarını okumayı ve henüz dile getirilmemiş ancak anlatının içinde saklı olan anlamı fark etmeyi gerektirir. Bu yaklaşımın en somut örneği olan "paragrafı devam ettirme" tekniğinde hekim, hastanın ifadesini yeniden kurmak yerine, cümlenin bir sonraki kısmını onun adına tamamlar. Bu "klinik tahmin" yöntemi, hem hastanın anlaşıldığı hissini güçlendirir hem de anlatının derinleşmesine imkan tanır.

Örnek:

• Hasta: Bırakmak isterdim ama...
• Hekim: Ama bunu başarabileceğinizden tam olarak emin hissedemiyorsunuz.

Yeniden Çerçeveleme (Reframing)

Hastanın sahip olduğu bir bilgiye ya da yaşadığı bir duruma farklı bir anlam veya yorum kazandırma sürecidir. Yaşamdaki olaylar genellikle birden fazla bakış açısıyla değerlendirilebilir; bu teknikle hekim, hastayı kendi katı algısının dışına çıkarak alternatif olasılıkları düşünmeye davet eder. Amaç, kişiyi savunmaya iten olumsuz bir yorumu, değişimi destekleyen daha işlevsel ve yapıcı bir perspektife taşımaktır.

Örnek:

• Hasta: Eşim sürekli sigarayı bırakmam gerektiğini söylüyor. Sürekli hatırlatması beni çok bunaltıyor, sanki hiç anlamıyormuş gibi.
• Hekim: Sizin sağlığınız konusunda gerçekten kaygı duyuyor gibi.

Abartılı Yansıtma (Amplified Reflection)

Görüşme sırasında hastanın değişime karşı geliştirdiği dirençli ifadelerle baş etmenin bir yolu da anlatılanın yoğunluğunu bilinçli olarak bir miktar artırarak geri vermektir. Hekim burada hastanın sunduğu argümanı daha uç bir noktaya taşıyarak yansıtır. Bu yöntemin temel amacı, hastanın kendi katı düşüncesini dışarıdan bir ses olarak daha vurgulu bir biçimde duymasını sağlayarak, onu bu keskin fikrini esnetmeye veya dengelemeye davet etmektir. Bu teknikte en hassas nokta, hekimin ses tonunun asla küçümseyici veya iğneleyici (sarkastik) olmamasıdır; yansıtma samimi ve nötr bir tonda sunulmalıdır.

Örnek:

• Hasta: Sigara içmek sağlığıma zarar veriyor olabilir ama bu benim tek tesellim, bırakmayı hiç düşünmüyorum.

• Hekim: Yani sigara sizin hayatınızda öylesine vazgeçilmez bir yere sahip ki, ne pahasına olursa olsun bu alışkanlığı sürdürmek konusunda tamamen kararlısınız.

3.3.5.4. Özetleme

Özetleme, hastanın farklı ifadelerinin bir araya getirilerek bütüncül bir çerçevede yeniden sunulmasıdır. Hekim bu yolla, hastanın söylediklerini yalnızca tekrar etmekle kalmaz; önemli gördüğü noktaları bir araya getirerek hastaya geri yansıtır. Bu durum, hastaya dikkatle dinlendiği ve söylediklerinin önemsendiği mesajını verir. Özetler yalnızca görüşmenin sonunda değil, süreç içinde de kısa "mini özetler" şeklinde kullanılabilir ve konuşmanın yönünü netleştirmeye yardımcı olur.

Örnek:

• "Şu ana kadar sigaranın özellikle stresli anlarda size iyi geldiğini, ama aynı zamanda nefes darlığınızın arttığını ve bunun sizi düşündürdüğünü söylediniz. Sizin için önemli olan başka neler var?"

3.3.5.5. Sonuç: Değişim Yolculuğunda Rehberlik

Motivasyonel görüşme, sigara bırakma polikliniklerinde kullanılabilecek yalnızca bir teknik değil, aynı zamanda bir yaklaşım biçimidir. Bu yöntem hastaya ne yapması gerektiğini söylemekten çok, onun kendi değişim nedenlerini fark etmesine yardımcı olur. Böylece görüşme daha az çatışmalı, daha işbirlikçi ve daha etkili bir hale gelir.

Özellikle sigara bırakma polikliniğinde ya da birinci basamakta çalışan hekimler için bu yaklaşım oldukça değerlidir. Her hasta aynı düzeyde hazır gelmez; ancak doğru iletişim kurulduğunda her görüşme, değişim için bir fırsata dönüşebilir.

KAYNAKÇA

1. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). Motivational interviewing: Helping people change and grow (4th ed.). Guilford Press.

2. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.

3. Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. Guilford Press.

4. Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 91–111. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

5. Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling, 93(2), 157–168. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012

6. Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? Psychology of Addictive Behaviors, 27(3), 878–884. https://doi.org/10.1037/a0030274

7. National Institute on Drug Abuse. (2018). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.). National Institutes of Health.

8. World Health Organization. (2012). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in primary care. World Health Organization.

9. Ögel, K., & Şimşek, M. (2021). Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

10. Acar, T. (2022). Motivasyonel görüşme. T. Acar (Ed.), Tütün bağımlılığı ve tedavisi (1. baskı, ss. 31–35). Türkiye Klinikleri.

11. Albayrak, Z., & Acar, T. (2024). Kısa danışmanlık ve motivasyonel görüşme teknikleri. M. Ç. Apaydın Kaya (Ed.), Aile hekimliği uygulamasında sağlık davranışı değişikliği oluşturma (ss. 16–24). Türkiye Klinikleri.

3.4 DİRENÇLE BAŞ ETME

3.4.1. Direnç Kavramı ve Değişim Modeli

Tütün kullanımı, dünya genelinde önlenebilir morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Sigara kullanan bireylerin önemli bir kısmı bırakmayı istemesine karşın bu süreci sürdürememekte ya da tekrar başlamaktadır. Bu durumun merkezinde yer alan kavramlardan biri dirençtir. Sigarayı bırakmaya karşı direnç, tütün bağımlılığı tedavisinde en zorlu engellerden biri olmaya devam etmektedir. Güncel literatür, direncin yalnızca motivasyon eksikliğinden ibaret olmadığını, daha çok kararsızlığın ve birbiriyle çelişen ödül sistemlerinin birlikteliği olduğunu vurgulamaktadır. Son dönemdeki ampirik çalışmalar direncin psikolojik, nörobiyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığını ve bu durumun çok yönlü müdahale stratejileri gerektirdiğini daha da net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Direnç, yüzeyde bırakmaya yönelik isteksizlik gibi görünse de çoğu zaman bireyin değişim sürecine ilişkin yaşadığı ambivalansın bir yansımasıdır. Güncel çalışmalar, sigara içenlerin sigarayı bırakma hazırlığının değişken olduğunu doğrulamaktadır. 2025 yılında yapılan bir gözlemsel çalışma, sigarayı bırakma istekliliğinin algılanan zarar, alternatif nikotin ürünlerinin kullanımı ve psikolojik hazırlık tarafından güçlü bir şekilde etkilendiğini göstermiş ve direncin sabit bir özellikten ziyade dinamik bir motivasyon durumu olarak anlaşılması gerektiğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, güncellenmiş meta-analitik bulgular, hazırlık aşamalarına göre uyarlanmış müdahalelerin sigarayı bırakma sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirdiğini doğrulamakta ve davranış değişikliği modellerinden türetilen aşama temelli yaklaşımları desteklemektedir.

Tütün kullanıcıları arasında tedaviye karşı direnç kavramına, sigaranın kronik obstrüktif akciğer hastalığı, bağımlılık bozukluğu gibi tıbbi bir hastalığa yol açabileceğine dair farkındalığın olmaması ya da tedavi arayışına rağmen tedaviye olumlu yanıt verilmemesi durumlarında sıkça karşılaşılmaktadır. Farkındalık eksikliğinden kaynaklanan direncin genç sigara kullanıcıları arasında daha yaygın olduğu belirtilmektedir.

Farkındalığı artırmak için verilen bilgilerin nasıl sunulacağı önemli olup, bireyde bir yanıt oluşturacak nitelikte olması beklenmektedir. Tütün kullanıcısı bir bireyin harekete geçip geçmeyeceği, mevcut seçeneklere ve tercihlere de bağlı olacaktır. Örneğin birçok kez bırakmayı denemiş ve başarısız olmuş sigara içicileri ile sigarayı tamamen bırakmak istemeyenleri motive etme olasılığı diğer kullanıcılara kıyasla daha düşük olabilir. Böyle durumlarda bireye özgü yaklaşım belirlemesi, kademeli bırakma gibi alternatifler, hatta zararın en aza indirilmesi bile dikkate alınmalıdır. Nikotin replasmanının yardımıyla sigara içme üzerinde bir miktar kontrol sağlamak, öz yeterliliği ve sigarayı bırakma motivasyonunu artırabilir.

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM

03

Direnç, klasik yaklaşımlarda tedaviye karşı bir engel olarak değerlendirilirken, çağdaş davranış değişikliği modellerinde bireyin içsel çatışmasının bir göstergesi olarak ele alınmaktadır. Özellikle Transtheoretical Model, bireylerin değişime farklı aşamalarda hazır olduklarını ve her aşamada farklı türde direnç gösterebileceklerini ortaya koymaktadır. Değişim Aşamaları Modeli, başlangıçta alkol, madde, tütün gibi bağımlılık ve sorunlu davranışların üstesinden gelmelerine yardımcı olmak amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde ise bu model, değişim terapisinin "öncüsü" haline gelmiş olup yaşamın birçok alanında kullanılmakta olup koruyucu sağlık önlemleri için de uygulanabilmektedir.

Bu modele göre:

• **Pre-Contemplation (Düşünme öncesi) aşamasındaki birey:** Hastalar eylemlerinin sonuçlarının farkında olmayabilir. Bazı bireyler zorla, ısrarla ya da baskı altında tedaviye yönlendirilmiş olabilir. Her koşulda, bu aşamadaki danışanlar genellikle davranışlarını değiştirmeyi düşünmemektedir. Bu aşamadaki direnç sorunların farkında olmamak veya inkâr etmek sayılabilir.
Müdahale stratejileri arasında aktif dinleme, empati gösterme ve danışanın direncine karşı çıkmak yerine onu kabul etme yer alır. Hastalardan mevcut davranışın risklerini analiz etmeleri ve değişmenin olası faydalarını belirlemelerini, davranışlarını yeniden gözden geçirmelerini istenebilir.

• **Contemplation (Düşünme) aşamasındaki birey:** Hastalar bu aşamada sorunlarının farkındadır ancak bir adım atacak kadar kendilerine güven duymayabilirler. Bu aşamadaki dirençler arasında, belirsizlik, çelişkili duygular veya değişim konusunda kararsızlık sayılabilir.
Bu aşamada, hastanın ilerleme yeteneğine umut aşılamak çok önemli bir destek biçimidir. Etkili müdahaleler, bireyin davranışını daha derinlemesine anlamaya yardımcı olmak için kişinin inançlarını sorgulamayı içerebilir. Değişimin önündeki olası engelleri sorgulamak da yararlı olabilir. Hastalara mevcut davranışlarının artılarını ve eksilerini ve değişmenin artılarını ve eksilerini tartmalarını istemek, daha güçlü bir amaç bilinci kazanmalarına yardımcı olabilir.

• **Hazırlık aşamasındaki birey:** Bu aşamada hastalar küçük adımlar atmaya isteklidir, bireyin değişime olan bağlılığı ve bir eylem planı hazırlama istekliliği gözlenebilir. Bu aşamadaki kişiler için küçük, ulaşılabilir hedefler belirlemek çok önemlidir. Stratejik görevler arasında, hastanın yararlanabileceği kaynakları, destekleri ve becerileri belirlemek ve ardından bunlara ulaşmak için bir plan oluşturmasına yardımcı olmak sayılabilir. Hastanın öz yeterliliğini ve değişime olan bağlılığını teşvik etmek önemlidir.

• **Eylem aşamasındaki birey:** Bu aşamadaki hastalar değişim için net planlar geliştirmiş ve bunları uygulamaya koymuşlardır. Hedeflerine ulaşmak için attıkları somut adımlar atmaktadırlar. Hastalar daha aktif oldukça klinisyenlerin rolü daha pasif bir hale gelir. Bu aşamadaki müdahale stratejileri arasında, danışanın motivasyonlarının, kaynaklarının ve ilerlemesinin periyodik olarak gözden geçirilmesi ile başarıların olumlu geri bildirimlerle pekiştirilmesi yer alır.

Hazırlık ve eylem aşamalarında olası dirençler arasında, geri çekilme ve nüks riski olarak ortaya çıkmaktadır.

• **Sürdürüm aşamasındaki birey:** Hastalar sigarayı bırakarak yeni yaşam tarzını en az altı ay sürdürdükten sonra idame/sürdürüm aşamasına geçerler. Bu aşamada bireylerin başa çıkma becerileri ve destek ağları gelişmiş olup, olası tuzaklara karşı hazırlıklıdırlar. Daha çok bir danışman olarak devam eden sağlık profesyoneli, sürdürme aşamasındaki hastalara yalnızca gerektiğinde tavsiye, rehberlik ve destek sağlar. Bu aşamadaki müdahaleler, hastaların aşırı özgüvenin bazen nasıl nüksetmeye yol açtığını fark etmelerine yardımcı olmayı içerebilir. Bu aşamadaki olası bir nüksetmenin yalnızca küçük bir aksilik olduğunu, yıkıcı bir başarısızlık olmadığını vurgulayan bir bakış açısının teşvik edilmesi önemlidir.

• **Nüks aşamasındaki birey:** Yaşam boyu değişikliklerin gerçekleştirilme sürecinde nüksler sıkça görülür. Bu aşamadaki hastalar eski davranışlarına geri dönmüş durumdadır ve hayal kırıklığı, hüsran veya başarısızlık duyguları yaşayabilirler. Müdahale stratejileri ve yapılması gerekenler arasında nüksetme kavramının damgalanmasını önlemek ve normalleştirmek, hastanın nedenini belirlemesine yardımcı olmak ve gelecekte bu tetikleyiciden kaçınmak için bir plan oluşturmak yer alır.
Bu aşamada, hastaların desteklerini, becerilerini ve hedeflerin yeniden hatırlamalarına yardımcı olunur. Nüksün sağladığı öğrenme fırsatı, çoğu zaman bireyin kararlılığını güçlendirir ve yaşam boyu bir değişim olasılığını artırır.

Örnek:
Soru: Önümüzdeki 1 ila 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

C1: Önümüzdeki ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyorum.
C2: Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyorum.
C3: Bir ara sigarayı bırakmayı düşünüyorum, ancak önümüzdeki 6 ay içinde değil.
C4: Kesinlikle sigarayı bırakmayı düşünmüyorum.

Değişim aşamaları şu şekilde örneklendirilebilir:

Düşünme öncesi: Soruya 4 yanıtını veren sigara içenler
Düşünme: Soruya 2 veya 3 yanıtını veren sigara içenler
Hazırlık: Soruya 1 yanıtını veren sigara içenler

Dolayısıyla direnç, statik bir özellik değil; değişim süreciyle birlikte evrilen dinamik bir olgudur. Bu nedenle klinik uygulamalarda direnç, bir "problem" olarak değil, değişim sürecinin doğal ve değerli bir parçası olarak ele alınmalıdır.

3.4.2. Direncin Nörobiyolojik ve Psikolojik Temelleri

Nikotin bağımlılığı, yalnızca davranışsal bir alışkanlık değil, aynı zamanda güçlü bir nörobiyolojik süreçtir. Nikotin, beyinde dopamine ödül sistemi üzerinden etki ederek ödül/haz hissi oluşturur ve bağımlılığı pekiştirir. Kullanım bırakıldığında ise yoksunluk döneminde ortaya çıkan; irritabilite, anksiyete, dikkat güçlüğü, yoğun craving (aşerme) gibi belirtiler, bireyin bırakma sürecine karşı direnç geliştirmesine neden olur. Bu nedenle direnç, yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik bir zorlanmanın da sonucudur.

Tütün kullanımı çoğu birey için stresle baş etme, duygusal regülasyon, sosyal aidiyet, rutin oluşturma belirli psikolojik işlevler görür. Bu işlevler göz önünde bulundurulmadan yapılan bırakma girişimleri sıklıkla başarısızlıkla sonuçlanır. Güncel çalışmalar, sigaranın "işlevsel" yönlerinin hedef alınmasının, bırakma başarısını artırdığını göstermektedir.

Ayrıca bireyin "ben bir sigara içicisiyim/tiryakisiyim" gibi kendilik algısı da dirençte önemli rol oynar. Kimlik temelli direnç, yalnızca davranış değişikliği değil, aynı zamanda benlik dönüşümü gerektirir.

3.4.3. Direnç Yönetimi

Tütün bırakma sürecinde karşılaşılan direnci anlamak ve ele almak önemlidir. Direnç kavramı ile ifade edilen hastaların bir bölümünde, aynı anda hem bırakmak hem de bırakmamak (ambivalans) isteme gözlenir. Yaygın içsel çatışmalar arasında:

- "Zararlı olduğunu biliyorum" vs. "Başa çıkmama yardımcı oluyor"
- "Kontrol istiyorum" vs. "Yoksunluktan korkuyorum"
- "Bırakmalıyım" vs. "Şimdi değil" gibi örnekler yer almaktadır.

Burada temel olarak, dirençle yüzleştirmek yerine, onu anlamak ve keşfetmek önemlidir. Direnç türünün belirlenmesi ile farklı direnç türleri için farklı stratejiler planlanması sağlanabilir.

Tür	Örnek	Müdahale
Bilişsel	"Sigara o kadar da zararlı değil"	Psikoeğitim (kişiye özel, bunaltıcı olmayan)
Duygusal	"Başarısız olmaktan korkuyorum"	Nüksü normalleştirme, utancı azaltma
Davranışsal	"İstekle (aşerme) başa çıkamıyorum"	Beceri eğitimi, farmakoterapi
Kimlik Temelli	"Ben bir sigara tiryakisiyim"	Kimlik yeniden çerçeveleme

Tütün bırakma sürecinde direnç yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda nörobiyolojik bir temele de sahiptir. Bu nedenle direnç yönetiminde farmakolojik destek, psikososyal müdahalelerle birlikte ele alınmalıdır.

3.4.3.1. Dirençle Başa Çıkmada Kullanılan Temel Müdahaleler

Davranışsal yaklaşımlar genellikle sigara bırakma profesyonelleri tarafından dört ila sekiz seans süren bir program kapsamında sunulur. Hem yüz yüze hem de online danışmanlığın sigara bırakma ilaçlarını da kullanan hastalar için yararlı olduğu görülmüştür. Sigara bırakma danışmanlığı konusunda çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Tütün bırakma alanında yapılan güncel çalışmalar dirençle baş etmede, hasta merkezli ve motivasyon artırıcı yaklaşımların daha etkili olduğunu göstermektedir.

Motivasyonel Görüşme Teknikleri: Direnç yönetiminde en etkili yaklaşımlardan biri Motivasyonel Görüşmedir (MG). Bu yaklaşım, direnci kırmaya çalışmak yerine onunla çalışmayı hedefler. Motivasyonel görüşme ile hastaların sigarayı bırakma konusundaki kararsızlıklarını keşfetmelerine ve çözmelerine yardımcı olunur ve sağlıklı değişiklikler yapma motivasyonlarını artırılır. MG hasta odaklı ve çatışmacı olmayan bir yaklaşımdır; hizmet verenler, hastaların hedefleri veya değerleri ile mevcut davranışları arasındaki tutarsızlıklara dikkat çekerler. Hastaların değişime karşı direncine uyum sağlarlar ve öz yeterlilik ile iyimserliği desteklerler. MG ile ilgili çalışmalar, bu müdahalenin sigarayı bırakma konusunda verilen kısa tavsiyelere veya olağan desteğe kıyasla daha yüksek bırakma oranları sağladığını göstermektedir.

MG uygulanırken empati gösterilmesi ve yargılamadan kaçınılması önemlidir. Örneğin: "Artık bırakmalısın" yerine, "Sigara içmenin stresi yönetmenize yardımcı olduğunu anlıyorum, ancak bir yandan da sonuçlarından endişeleniyorsun" gibi bir ifadenin kullanılması uygun olacaktır.

Çelişki geliştirilmesi, uyumsuzluğun ortaya konması önemli bir adımdır. Bu aşamada hastanın değerleri ve davranışları arasındaki farkı görmesine yardımcı olunur.
Örnek: "Sigara içmek sağlığınız/ailenizle ilgili hedeflerinizle nasıl örtüşüyor?"

Dirençle başa çıkma sürecinde, dirençle birlikte ilerlenmesi de temel hususlar arasında yer alır. Örneğin, hasta "Hazır değilim" dediğinde, yanıt olarak: "Sorun değil, hazır hissetmeniz için neyin değişmesi gerekiyor?" ifadesi kullanılabilir.

Öz yeterliliğin desteklenmesi, geçmiş başarıların (küçük olanlar bile) vurgulanması önemlidir. Özellikle MG temelli müdahalelerin, sigara bırakma sürecinde hem motivasyonu hem de bırakma oranlarını artırdığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin, randomize kontrollü bir çalışmada MG uygulanan grupta sigarayı bırakma oranı %37,6 iken kontrol grubunda %9,4 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, gebelerde yürütülen bir çalışmada MG temelli müdahale ile bırakma oranlarının %58,1'e ulaştığı bildirilmiştir. Meta-analitik veriler de bu bulguları desteklemektedir. 2024 yılında yayımlanan bir meta-analizde, motivasyonel görüşmenin kısa vadeli bırakma başarısı üzerinde anlamlı etkisi olduğu ve birçok davranışsal müdahaleden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum, direncin doğrudan kırılmaya çalışılmasından ziyade, bireyin içsel motivasyonunun güçlendirilmesinin daha etkili bir strateji olduğunu ortaya koymaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Teknikleri: Bilişsel Davranışçı Terapi, hastaların davranışlarını tetikleyen unsurları (kişileri, yerleri ve nesneleri) belirlemelerine yardımcı olur ve onlara, stresli durumlar ve tetikleyiciler karşısında sigara içmekten kaçınmak için nüks önleme becerileri (örneğin gevşeme teknikleri) ile etkili başa çıkma stratejileri öğretir. BDT ile diğer temel sağlık eğitimini karşılaştıran çalışmalarda, her iki müdahalenin de nikotin bağımlılığını azalttığı ancak yoğun BDT uygulanan hastaların daha yüksek bırakma oranlarına sahip olduğu gösterilmiştir.

Mindfulness (Farkındalık) temelli sigara bırakma tedavilerinde ise hastalar, nüksetmeye yol açabilecek duyumlar, düşünceler ve istekler konusunda farkındalıklarını artırmayı ve bunlardan mesafe koymayı öğrenirler. Bu terapide hastalar, tütün için istek ve dürtüleri tetikleyen düşüncelere bilinçli olarak odaklanır ve bunları bilişsel olarak "beklenen ve tolere edilebilir" olarak yeniden çerçevelendirirler. Hastalara, tütün kullanımına veya diğer sağlıksız davranışlara geri dönmeden stres ve istek dahil olmak üzere olumsuz duyguları tolere etmelerine yardımcı olacak teknikler öğretilir. Farkındalık temelli tedavilere olan ilgi son yıllarda artmış olup, yapılan araştırmalar, bu yaklaşımın genel ruh sağlığına fayda sağladığını ve sigaraya yeniden başlamayı önlemeye yardımcı olabileceğini göstermektedir.

3.4.3.2. Direnç ve Farmakolojik Yaklaşımlar

Direnç yönetiminde biyolojik bileşenin ele alınması kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, Nikotin Replasman Tedavisi, Vareniklin, Bupropion ve Stilizin gibi tedaviler, yoksunluk belirtilerini azaltarak direncin önemli ölçüde azalmasını sağlar.

Nikotin Replasman/Yerine Koyma Tedavisi (NRT): Transdermal bant, sprey, sakız ve pastiller dahil olmak üzere çeşitli formülasyonlarda kullanılan nikotin NRT'leri mevcuttur ve bunlar sigarayı bırakma konusunda birbirine yakın derecede etkilidir. NRT'ler, nikotinin hedef aldığı beyin reseptörlerini uyararak, nikotin yoksunluk belirtilerini ve nüksetmeye yol açan nikotin isteğini hafifletmeye yardımcı olur. Birçok kişi, sigarayı bırakmanın ilk aşamalarını atlatmak için NRT kullanır ve daha şiddetli nikotin bağımlılığı olan kişiler, daha uzun süreli tedaviden fayda görebilir. NRT kullanımına davranışsal tedavilerin eklenmesi bırakma oranlarını daha da artırır. Transdermal bant formuna başka bir nikotin formunun (örn. pastil, sakız, burun spreyi, inhaler) kombinasyonunun, yoksunluk belirtilerini ve sigara içme isteğini gidermede tek bir NRT türünden daha etkili olduğu bulunmuştur. Nikotin replasman tedavisinin (NRT) tüm formlarının, plasebo veya NRT uygulanmayan kontrol grubuna kıyasla uzun vadeli tütün bırakma konusunda daha etkili olduğuna dair yüksek güvenilirlikte kanıtlar mevcuttur.

Vareniklin: Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin kısmi agonistidir. Aktive edildiğinde, bu reseptörler beynin ödül merkezi olan nükleus akumbens'te dopamin salgılar, böylece aşermeyi ve diğer yoksunluk belirtilerini azaltır. Ayrıca, nikotinin bu reseptörlere bağlanmasını engelleyerek tütün kullanımından elde edilen ödül deneyimini de azaltır. Meta-analitik çalışmalar, özellikle vareniklinin tek başına ya da kombinasyon tedavilerinde yüksek bırakma oranları sağladığını göstermektedir.

Bupropion: Uzun etkili salımlı bupropion SR, tütün bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir antidepresan ajandır. Nikotin bazlı olmayan bir tedavi olup, tütün bırakma sürecinde yoksunluk belirtilerini ve sigara içme isteğini hafifletmeye yardımcı olur. Hem dopaminerjik hem de adrenerjik etkilere sahiptir ve nikotinik asetilkolin reseptöründe antagonist gibi görünmektedir. Birçok ülkede tütün bırakmaya yardımcı bir reçeteli ilaç olarak ruhsatlandırılmıştır. Bupropionun, plasebo veya farmakolojik tedavi uygulanmamasına kıyasla uzun vadeli sigara bırakma oranlarını artırdığına dair yüksek güvenilirlikte kanıtlar mevcuttur.

Sitizin: Birçok bitki cinsinde doğal olarak bulunan bir alkaloiddir. Tıbbi olarak tütün bırakmaya yardımcı olmak için kullanılmıştır. Moleküler yapısı nikotin ve varenikline benzerlik gösterir ve benzer farmakolojik etkilere sahiptir. Sitizin, nikotinik asetilkolin reseptörlerinin kısmi bir agonistidir.Tütün kullanma isteğini azaltır ve nikotin yoksunluk belirtilerinin şiddetini azaltırken, aynı zamanda tütün kullanımının verdiği ödül hissini de azaltır. Sitizinin, sigara içenlerin 6 ay veya daha uzun süre sigarayı bırakmalarına destek olma konusunda plasebo/müdahalesiz/olağan takibe kıyasla daha etkili olduğuna dair orta düzeyde kanıt vardır.

İlaç kombinasyonları: Bazı çalışmalar, NRT'nin diğer ilaçlarla birleştirilmesinin sigarayı bırakmayı kolaylaştırabileceğini göstermektedir. Örneğin, bir meta-analiz, vareniklin ile NRT'nin birleştirilmesinin daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde, NRT'ye bupropionun eklenmesinin de sigarayı bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir. NRT bandı kullanarak sigarayı önemli ölçüde azaltamayan sigara içenler için, bupropion ile vareniklinin birleştirilmesi, özellikle erkekler ve nikotine ciddi şekilde bağımlılığı olanlar için plasebodan daha etkili olmuştur.

Araştırmalarda, genetik farklılıklar da dahil olmak üzere önemli bireysel biyolojik farklılıklara dayalı olarak tedaviyi kişiselleştirmenin önemi belirtilmektedir. Farmakogenetik alanda yapılan çalışmalarda, bireylerin çeşitli genlerdeki farklılıklar nedeniyle nikotini farklı hızlarda metabolize edebildiği gösterilmektedir. Nikotini hızlı metabolize eden bireylerin daha fazla sigara içtiği, daha fazla bağımlılık görüldüğü ve sigarayı bırakmakta daha fazla zorluk çektikleri belirtilmektedir. Bu tür genetik varyasyon, NRT ve diğer sigara bırakma ilaçlarına verilen terapötik yanıtları etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, nikotini yavaş, normal ve hızlı metabolize eden bireyler plasebo, NRT veya vareniklin tedavileri verilerek, tedaviden 1 hafta sonraki yoksunluk oranları karşılaştırılmıştır. Vareniklinin normal nikotin metabolizmasına sahip kişilerde en iyi sonucu verdiğini, NRT bantlarının ise yavaş metabolizmaya sahip kişilerde en etkili olduğunu göstermiştir.

Yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alındığında direncin de genellikle azalacağı bildirilmektedir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda farmakolojik tedavilerde yapılacak bireye özgü düzenlemelerin sigara bıraktırma oranları üzerine olumlu etkiler yaratabileceği anlaşılmaktadır. Hastanın bırakma oranlarında artış sağlanabilmesi ve tedaviye dair direnç gelişmemesi açısından bireyin ihtiyacına en uygun farmakolojik yaklaşımın belirlenmesi önemlidir.

3.4.4. Dirençle Baş Etme için Stratejiler

3.4.4.1. Tütün Aşermesi ile Baş etmek

Nikotin aşermesi ilk haftalardan sonra daha kolay kontrol edilebilir hale gelmektedir, ancak bazen tamamen ortadan kalkmamaktadır. Bu durum karşılaşılan ve müdahale edilmesi gereken zorlu durumlar arasında önceliklidir.

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE DAVRANIŞSAL YAKLAŞIM

03

Sigara kullanıcılarında, her kullanılan tütün ürünlerinin ardından vücuda alınan nikotin ile beynin ödül sistemi harekete geçmektedir. Bireyler zaman içerisinde bu tetikleyiciye karşı bir bağımlılık geliştirmektedir. Sigara kullanımı sürecinde sadece nikotine karşı değil aynı zamanda sigara içme davranışına da alışılmaktadır. Kimyasal bağımlılık ile sigara içme etrafında oluşan alışkanlıklar bir araya geldiğinde, sigarayı bırakmayı zorlaşmaktadır.

• Bireye uygun nikotin replasman tedavisinin kullanılması: Bazı sigara bırakma tedavilerinin ihtiva ettiği nikotin miktarı değişkenlik göstermektedir. Örneğin, nikotin bantları, nikotin sakızları, pastilleri ve burun spreyleri. Kişiye uygun olan en uygun kombinasyonun hangisi olduğu netleştirilmelidir. Günlük kullanım miktarına göre seçilecek olan replasman tedavisi de kılavuzlara uygun olarak ayarlanmalıdır.

• Nikotin veya tütün kullanma dürtüsünü tetikleyicilerin tespit edilmesi: Bireyin nikotin veya tütün kullandığı sırada nasıl hissettiği ya da ne yaptığı, zamanla beyinde birbiriyle ilişkilendirilir. Örneğin, tütün veya nikotin kullanan kişilerle birlikte iş molası veriliyorsa, o anda ya da bu kişilerle birlikteyken bir istek duyulabilir. Bu nedenle tetikleyicileri bilmek ve bunlarla nasıl başa çıkılacağını planlamak önemlidir. Gün içinde karşılaşılan tetikleyicileri ve her biriyle nasıl başa çıkılabileceğini yazarak planlamak yardımcı olabilir. Ayrıca, bu dönemde bireye yardımcı olabilecek kişilerin bir listesini hazırlamak da faydalı olabilir.

• Nikotin veya tütün aşermesi hafifleyene kadar dikkati değiştirmek: Nikotin aşermesi çok şiddetli olabilir, ancak genellikle birkaç dakika içinde hafifler. Sigara içme veya nikotin kullanma isteğinin zirveye ulaşacağını ve ardından azalacağını kendi kendine söylemek, 10 dakikalık bir alarm kurmayı denemek ve ardından dikkati başka yöne çekecek veya hoşa gidecek bir aktivite seçmek öneriler arasındadır. Ayrıca sigara içmenin veya tütün ya da nikotin ürünlerinin kullanımının yasak olduğu bir yere gidilebilir. Sigarayı bırakma nedeni yazmak ve aşerme sırasında bu nedene bakmak da istekle başa çıkmaya yardımcı olabilir.

• Tütün veya nikotini, sakız ya da sağlıklı bir atıştırmalık ile değiştirmek: İsteği yatıştırmak için ağızda meşguliyet sağlanması önerilmektedir. Şekersiz sakız çiğnemek, çiğ havuç, nane şekeri veya kuruyemiş gibi besinler atıştırmak seçenekler arasındadır. Bazı kişiler bir bardak su içmenin de bu isteği kontrol etmeye yardımcı olduğunu fark ederler.

3.4.4.2. Küçük Hedefler ve Destekleyici Aktiviteler

Bu süreçte büyük kararlar yerine küçük hedeflere odaklanmak önemlidir. "Tamamen bırak" yerine şunları denemek yararlı olabilir:

Örneğin:
"İlk sigarayı 30 dakika erteleyebilir misin"
"Bir gün sigarasız geçirmeyi deneyebilir misin?" gibi yaklaşımlar psikolojik direnci azaltır.

Bireyin değerleri ile davranışı arasında bağlantı kurmak da direncin azalmasında etkili olabilir.

Örneğin:
"Neden bırakmalısın?" yerine
"Senin için bırakmanın en önemli nedeni ne olabilir?" Sorusu tercih edilebilir.

Bireylerin tütünü bırakırken daha çabuk sinirlenebildiği, endişeli, gergin ya da daha kırılgan olabildiği bilinmektedir. Bu duyguların etkisini hafifletmek için, zevk alınan bir fiziksel aktivite yapılması önemlidir. Örneği, on dakikalık yürüyüşler, sigara içme isteğini azaltabilmektedir. Nefes egzersizleri, gevşeme, yoga, masaj veya sakinleştirici müzik dinleme gibi relaksasyon yöntemleri de tütün bırakma ile ortaya çıkan stresi hafifletebilir.

3.4.4.3. Nüksü Önleyici Planlama Yapmak

Sigarayı bıraktıktan sonraki altı ay içinde tekrar başlamak yaygın bir durumdur. Ancak, sigarayı bırakma sürecinde farmakolojik ve psikososyal destek ile iyi bir tedavi planlaması yapılabilir. Uzun vadede bireye hangi ürünlerin daha uygun olabileceğini, olası yan etkilerini ve bunların ne kadar süre kullanılması gerektiğini belirtmek önemlidir.

Olası bir nüks durumunda görülen direnç genellikle başarısızlık korkusundan kaynaklanır.

Örneğin:
"Başarısız oldun" yerine
"Bu yaşanan durum, tetikleyicilerin hakkında bize ne öğretti?" şeklinde yaklaşım uygun olacaktır. Bu ifade şekli, nüks önleme modelleriyle uyumludur. Tütünü kullanmayı neden bırakmak istendiği (ör. daha iyi hissetmek, daha sağlıklı olmak, sevdiklerini pasif içiciliğin zararlarından korumak, para tasarrufu yapmak vb.) ve bırakmanın faydalarının hatırlatılması bu süreçte faydalı olmaktadır.

Sonuç olarak, tütün bırakma sürecinde direnç, ortadan kaldırılması gereken bir engel değil; anlaşılması gereken bir süreçtir. Güncel literatür, dirençle başa çıkmada en etkili yaklaşımın biyopsikososyal müdahalelerin, hasta merkezli ve motivasyon temelli modeller ile bütünleştirilmesi olduğunu göstermektedir. Direncin doğru yönetilmesi, bırakma oranlarını artırmakta, nüks oranlarını azaltmakta ve uzun vadeli iyileşmeyi desteklemektedir.

KAYNAKÇA

1. Aubin H-J, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. Br J Clin Pharmacol. 2014;77(2):324-336. doi:10.1111/bcp.12116.

2. Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. New England Journal of Medicine, 362(24), 2295-2303.

3. Bhadauria, U. S., Sachdeva, A., Priya, H., Chawla, A., Chahar, P., & Singh, R. J. (2025). Quality Assessment of Guidelines on Tobacco Cessation: A Systematic Review. Tobacco Use Insights, 18, 1179173X251370212.

4. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2018). Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation or Reduction: A Review of the Clinical Evidence. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014.

5. Carpenter MJ, Jardin BF, Burris JL, et al. Clinical strategies to enhance the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a review of the literature. Drugs. 2013;73(5):407-426. doi:10.1007/s40265-013-0038-y.

6. Chang P-H, Chiang C-H, Ho W-C, Wu P-Z, Tsai J-S, Guo F-R. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 2015;15:689. doi:10.1186/s12889-015-2055-0.

7. Douaihy AB, Kelly TM, Sullivan C. Medications for substance use disorders. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):264-278. doi:10.1080/19371918.2013.759031.

8. Fagerström, K. O. (1999). Interventions for treatment-resistant smokers. Nicotine & Tobacco Research, 1(Suppl_2), S201-S205.

9. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):CD000031. doi:10.1002/14651858.CD000031.pub4.

10. Kaduri P, Voci S, Zawertailo L, Chaiton M, McKenzie K, Selby P. Real-world effectiveness of varenicline versus nicotine replacement therapy in patients with and without psychiatric disorders. J Addict Med. 2015;9(3):169-176. doi:10.1097/ADM.0000000000000111.

11. Lerman C, Schnoll RA, Hawk LW, et al. Use of the nicotine metabolite ratio as a genetically informed biomarker of response to nicotine patch or varenicline for smoking cessation: a randomised, double-blind placebo-controlled trial. Lancet Respir Med. 2015;3(2):131-138. doi:10.1016/S2213-2600(14)70294-2.

12. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3.

13. Lindson, N., Klemperer, E., Hong, B., Ordóñez-Mena, J. M., & Aveyard, P. (2019). Smoking reduction interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9).

14. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Helping people change. Guilford press.

KAYNAKÇA

15. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2024). Why motivational interviewing is a person-centered approach. Sucht.

16. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Thorlund K, Puhan M, Ebbert JO. Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. Ann Med. 2012;44(6):588-597. doi:10.3109/07853890.2012.705016.

17. Pascual FP, Fontoba Ferrándiz J, Gil Sanchez MC, Ponce Lorenzo F, Botella Estrella C. Two-Year Therapeutic Effectiveness of Varenicline for Smoking Cessation in a Real World Setting. Subst Use Misuse. 2016;51(2):131-140. doi:10.3109/10826084.2015.1018547.

18. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of consulting and clinical psychology, 51(3), 390.

19. Raihan, N., & Cogburn, M. (2023). Stages of change theory. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

20. Raja M, Saha S, Mohd S, Narang R, Reddy LVK, Kumari M. Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trail. J Clin Diagn Res JCDR. 2014;8(4):ZC47-ZC49. doi:10.7860/JCDR/2014/8015.4279.

21. Rose JE, Behm FM. Combination treatment with varenicline and bupropion in an adaptive smoking cessation paradigm. Am J Psychiatry. 2014;171(11):1199-1205. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13050595.

22. Schnoll, R. A., Goelz, P. M., Veluz-Wilkins, A., Blazekovic, S., Powers, L., Leone, F. T., ... & Hitsman, B. (2015). Long-term nicotine replacement therapy: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine, 175(4), 504-511.

23. Schöttl, S. E., Insam, K., Frühauf, A., Kopp-Wilfling, P., Holzner, B., & Kopp, M. (2024). Acute effects of outdoor and indoor walking on cigarette cravings, withdrawal symptoms and affective response during temporary smoking abstinence. Psychopharmacology, 241(4), 739-752.

24. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub2.

25. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub4.

26. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD009670. doi:10.1002/14651858.CD009670.pub3.

KAYNAKÇA

27. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. Subst Use Misuse. 2014;49(5):513-524. doi:10.3109/10826084.2014.891845.
28. World Health Organization. (2024). WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. World Health Organization.

3.5 SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE DAVRANIŞSAL TEDAVİLER

Tütün bağımlılığı; nikotinin farmakolojik etkilerinin yanı sıra öğrenilmiş davranışlar, çevresel uyaranlar, günlük rutinler, duygusal durumlar ve sosyal etkenlerle sürdürülen kronik ve yineleyici bir durumdur. Bu nedenle sigara bırakma tedavisinde yalnızca nikotin yoksunluğunun kontrol edilmesi değil, sigara kullanımıyla ilişkili davranış örüntülerinin belirlenmesi ve değiştirilmesi de önemlidir.

Davranışsal tedavilerin temel amacı; bireyin sigara içme davranışını sürdüren tetikleyicileri tanımasını, aşerme ve yoksunluk belirtileriyle etkili biçimde baş etmesini, sigara içmeden stres ve olumsuz duyguları yönetebilmesini, öz yeterliliğini artırmasını ve nüks riskini azaltmasını sağlamaktır.

Tütün kullanan tüm bireylere, bırakma sürecinin uygun bir aşamasında davranışsal destek sunulmalıdır. Davranışsal desteğin yoğunluğu; bireyin bağımlılık düzeyi, bırakmaya hazır oluşu, önceki bırakma girişimleri, nüks öyküsü, eşlik eden hastalıkları, tercihleri ve mevcut sağlık hizmeti olanakları dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.

Davranışsal tedaviler tek başına etkili olmakla birlikte, uygun hastalarda farmakolojik tedavi ile birlikte uygulanması bırakma başarısını artırır. Bu nedenle kontrendikasyon bulunmayan ve farmakolojik tedavi kullanmayı kabul eden bireylerde davranışsal destek ve farmakoterapinin birlikte uygulanması temel tedavi yaklaşımı olarak değerlendirilmelidir.

3.5.1. Kısa Davranışsal Müdahale

Sağlık hizmetine başvuran tütün kullanıcılarında zamanın sınırlı olduğu durumlarda dahi kısa bir bırakma müdahalesi yapılmalıdır. Kısa danışmanlık, rutin klinik görüşmenin bir parçası olarak uygulanabilir.

- Tütün kullanım durumu değerlendirilir.
- Açık, kişiselleştirilmiş ve yargılayıcı olmayan bir bırakma önerisi sunulur.
- Bırakma isteği ve hazır oluş düzeyi değerlendirilir.
- Bırakmaya hazır birey uygun davranışsal ve farmakolojik tedaviye yönlendirilir.
- Bırakmaya hazır olmayan bireyde motivasyon desteklenir ve sonraki başvurularda yeniden değerlendirme yapılır.

Kısa müdahalenin amacı kapsamlı bir psikoterapi uygulamak değil, her sağlık başvurusunu bırakma girişimini başlatmak veya güçlendirmek için bir fırsata dönüştürmektir.

3.5.2. Yoğun Davranışsal Destek

Bırakmaya istekli bireylere, olanaklar ölçüsünde daha yoğun davranışsal destek sunulmalıdır. Yoğun destek; bireysel yüz yüze danışmanlık, grup danışmanlığı, telefonla danışmanlık ve uygun durumlarda dijital destek biçiminde uygulanabilir.

- Bırakma planının ve bırakma tarihinin oluşturulması
- Tetikleyicilerin ve yüksek riskli durumların belirlenmesi
- Aşerme ve yoksunlukla baş etme becerilerinin geliştirilmesi
- Problem çözme ve stres yönetimi
- Sosyal desteğin güçlendirilmesi
- Öz yeterliliğin desteklenmesi
- Nüks önleme planının oluşturulması

3.5.3. Tetikleyicilerin Belirlenmesi ve Yönetimi

Bireyin sigara içme isteğini artıran çevresel, duygusal ve davranışsal tetikleyiciler birlikte belirlenmelidir. Kahve veya alkol tüketimi, yemek sonrası dönem, araç kullanma, sosyal ortamlar, diğer kişilerin sigara içmesi, stres, öfke, kaygı, sıkıntı ve yerleşik günlük rutinler sık karşılaşılan tetikleyicilerdir.

Bireyin kendi tetikleyicilerini tanıması ve her bir tetikleyici için önceden belirlenmiş alternatif davranışlar geliştirmesi desteklenmelidir.

3.5.4. Aşerme ile Baş Etme: GKKDY

Aşermenin çoğunlukla geçici olduğu açıklanmalı ve bireye istek ortaya çıktığında kullanabileceği pratik yöntemler öğretilmelidir.

Basamak	Uygulama
Geciktir (D)	Sigara içme davranışını ertele.
Kaç (E)	Mümkünse tetikleyici ortamdan uzaklaş.
Kaçın (A)	Özellikle erken dönemde yüksek riskli durumlardan kaçın.
Dikkati dağıt (D)	Yürüme, başka bir işle uğraşma, sosyal iletişim veya uygun fiziksel aktivite gibi alternatiflere yönel.
Yerine koy (S)	Sigara içme davranışının yerine sağlıklı ve güvenli alternatif davranışlar geliştir.

3.5.5. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel-davranışçı yaklaşımda bireyin sigara kullanımıyla ilişkili düşünce, duygu ve davranış örüntülerinin fark edilmesi ve değiştirilmesi amaçlanır.

- Sigara kullanımını tetikleyen durumların tanımlanması
- Otomatik düşüncelerin fark edilmesi
- Yüksek riskli durumların önceden belirlenmesi
- Alternatif davranışların geliştirilmesi
- Problem çözme becerilerinin güçlendirilmesi
- Stres yönetimi ve nüks önleme

"Bir tane sigara içmekten bir şey olmaz", "sigara olmadan stresimi yönetemem" veya "daha önce bırakamadım, yine başaramam" gibi bırakma sürecini zorlaştırabilecek düşünceler bireyle birlikte değerlendirilerek daha işlevsel baş etme yaklaşımlarının geliştirilmesi desteklenmelidir.

3.5.6. Problem Çözme ve Beceri Eğitimi

Bireyle birlikte "Bu durum ortaya çıktığında ne yapacağım?" sorusu üzerinden kişisel bir baş etme planı oluşturulabilir.

Tetikleyici	Planlanan davranış
Kahve	İçeceği veya rutini değiştirme
Yemek sonrası	Kısa yürüyüş / diş fırçalama
Sigara içilen sosyal ortam	Özellikle erken dönemde ortamdan kaçınma
Stres	Nefes egzersizi / kısa fiziksel aktivite
Aşerme	GKKDY stratejisinin uygulanması

Amaç tetikleyicilerin tümünü ortadan kaldırmak değil, bireyin sigara kullanmadan bu durumlarla baş edebilme becerisini geliştirmektir.

3.5.7. Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik

Bireyin onayı doğrultusunda aile üyeleri ve yakın çevresi sürece dahil edilebilir. Yakın çevrenin, bireyin yanında sigara içmemesi veya tütün ürünü teklif etmemesi; bırakma girişimini desteklemesi ve zorlandığı dönemlerde eleştirmek yerine destekleyici olması teşvik edilmelidir. Ev ve araçların dumansız hale getirilmesi önerilmelidir.

Geçmişi bırakma girişimleri başarısızlık olarak değil, yeni bir plan için bir öğrenme fırsatı olarak ele alınmalıdır. Hangi yöntemlerin işe yaradığı ve nüksün hangi koşullarda gerçekleştiği değerlendirilerek bireyin öz yeterliliği güçlendirilmelidir.

3.5.8. Nüksün Önlenmesi

Nüks önleme, bırakma planının başlangıcından itibaren tedavinin bir parçası olarak ele alınmalıdır. Her izlemde aşerme, yoksunluk belirtileri, tedaviye uyum, tetikleyiciler, stresli yaşam olayları, sosyal destek ve nüks açısından riskli durumlar değerlendirilmelidir.

Bir kayma meydana gelmesi durumunda bunun tedavinin tamamen başarısız olduğu şeklinde yorumlanmaması gerektiği vurgulanmalıdır. Kaymaya yol açan durum değerlendirilerek plan güçlendirilmelidir. Nüks geliştiğinde birey yargılanmamalı; nedenler değerlendirilerek yeni bırakma girişimi mümkün olan en kısa sürede planlanmalıdır.

3.5.9. Telefon ve Dijital Davranışsal Destek

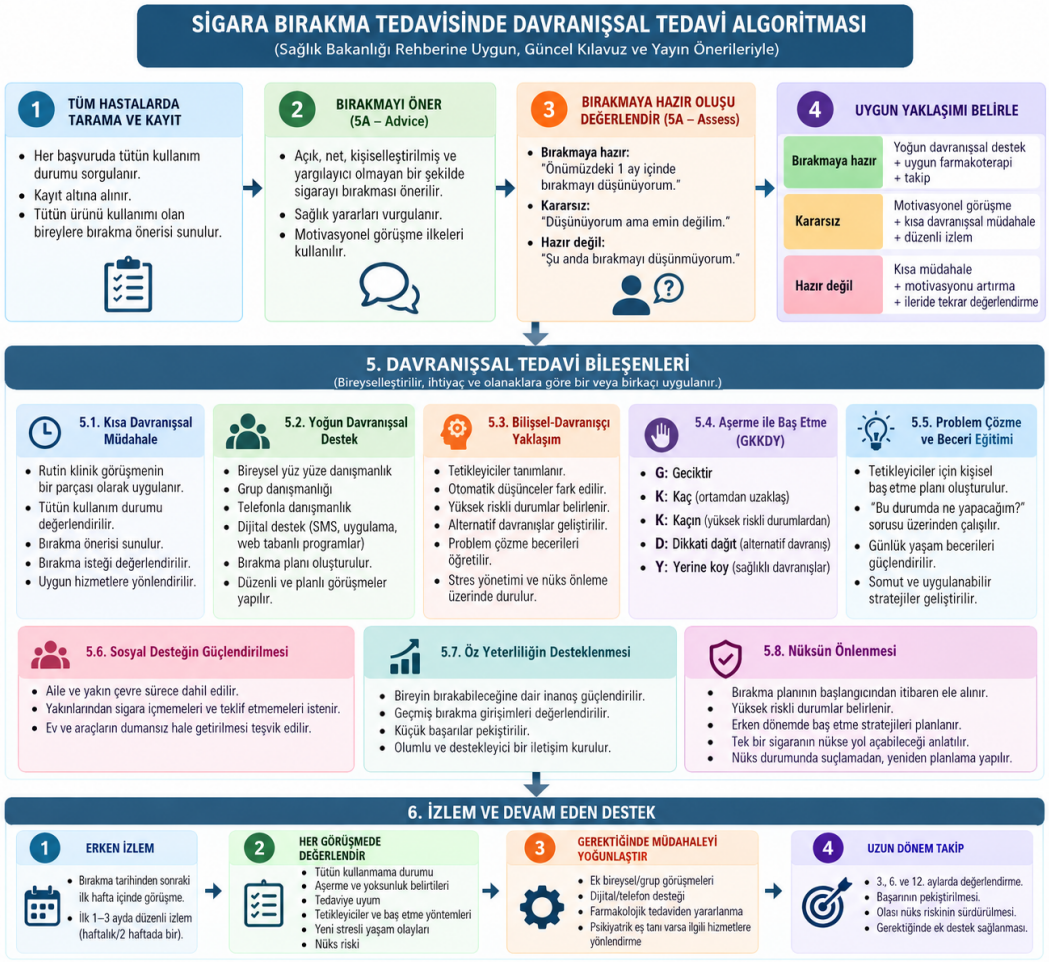
Yüz yüze danışmanlığa ek olarak telefon danışmanlığı, kısa mesaj programları, internet tabanlı bırakma programları ve akıllı telefon uygulamaları da kullanılabilir. Bu yöntemler özellikle yüz yüze hizmetlere erişimin sınırlı olduğu durumlarda veya yüz yüze tedavinin tamamlayıcısı olarak değerlendirilebilir. Dijital müdahalelerin kanıta dayalı olması, kullanıcı gizliliğini koruması ve mümkün olduğunda profesyonel sağlık hizmetleriyle bağlantılı olarak yürütülmesi tercih edilmelidir.

3.5.10. Telefon ve Dijital Davranışsal Destek

Davranışsal destek tek görüşmeyle sınırlı kalmamalıdır. Özellikle bırakma sonrası erken dönemde yakın izlem yapılmalı; tütün kullanmama durumu, aşerme ve yoksunluk belirtileri, farmakolojik tedaviye uyum, karşılaşılan güçlükler, tetikleyiciler, baş etme yöntemleri ve nüks riski değerlendirilmelidir. Başarı pekiştirilmeli; gerektiğinde davranışsal desteğin yoğunluğu artırılmalıdır.

Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışsal Tedavi Algoritması

Klinik uygulama akışı: Tütün kullanıcısını belirle → bırakmayı öner → hazır oluşu değerlendir → bırakma planı oluştur → tetikleyicileri belirle → baş etme becerilerini öğret → uygun farmakoterapiyi değerlendir → davranışsal destek ve farmakoterapiyi birlikte uygula → erken ve düzenli izlem yap → her görüşmede nüks riskini değerlendir.



Şekil. Sigara bırakma tedavisinde davranışsal tedavi algoritması.

Temel Klinik İlkeler

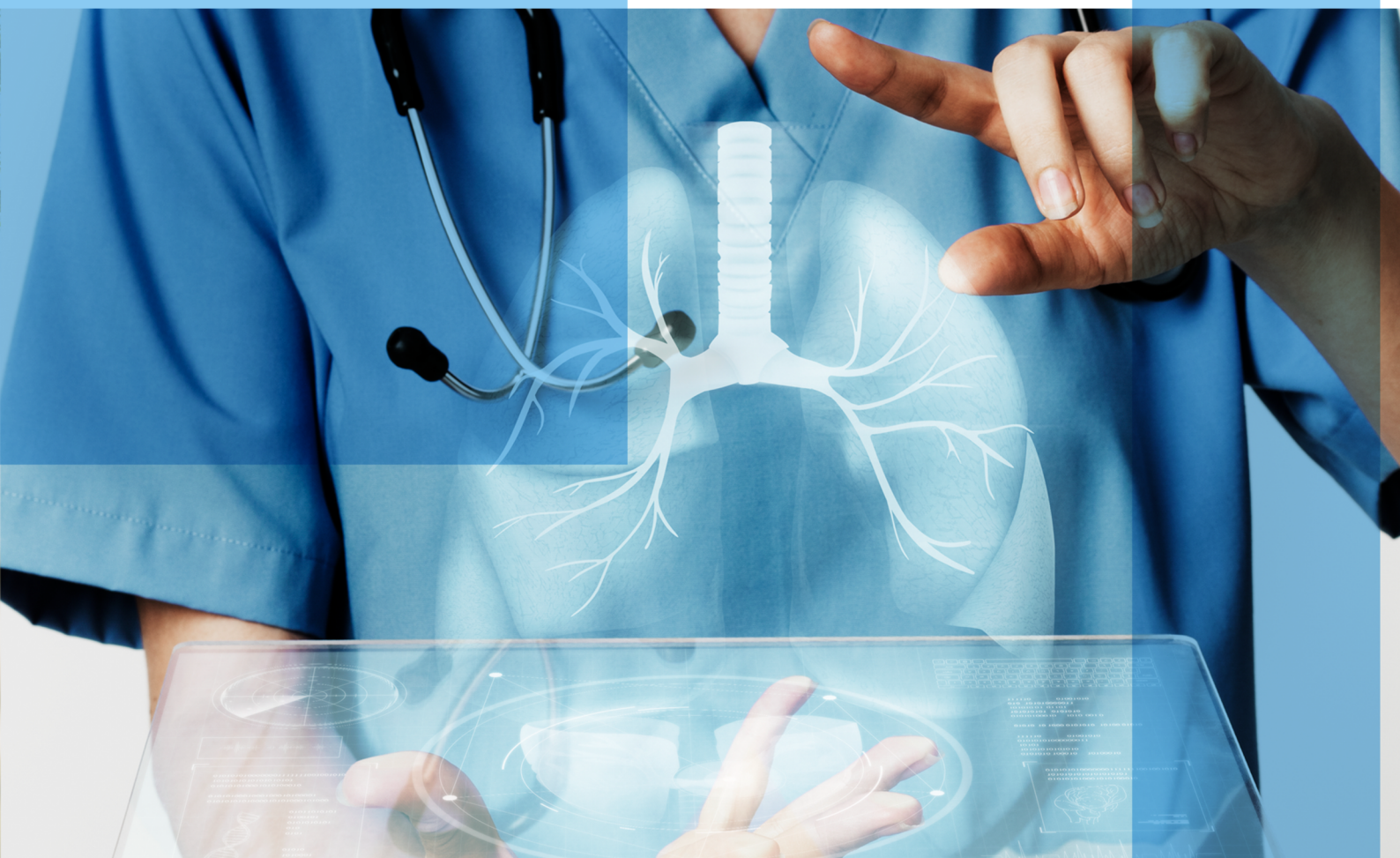
- Her tütün kullanıcısına en az kısa davranışsal müdahale sunulmalıdır.
- Bırakmaya hazır bireylerde davranışsal destek, uygun farmakoterapi ile birlikte planlanmalıdır.
- Yoğun davranışsal destek bireysel, grup, telefon veya uygun dijital yöntemlerle verilebilir.
- Tetikleyici yönetimi, aşerme ile baş etme, problem çözme, öz yeterlilik ve nüks önleme tedavinin temel bileşenleridir.
- İzlem özellikle bırakmanın erken döneminde yoğunlaştırılmalı ve uzun dönemde sürdürülmelidir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO Clinical Treatment Guideline for Tobacco Cessation in Adults. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE guideline NG209. Updated 2025.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığı Tedavisi El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2026.
4. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. Am J Prev Med. 2008;35(2):158-176.

04

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM



SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

04

Doç. Dr. Yağmur Gökseven Arda, Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Sigara bırakma tedavisinde farmakolojik yaklaşımlar, nikotin yoksunluk semptomlarının kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır. Nikotin bağımlılığının tedavisinde kullanılan başlıca farmakolojik ajanlar nikotin replasman tedavileri (NRT), vareniklin, bupropion ve sitizindir. Güncel klinik kılavuzlarda NRT, vareniklin ve bupropion birinci basamak tedavi seçenekleri arasında yer alırken, sitizin ikinci basamak tedavi olarak sınıflandırılmaktadır. Bununla birlikte, maliyet etkinliği ve erişilebilirliği nedeniyle sitizin bazı ülkelerde birinci basamak tedavi olarak değerlendirilmektedir.

Tedavilerin etkinliği incelendiğinde NRT ve bupropionun plaseboya kıyasla sigara bırakma olasılığını yaklaşık iki kat artırdığı gösterilmiştir. Buna karşılık vareniklin ve kombine nikotin replasman tedavileri daha yüksek bırakma oranları ile ilişkilidir. Son meta-analizler, vareniklin ve sitizinin uzun dönem sigara bırakma başarısı açısından en etkili tedaviler arasında yer aldığını göstermektedir. Bununla birlikte gebelerde, adölesanlarda ve günde beş veya daha az sigara içen bireylerde bu farmakoterapilerin etkinliğini ve güvenliğini destekleyen yeterli kanıt bulunmadığından rutin kullanımları önerilmemektedir.

FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

4.1 NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİLERİ

Etki mekanizması: Nikotin replasman tedavileri sigara bırakma sürecinde ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtilerini azaltmak amacıyla kontrollü nikotin verilmesine dayanır. Bu tedaviler sigarada bulunan toksik maddelerden arındırılmış nikotin sağlayarak nikotinin santral sinir sistemi üzerindeki etkisini sürdürür ve nikotin reseptörlerini uyararak yoksunluk belirtilerini hafifletir. Böylece bireyler sigara bağımlılığının fizyolojik etkileri yerine daha çok psikolojik ve davranışsal boyutlarıyla başa çıkmaya odaklanabilir ve bırakma süreci kolaylaşır.

Nikotin replasman tedavileri nikotini sigaraya kıyasla beyne çok daha yavaş iletir ve ani nikotin pikleri oluşturmaz. Tedavi sürecinde sigara içen bireylerde artmış olan nikotinik reseptör sayısı zamanla azalır ve yaklaşık üç aylık NRT kullanımı sonrasında sigara içmeyen bireylerin düzeyine yaklaşır.

Endikasyon: Nikotin replasman tedavileri, nikotin bağımlılığı bulunan ve sigarayı bırakmak isteyen erişkinlerde kullanılır. Özellikle orta ve yüksek derecede nikotin bağımlılığı olan bireylerde veya hafif derecede bağımlılığı olsa bile diğer yöntemlerden fayda göremeyen kişilerde davranışsal tedavilerle birlikte önerilmektedir.

Doz ve kullanım şekli: Nikotin replasman tedavileri farklı farmasötik formlarda uygulanabilir. Ülkemizde uzun etkili nikotin bandları ile kısa etkili nikotin sakız, nikotin ağız spreyi ve nikotin pastili bulunmaktadır. Nikotin bandları kısa etkili oral formlarla kombine olarak kullanılabilir.
NRT ile tedaviye başlandığı gün sigara bırakma günü olarak seçilmeli ve sigara kullanımı kesilmelidir.

Nikotin Bandı

Nikotin bantları ile deriye uygulanan nikotin, transdermal yolla emilerek sistemik dolaşıma geçer ve beyne ulaşır. Nikotin bandlarının klinik kullanımda 16 saatlik ve 24 saatlik olmak üzere iki farklı form bulunmaktadır.

On altı saatlik form sabah uyanır uyanmaz yapıştırılıp akşam yatmadan önce çıkarılırken, 24 saatlik form sabah yapıştırılıp ertesi sabah yenisi takılana dek ciltte bırakılır.

On altı saatlik form, günlük sigara içme alışkanlığına daha iyi uyum sağlar ve gece nikotin maruziyetine bağlı uykusuzluk gibi yan etkileri azaltmayı hedefler. Buna karşılık, 24 saatlik bantlar daha stabil plazma nikotin düzeyi sağladığından özellikle sabah yoğun yoksunluk yaşayan veya gece uyanıp sigara içen hastalarda tercih edilebilir. Gece sigara içme ihtiyacı olmayan ancak sabah yoksunluğu belirgin olan hastalarda ise 16 saatlik bant tedavisine kısa etkili NRT eklenmesi uygun bir seçenektir.

Doz açısından; 16 saatlik bantlar 25 mg, 15 mg ve 10 mg; 24 saatlik bantlar ise 21 mg, 14 mg ve 7 mg nikotin sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. 21mg/24 saatlik formda da 15mg/16saatlik formda da vücuda saatlik yaklaşık 1 mg nikotin kontrollü olarak verilir. (Tablo 1)

Tablo 1: 16 ve 24 Saatlik Nikotin Bantlarının Eşdeğerliliği

	0.3 mg/ saat	**0.6 mg/ saat**	**0.9 mg/ saat**	**1.6 mg/ saat**
16 saat	-	10 mg	15 mg	25 mg
24 saat	7 mg	14 mg	21 mg	-

Uluslararası kılavuzlarda, 24 saatlik bant formları için, günde 10 ve üzeri sigara içenlerde genellikle 21 mg/gün, 10'dan az sigara içenlerde ise 14 mg/gün başlangıç dozu önerilmektedir. Tedavi sürecinde doz genellikle 2–4 hafta aralıklarla kademeli olarak azaltılır. En sık kullanılan protokolde 21 mg doz 6 hafta, ardından 14 mg 2 hafta ve son olarak 7 mg 2 hafta uygulanır. Bu şekilde toplam tedavi süresi genellikle 8–10 hafta olur. Daha hafif içicilerde ise 14 mg ile başlanıp 6 hafta, ardından 7 mg ile 2 hafta devam edilerek tedavi tamamlanabilir.

On altı saatlik band formunda ise günlük 20 ve üzeri sigara içenlerde tedaviye genellikle yüksek doz (25 mg/gün) ile başlanması ve bu dozun 4–8 hafta sürdürülmesi önerilir. Ardından 15mg/gün 2 hafta ve 10mg/gün 2 hafta ile tedavi tamamlanabilir. Günlük 10–19 sigara içenlerde orta doz (15 mg/gün) ile 8 hafta; ardından 10 mg ile 4 hafta devam edilebilir.

Toplam tedavi süresi genellikle 8–12 hafta önerilir ancak yüksek bağımlılığı olan hastalarda tedavi süresi 6 aya dek uzatılabilir.

Bantlar temiz, kuru, tüysüz ve sağlam deri üzerine (üst kol, omuz, skapular bölge, kalça gibi) uygulanmalı ve yaklaşık 20 saniye bastırılarak vücuda iyi temas etmesi sağlanmalıdır. Lokal irritasyonu önlemek amacıyla her gün farklı bir bölge tercih edilmeli, aynı bölgeye en erken 4 gün sonra tekrar uygulanmalıdır. Duş veya banyo sırasında çıkarmaya gerek yoktur ancak yapışma sorunu oluşursa nikotin bandı ek bir flaster yardımı ile cilde sabitlenebilir. Bantlar kesilmemeli, aynı bant birden fazla gün kullanılmamalıdır. Kullanılmış bantlar, nikotin içeren yüzeyleri içe gelecek şekilde katlanarak uygun şekilde atılmalıdır.

Kısa Etkili Nikotin Replasman Tedavileri

Oral yolla kullanılan kısa etkili NRT ürünleri nikotini oral mukoza aracılığı ile absorbe eder. Bu emilim yalnızca ağzın ph'ı nötür ise gerçekleşir. Bu sebeple oral NRT kullanımından 15-30 dakika önce yeme ve içmeden (özellikle asidik içecekler) kaçınılmalıdır. Oral NRT ile fazla miktarda tükürüğün yutulması gastrik şikayetlere ve hıçkırığa sebep olabileceğinden özellikle ilk defa kullanacaklara ürünlerin doğru kullanım tekniği anlatılmalıdır. Kısa etkili NRT'ler, sigara içme isteği ortaya çıktığında veya istek çıkmadan hemen önce kullanılabildiklerinden, nikotin bantlarına kıyasla daha esnek bir kullanım imkanı sunar.

Nikotin Sakızı

Nikotin sakızının 2 mg veya 4 mg formları ile farklı aromatik seçenekleri vardır. Çiğneme sırasında salınan nikotin ağız mukozasından emilir ve çiğneme süresince ve sonrasında bir süre daha emilim devam eder. Emilimin etkili olması ve yan etkilerden kaçınmak için doğru teknikle çiğnenmesi önemlidir.

Kullanımda "çiğne–beklet" tekniği uygulanmalıdır. Sakız yavaşça birkaç kez çiğnenir, nikotin tadı hissedildiğinde yanak ile diş eti arasında birkaç dakika bekletilir; ardından işlem ağız içinde farklı bir bölgede tekrarlanır. Bir sakız yaklaşık 20–30 dakika kullanılır. Bu süreçte 2 mg sakız yaklaşık 0.8–1.0 mg, 4 mg sakız ise 1.2–1.4 mg nikotin sağlar.

Doz seçimi bağımlılık düzeyine göre yapılır: Günde 20 ve üzeri sigara içenler veya ilk sigarasını sabah 30 dakika içinde içenlerde veya FTND skoru 7 ve üzeri olanlarda 4 mg; günde 20'den az sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika sonra içinler veya daha düşük bağımlılık düzeyinde olanlarda ise 2 mg önerilir.

Tedaviye genellikle günde 10–15 sakız ile başlanır ve kullanım sıklığı zamanla kademeli olarak azaltılır. İlk 6 hafta lüzum halinde veya 1–2 saatte bir sakız, 7–9. haftalarda 2–4 saatte bir sakız, 10–12. haftalarda ise 4–8 saatte bir sakız kullanılması önerilir. İki sakız arasında en az 30 dakika ara bırakılmalı ve günlük toplam kullanım 24 sakızı geçmemelidir. Tedavi süresi genellikle 8–12 hafta olup, gerekirse 6 aya kadar uzatılabilir.

Nikotin alkali ortamda daha iyi emildiğinden sakızlar bikarbonat içerir. Hızlı çiğneme aşırı tükürük salgısı ve GİS yan etkilere yol açabileceğinden sakız yavaş kullanılmalıdır. Oluşan tükürük yutulmamalı ve kullanım sırasında yiyecek-içecek tüketilmemelidir.

Nikotin Pastil

Ağız içinde yavaşça eriyerek nikotin salınımı sağlayan nikotin pastilinin 2 mg veya 4 mg formları ile naneli ve meyveli seçenekleri vardır. Ağız içi emilimleri sakızdan daha iyidir. Ağız içinde diş eti ile yanak arasına yerleştirilir. Hafif bir sıcaklık veya karıncalanma hissi yaratabilir. 20-30 dakikada yavaş yavaş eriyerek kaybolur. Ara ara ağızda çevrilerek kullanılır. Pastil çiğnenmemeli, emilmemeli ve yutulmamalıdır. Beraberinde bir şey yenilip içilmemelidir. Birden fazla pastil aynı anda kullanılmamalıdır.

Doz seçimi bağımlılık düzeyine göre yapılır: Günde 20 ve üzeri sigara içenler veya ilk sigarasını sabah 30 dakika içinde içenlerde veya Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FTND) skoru 7 ve üzeri olanlarda 4 mg; günde 20'den az sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika sonra içinler veya daha düşük bağımlılık düzeyinde olanlarda ise 2 mg önerilir.

Nikotin pastilleri, yoksunluk belirtilerini kontrol etmek amacıyla her 1–2 saatte bir adet kullanılabilir. Günde en fazla 15-20 pastil kullanılmalıdır. Tedavi 8-12 haftaya tamamlanmalıdır ancak süre 6 aya dek uzatılabilir. 9 aydan daha uzun kullanılmamalıdır. Nikotin band ile kombinasyon tedavisinde 2 mg'lık form tercih edilmeli, 6 saatte 5'ten fazla pastil kullanılmamalıdır.

Yan etkileri arasında hıçkırık, mide yanması, bulantı, baş dönmesi, çarpıntı ve ağız tahrişi sayılabilir. Yan etki gelişmesi durumunda kullanım tekniği gözden geçirilmelidir. Doz azaltılabilir veya dozlar arası süre uzatılabilir.

Nikotin Ağız Spreyi

Nikotin ağız spreyi, kademeli salınım yapan diğer oral NRT'lere kıyasla daha hızlı nikotin salınımı ve emilimi sağlar ve özellikle ani nikotin isteğinde kullanılabilir.

Bir püskürtmede 1 mg nikotin sağlar. Naneli ve meyveli seçenekleri mevcuttur. Lüzum halinde kullanılır, oral mukozaya püskürtülmeli boğaza doğru püskürtülmemelidir. Beraberinde bir şey yenilip içilmemelidir.

Sigara içme isteği geldiğinde tek püskürtme kullanılır. 1 dakika beklenir, eğer içme isteğinde azalma olmamışsa 2. püskürtme yapılabilir. Daha sonraki uygulamalar 2'şer püskürtme şeklinde devam edebilir. Tek seferde en fazla 2 püskürtme, saatte en fazla 4 püskürtme, günde en fazla 64 püskürtme şeklinde uygulanır.

• 1-6 haftada lüzum halinde,
• 7-9 haftalarda başlangıç dozunun yarı dozuna kullanılmalı,
• 10-12 haftalarda günde 4 püskürtmeden fazla olmayacak şekilde azaltılmalıdır. Günde 2-4 spreye düşülünce tedavi kesilir.

8-12 haftada tedavi tamamlanır. Gerekirse 6 aya dek uzatılabilir.

Nikotin Replasman Tedavisinde Doz Seçimi ve Tedavi Başlama

Nikotin replasman tedavisinde doz seçerken önemli olan kişinin sigaradan veya diğer tütün ürünlerinden günlük aldığı nikotin miktarını yakalamaya çalışmaktır.

Başlangıç dozu kişinin içtiği sigara miktarı ve ilk sigara zamanına göre seçilebilir. Düşük bağımlı kişiler herhangi bir farmakolojik tedavi gerektirmeyebilir. Yüksek bağımlılığı olanlarda, tedavi başarısızlığı durumlarında veya yoksunluk semptomları kontrol altına alınamadıysa kombinasyon tedavisi önerilir. (Tablo 2)

Kombine NRT kullanımı bir kişinin sigara ve puroyu karıştırmasından daha tehlikeli değildir.

En yüksek dozdaki nikotin bandının gün boyu sağladığı nikotin miktarı, birçok sigara içen için bir paket sigaranın sağladığına benzerdir.

Nikotin Replasman Tedavisinde Doz Seçimi ve Tedavi Başlama

Tablo 2: Kişinin içtiği sigara miktarı ve ilk sigara zamanına göre NRT seçimi

		Günlük sigara sayısı			
			10-19 adet/gün	**20-30 adet/gün**	**> 30 adet/gün**
Sabahları ilk sigara içme süresi	**Her gün içmeyen (düzensiz içici)**	İlaç gerekmez veya oral NRT	İlaç gerekmez veya oral NRT		
	> 60 dakika sonra	İlaç gerekmez veya oral NRT	İlaç gerekmez veya oral NRT	Oral NRT	
	60 dakika içinde	İlaç gerekmez veya oral NRT	Oral NRT	0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band	0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT
	< 30 dakika içinde		0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band	0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT	0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT
	< 5 dakika içinde		0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT	0.9 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT	Yaklaşık 1.6-1.8 mg/saat nikotin sağlayacak band ± oral NRT

*Nikotin bantlarının saat başına saldığı nikotin miktarı (mg) Tablo 1'de verilmiştir.

Nikotin Replasman Tedavisinde Doz Seçimi ve Tedavi Başlama

İlk 24–72 saat içinde doz fazlalık veya eksiklik belirtileri gözlenmelidir ve gerekirse doz düzenlenmelidir. Doz yetersizliğinde gözlenen aşırı sigara isteği, aşırı sinirlilik, aşırı yeme isteği sonucu atıştırma, genellikle birkaç adet sigara içmeye devam etme durumlarında doz artırımı düşünülmelidir. Fazla doz bulguları olan terleme, bulantı, taşikardi veya aşırı sigara içilmiş hissetme durumlarında tedavi birkaç saatliğine sonlandırılır ve daha düşük dozla yeniden başlatılır. Doz yetersizliği, doz fazlalığından daha sık görülmektedir.

Günde 8–10'dan fazla kısa etkili NRT kullanan veya nikotin bandı kullanırken günde 8–10'dan fazla sigara içmeye devam eden bireylerde, yeterli nikotin düzeyini sağlamak amacıyla bant dozunun artırılması, kombine tedaviye geçilmesi ya da ikinci bir nikotin bandı eklenmesi düşünülebilir.

Kısa etkili NRT'lerin ihtiyaç halinde kullanımı ile sabit dozda kullanımının etkinliği arasında anlamlı bir fark olduğuna dair yeterli kanıt bulunmadığından her iki yöntem de tercih edilebilir.

Nikotin replasman tedavileri ile tedavi süresi 8-12 hafta önerilmekle beraber 14 haftadan uzun süreli kullanımının, sigarayı bırakma başarısını artırdığı gösterilmiştir.

Kontrendikasyonlar: Nikotin bantlarına aşırı duyarlılık, yaygın egzama veya sedef hastalığı varlığında nikotin bandları kullanılmamalıdır.

Yan etkiler: Tütün kullanımının bırakılmasıyla CYP1A2 enzim indüksiyonu ortadan kalkar ve bazı ilaçların metabolizması azalır. Bu nedenle teofilin, klozapin, ropinirol, takrin ve varfarin gibi ilaçlarla tedavi yeniden değerlendirilmelidir.

Nikotin replasman tedavileri sigara kullanımının yanında ek bir risk yaratmazlar. NRT'nin kullanılması tütün dumanında bulunan yüzlerce toksini ortadan kaldırır ve her zaman tütün kullanmaktan daha güvenlidir.

Olası yan etkiler kullanılan NRT formuna göre değişkenlik gösterebilir. Yan etkiler genelde hafif ve orta düzeyde olup geçicidir. Bazen bildirilen yan etkilerin yoksunluk belirtisi mi yoksa ilaca bağlı mı olduğunu ayırt etmek zor olabilir.

Yaygın yan etkiler arasında baş ağrısı, baş dönmesi, hıçkırık, ağız ve boğaz irritasyonu, bulantı, dispepsi gibi gastro-intestinal sayılabilir. Genellikle çarpıntı yaygın olmayan (1/1000) yan etki iken kardiyak aritmi (1/10.000) nadirdir. Ek olarak bandlara bağlı cilt irritasyonu gözlenebilir bu sebeple bandın yerinin her gün değiştirilmesi önerilir.

Nikotin bandı takılıyken sigara içilmesi durumunda bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, taşikardi, sersemlik, solgunluk, terleme, baş ağrısı, işitme ve görme bozukluğu, tremor ve konvülzyon gibi nikotin intoksikasyon bulguları gibi yan etkiler görülebileceğinden bandın takıldığı gün sigara bırakma günü olarak belirlenmelidir.

Özel hasta grupları: 18 yaş altı bireylerde, karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertiroidi, hipertansiyon gibi belirli kronik hastalıklarda ve yakın zamanda geçirilmiş ciddi kardiyak olaylarda kullanım kararı dikkatli bir risk–yarar değerlendirmesi yapılarak verilmeli ve ancak bu durumlarda sigara kullanımının oluşturduğu yüksek risk de göz önünde bulundurulmalıdır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, nikotin replasman tedavisinin kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde sigara içmeye kıyasla daha güvenli olduğunu ve akut kardiyak olay sonrası ilk ay içinde başlansa bile yeni kardiyak olay riskini artırmadığını göstermektedir. Bu nedenle NRT, akut koroner sendrom sonrası sigara kullanımına kıyasla daha güvenli bir alternatif olarak kabul edilmektedir.

Birinci Basamakta Pratik Öneriler

- NRT davranışsal destek ile birlikte verilmelidir.
- Nikotin bağımlılığı yüksek olanlarda kombinasyon tedavisi düşünülmelidir.
- Hastalara her NRT formu için doğru kullanım tekniği mutlaka anlatılmalıdır.
- NRT'ler, sigara kullanımında olduğu gibi hızlı dopamin artışı oluşturmadıkları için nikotin bağımlılığını sürdürmez; aksine tedavi ederler.
- NRT ürünleri, kullanımdan sonra dahi nikotin içerebileceğinden çocukların ve hayvanların ulaşamayacağı şekilde imha edilmelidir.

4.2 BUPROPION SR (UZATILMIŞ SALIM)

Etki mekanizması: Bupropion, nöronal düzeyde dopamin ve noradrenalin geri alımını inhibe eder ve ayrıca nikotinik asetilkolin reseptörlerini antagonize eder. Bu etkileri sayesinde sigaranın oluşturduğu nörokimyasal yanıtı kısmen taklit ederek nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına katkı sağlar. Bupropionun nikotin bağımlılığı üzerindeki etkinliğinin, antidepresan etkisinden bağımsız bir özellik olduğu düşünülmektedir; çünkü sigara bırakma üzerindeki olumlu etkisi depresyonu olmayan hastalarda da gösterilmiştir.

Şiddetli nikotin bağımlılığı olan sigara içicilerine, yoksunlukla ilişkili depresyon belirtilerini belirgin şekilde azaltmaktadır. Bupropion, plaseboya kıyasla sigarayı bırakma oranını yaklaşık iki kat artırmakta ve her iki cinsiyette de benzer etki göstermektedir. Bırakma sonrası kilo alımını önlemek isteyenlerde tercih edilebilir.

Endikasyon: Sigara bırakma tedavisinde nikotin replasman tedavisine alternatif olarak veya ciddi yoksunluk belirtileri olan ile monoterapi ile başarı sağlayamayanlarda kombinasyon tedavisi olarak kullanılabilir. Özellikle sigara bırakma sonrasında kilo alma konusunda endişe duyan sigara içicilerinde, sigara nüksünü önlemek amacıyla önerilmektedir.

Doz ve kullanım şekli: Bupropion SR, 150 mg'lık tabletler halinde 28 tabletlik paketlerde bulunmaktadır. Tedaviye sigara bırakma tarihinden 7–14 gün önce başlanır. Hastalar bu süre içinde sigara içmeye devam edebilir ve tedavinin ikinci haftasında belirlenen bırakma tarihinde sigarayı bırakmaları önerilir. Bunun nedeni, bupropionun yaklaşık 1–2 haftalık kullanım sonrasında serumda kararlı düzeye ulaşması ve bu aşamada nikotin yoksunluk belirtilerinin daha iyi kontrol edilebilmesidir.

Planlanan bırakma gününde sigarayı bırakma girişiminin başarısız olması durumunda, tedaviye devam edilerek bırakma tarihi tedavinin üçüncü veya dördüncü haftasına kadar ertelenebilir ve bu süre içinde yeni bir bırakma günü belirlenerek tekrar bırakma girişiminde bulunulabilir.

- İlk 3 gün: 150 mg/gün günde 1 kez,
- Sonrasında: 150 mg günde 2 kez (en az 8 saat ara ile) kullanılır.

Tedavi süresi genellikle 7–12 haftadır. 6-12 aya dek uzanan uzun süreli tedavi bırakma başarısını artırmaktadır. Seçilmiş olgularda relapsı önlemek amacıyla tedavi süresi uzatılabilir ve bu durumda günde 150 mg yavaş salınımlı form (XL) kullanılabilir.

Kontrendikasyonlar: Etken maddeye karşı aşırı duyarlılık, epilepsi ya da nöbet öyküsü, bilinç kaybı ile giden geçirilmiş kafa travması, santral sinir sistem tümörü, inme öyküsü, bipolar bozukluk, son 14 gün içinde MAO inhibitörü kullanımı, antipsikotik kullanımı, benzodiazepin kullanım öyküsü, yeme bozukluğ (anoreksiya/bulimia), ciddi hepatik yetmezliği, hepatik sirozu, alkol kullanımı, alkol yoksunluğu yaşayan bireyler, regüle olmayan hipertansiyonda kontrendikedir.

Bupropion, karaciğerde metabolize olan ilaçlarla etkileşim açısından dikkatle kullanılmalıdır. MAO inhibitörleri (tranilsipromin, fenelzin, moklobemid) ile birlikte kullanımı kontrendikedir ve en az 14 gün ara verilmelidir. CYP1A2 substratları (teofilin, klozapin) ile dikkatli olunmalı; bupropionun CYP2D6 inhibitörü olması nedeniyle bazı antidepresanlar, antipsikotikler (desipramin, paroksetin, risperidon vb), beta-blokerler (metoprolol) ve antiaritmiklerde (flekainid, propafenon vb) doz azaltımı gerekebilir.

Konvülziyon eşiğini düşüren ilaçlarla birlikte kullanım risklidir. Metabolizma inhibitörleri (simetidin, valproat) ile doz azaltımı düşünülebilirken, enzim indükleyiciler (karbamazepin, fenobarbital, fenitoin) etkinliği azaltabilir. CYP2B6 ile ilişkili ilaçlar ve levodopa ile birlikte kullanımda da dikkat önerilir.

Yan etkiler: Diğer pek çok antidepresan gibi yaygın yan etkileri ağız kuruluğu, uykusuzluk ve baş ağrısıdır. Ağız kuruluğu ve baş ağrısı için 2-3 lt sıvı alımı önerilir. Uyku bozukluğu için sabahki dozu olabildiğince erken alarak akşamki dozu öğleden sonraya çekmeleri önerilir. Bu durumda iki tablet arası minimum 8 saat ara bırakmaya dikkat edilerek son dozun yatmadan en az 4 saat önce alınması uygulanabilir. Uykusuzluk, bupropion dozunun günde 150 mg'a indirilmesi ile de azaltılabilir.

Baş dönmesi, hipertansiyon, göğüs ağrısı, anksiyete-depresyon, bilişsel performansta azalma, görme bozuklukları ve nadiren nöbet ile alerjik deri reaksiyonları da bildirilen yan etkiler arasındadır. Araç kullananlar veya dikkat gerektiren makine ve ekipmanlarla çalışan hastaların, bu faaliyetleri gerçekleştirmeden önce bupropionun kendilerinde oluşturabileceği etkileri değerlendirmeleri öneril-ir. Bupropion baş dönmesi, konsantrasyon ve dikkat azalmasına neden olabilir.

Önerilen tedavi dozunda nöbet oldukça nadir görülür (yaklaşık 1/1000). Bu nedenle günde 2 tablet aşılmamalıdır. Nöbet gelişimi genellikle beyin dolaşım bozuklukları, kraniyo-serebral travma, epilepsi, yeme bozuklukları veya nöbet eşiğini düşüren eş zamanlı ilaç kullanımı gibi önceden var olan risk faktörleri ile ilişkilidir. Hipoglisemikler ve insülin ile tedavi edilen diyabette bupropion tedavisi nöbet için predispozan olabilir.

Ayrıca anjiyoödem, hipernatremi ve uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu gibi nadir vakalar da bildirilmiştir. Bu durumlar, antipsikotik ilaç tedavisi sırasında da görülebilen komplikasyonlar arasında yer almaktadır.

Özel hasta grupları: 65 yaş üstü, hafif ve orta derecede hepatik siroz ve böbrek yetmezliği olan kişilerde doz yarıya (150 mg/gün) düşülmelidir.

Bupropion kullanan hastalarda yüksek tansiyon bildirildiği için tedavi öncesinde kan basıncı ölçülmeli ve tedavi süresince düzenli olarak izlenmelidir. Gerekli durumlarda tedavi kesilmelidir.

Bupropionun nöropsikiyatrik olay riskini, plasebo veya diğer sigara bırakma tedavilerine kıyasla anlamlı düzeyde artırmadığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, sigaranın bırakılması (ilaçlı ya da ilaçsız) bazı bireylerde depresyon ve anksiyete gelişimine yol açabilmektedir.

Bu nedenle bupropion kullanan hastalar, tedavi öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirilmelidir. Tedavi süresince ise davranış değişiklikleri, anormal düşünceler, ajitasyon, düşmanca tutum, kötüleşen ruh hali ve intihar düşünceleri gibi belirtiler yönünden yakın izlem önerilmektedir.

Birinci Basamakta Pratik Öneriler

- İlacın sigara bırakma tarihinden önce başlanması önerilir.
- Uykusuzluğu azaltmak için ikinci doz akşam erken saatlerde alınabilir.
- Nöbet riski olan hastalarda kullanılmamalıdır.
- Bupropion tedavisi öncesi ilaç etkileşimleri kontrol edilmelidir.

4.3 VARENİKLİN

Etki mekanizması: Vareniklin, nikotin bağımlılığının sürdürülmesinde temel rol oynayan alfa-4 beta-2 nikotinik asetilkolin reseptörlerine yüksek afinite gösteren seçici bir parsiyel agonisttir. Bu reseptörlere bağlanarak nikotine kıyasla daha düşük düzeyde ancak sürekli bir uyarı oluşturur ve dopaminerjik aktiviteyi kısmen sürdürerek yoksunluk belirtilerini ve sigara içme isteğini azaltır. Aynı zamanda reseptörleri işgal ederek nikotinin bağlanmasını engeller; böylece sigara içildiğinde ortaya çıkan ani dopamin salınımı ve buna bağlı ödül etkisi belirgin şekilde azalır. Bu çift yönlü mekanizma sayesinde vareniklin hem yoksunluk semptomlarını hafifletir hem de sigara içiminin pekiştirici etkisini azaltarak bırakma başarısını artırır. Ayrıca sigara içme memnuniyetini ve psikolojik ödül algısını da azaltmaktadır.

Endikasyon: Sigara bırakma tedavisinde en etkili farmakolojik ajanlardan biridir. Sigara bırakmayı ilk defa deneyecek kişilerde de, daha önce farklı preparatlarla denemiş ama nüks gelişmiş olgularda da kullanılabilir. Kardiyovasküler hastalığı olanlar, insan immun yetmezlik virüs (HIV) ile enfekte hastalar, hafif-orta düzey KOAH olanlar ve stabil psikiyatrik hastalarda (depresyon, anksiyete) etkinliği kanıtlanmıştır.

Doz ve kullanım şekli: Varenikline başladıktan sonraki 7-14. günler arasında bir sigara bırakma tarihi belirlenir. Planlanan bırakma gününde sigarayı bırakma girişiminin başarısız olması durumunda, tedaviye devam edilerek bırakma tarihi tedavinin üçüncü veya dördüncü haftasına kadar ertelenebilir ve bu süre içinde yeni bir bırakma günü belirlenerek tekrar bırakma girişiminde bulunulabilir.

- 1–3. gün: 0.5 mg, günde 1 kez,
- 4–7. gün: 0.5 mg, günde 2 kez,
- 8. günden sonra: 1 mg, günde 2 kez kullanılır.

Tedavi süresi 12 haftadır. 24 haftaya dek devam eden tedavinin sigarasız geçen süreyi uzattığı görülmüştür. Bu nedenle nüks olgularında 12 haftadan daha uzun süre kullanımı değerlendirilebilir.

Kontrendikasyonlar: Etkin maddeye veya inaktif bileşenlerine karşı aşırı duyarlılık ve son dönem böbrek yetmezliğinde kontrendikedir.
Vareniklinin %90'ı idrar ile değişmeden atıldığı için karaciğer yetmezliğinde doz değişikliğine gerek yoktur. Ciddi böbrek yetmezliğinde (kreatinin klirensi <30 ml/dk) doz yarıya indirilir (ilk 3 gün 0.5 mg/gün, ardından günde 2 kez 0.5 mg). Hafif-orta yetmezlikte doz düşürmeye gerek yok iken son dönem böbrek yetmezliği hastalarında ise vareniklin önerilmez. Yaşlılarda veya farklı ek hastalığı olanlarda doz değişikliğine gerek yoktur. Vareniklin kullanımında herhangi bir laboratuvar parametresinin izlenmesi önerilmemiştir.

Yan etkiler: Vareniklin ilaç etkileşimleri açısından güvenilir, genellikle iyi tolere edilen ve yan etkileri çoğunlukla hafif-orta düzeyde olan bir ilaçtır. Yan etkiler özellikle tedavinin ilk 4 haftasında ortaya çıkmakta ve genellikle geçici olmaktadır.

En sık görülen yan etki bulantıdır; bu nedenle ilacın yemeklerle birlikte ve bol su ile alınması önerilir. Bulantı, bupropiona kıyasla daha sık görülmekle birlikte genellikle ilk haftadan itibaren azalma eğilimi gösterir. Tolere edilemeyen durumlarda doz yarıya düşürülebilir; semptomlar kontrol altına alındıktan sonra yeniden hedef doza (2×1 mg) çıkılması denenebilir.

Benzer şekilde diğer yan etkilerde de doz azaltımı semptomların hafiflemesine veya tamamen kaybolmasına katkı sağlayabilir.

Uykusuzluk ikinci en sık görülen yan etkidir ve tedavinin ilk ayından sonra azalmaya başlar. Anormal rüyalar, baş ağrısı, GİS yakınmalar (karın ağrısı, kabızlık, şişkinlik), baş dönmesi, ağız kuruluğu, artmış iştah, kilo alımı diğer yan etkiler arasında sayılabilir.

Tedavi sonunda vareniklin bırakılması, %3 oranında artmış sinirlilik, sigara içme isteği, uykusuzluk veya depresif ruh haline neden olabilir.

Özel hasta grupları: Vareniklin, baş dönmesi ve uyku hali gibi etkiler nedeniyle araç kullanma veya makine kullanma kapasitesini hafif, orta veya belirgin düzeyde etkileyebilir. Özellikle pilotların, hava trafik kontrolörlerinin, kamyon ve otobüs sürücülerinin veya araç kullanan hastaların, bu ilacın güvenli şekilde araç kullanma veya makine kullanma yeteneklerini etkileyip etkilemediğinden emin olana kadar araç veya makine kullanmamaları ve potansiyel olarak riskli faaliyetlerden kaçınmaları öner-ilmelidir.

Yapılan meta-analizler, vareniklin ve diğer sigara bırakma tedavilerinin majör kardiyovasküler olay riskini artırmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte olası küçük bir risk artışı tamamen dışlanamadığından, klinisyenlerin özellikle kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda tedavi sırasında hastaları izlemeleri ve olası riskleri hastalarla paylaşmaları önerilmektedir. Genel olarak, sigarayı bırakmanın sağladığı kardiyovasküler yararlar, vareniklin kullanımına bağlı olası risklerden daha ağır basmaktadır.

Vareniklin kullanımının nöropsikiyatrik olay riskini plaseboya veya diğer sigara bırakma tedavilerine göre anlamlı şekilde artırmadığını göstermiştir. Özellikle büyük ölçekli EAGLES çalışması ve Cochrane meta-analizleri, vareniklinin nöropsikiyatrik açıdan genel olarak güvenli olduğunu ve sigara bırakma başarısını artırdığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, özellikle mevcut veya geçmiş psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ruh hali (düşmanlık, ajitasyon, depresyon, intihar düşünceleri) ve davranış değişiklikleri açısından izlenmesi önerilmektedir.

Genel olarak güvenlilik açısından vareniklin kullananlarda ciddi advers olaylar biraz daha sık bildirilmiş olmakla birlikte, bupropion ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gösterilmemiştir.

Birinci Basamakta Pratik Öneriler

- Vareniklin sigara bırakma başarısını en yüksek oranda artıran tedavilerden biridir.
- İlacın sigara bırakma tarihinden önce başlanması önerilir.
- İlacın yemeklerle birlikte ve bol su ile alınması bulantıyı azaltabilir.
- Davranışsal destekle birlikte verilmesi bırakma başarısını artırır.

4.4 SİTİZİN

Etki mekanizması: Sitizin (cytisine), Cytisus laburnum ve Sophora tetraptera gibi bitkilerin tohumlarından elde edilen doğal bir alkaloiddir. Farmakolojik olarak alfa-4 beta-2 nikotinik asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonisti olup varenikline benzer şekilde etki gösterir; nikotinin reseptörlere bağlanmasını engelleyerek sigaradan alınan ödül hissini azaltır ve yoksunluk belirtileri ile sigara içme isteğini azaltır.

Sitizin, 1.5 mg tablet formunda (Tabex®) 1964 yılından bu yana Bulgaristan'da üretilmekte olup, özellikle eski Doğu Bloku ülkelerinde sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Zamanla, özellikle Polonya'da yapılan çalışmaların katkısıyla kullanımı yaygınlaşmış; günümüzde Avrupa Birliği ülkelerinin çoğunda, ayrıca Kanada ve İngiltere'de de tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde ise 2024 yılı Nisan ayından itibaren sigara bırakma polikliniklerinde yaygın biçimde kullanılmaktadır.

Endikasyon: Sitizin, plasebo veya tedavisiz gruplarla karşılaştırıldığında 6 ay ve üzeri sigara bırakma oranlarını anlamlı düzeyde artırmaktadır ve bazı çalışmalarda NRT'ye kıyasla daha yüksek kısa dönem bırakma oranları bildirilmiştir. Bununla birlikte, sitizinin vareniklin ile karşılaştırıldığında etkinlik açısından üstünlüğü net değildir. Mevcut veriler, sitizinin varenikline kıyasla daha düşük etkinliğe sahip olabileceğini, ancak buna paralel olarak daha düşük bir yan etki profili gösterebileceğini düşündürmektedir.

Doz ve kullanım şekli: Sitizin tedavisi kademeli doz azaltımı şeklinde uygulanır. İlk günlerde daha sık doz uygulanır, ilerleyen günlerde doz aralıkları artırılarak tablet sayısı azaltılır. Başlangıç aşaması 3-5 gündür. Tedavinin başladığı andan itibaren içilen sigara sayısı azaltılmalıdır yoksa nikotin intoksikasyon bulguları görülebilir.

Sigara bırakma tarihi tedavi başlangıcı sonrası 5 günü geçmemelidir. 5. güne kadar isteklerde azalma olmaması durumunda tedavi kesilir ve diğer kür en az iki ile üç ay sonra uygulanabilir. Yan etki gelişmesi durumunda tedavi kesilmesi planlanır.

Aşağıdaki tablo sitizin tedavisinin kullanım şemasını özetlemektedir:

Tedavi süresi	Kullanım sayısı	Günlük doz
1.-3. gün arasında	Her 2 saatte bir 1'er tablet	6 tablet
4. ile 12. gün arasında	Her 2,5 saatte bir 1'er tablet	5 tablet
13. ile 16. gün arasında	Her 3 saatte bir 1'er tablet	4 tablet
17. ile 20. gün arasında	Her 5 saatte bir 1'er tablet	3 tablet
21. ile 25. gün arasında	Her 6-8 saatte bir 1'er tablet	1-2 tablet

Sitizin tedavisi yaklaşık 25 gün sürer. Ancak 12 haftaya dek uzayan tedaviler bırakma başarısını artırabilir.

Kontrendikasyonlar: Sınırlı klinik deneyim ve güvenlik verileri nedeniyle, ciddi böbrek veya karaciğer yetmezliği olan bireylerde, 65 yaş üzerindeki kişilerde ve 18 yaş altındaki bireylerde önerilmemektedir. Sitizine veya ürünün bileşimindeki herhangi bir maddeye karşı aşırı duyarlılık, yakın zamanda geçirilmiş miyokard enfarktüsü veya inme, stabil olmayan anjina pektoris, klinik olarak anlamlı kardiyak aritmiler veya gebelik ve emzirme durumunda kullanılmamalıdır.

Yan etkiler: Sitizin genellikle iyi tolere edilir ve yan etkileri genellikle hafif-orta şiddettedir. Yan etkiler çoğunlukla tedavinin başlangıcında ortaya çıkar ve tedavi sürecinde azalır veya kaybolur.

Sitizin varenikline kıyasla anormal rüyalar ve ruh hali değişiklikleri gibi nöropsikiyatrik yan etkiler açısından daha düşük riklidir. Bununla birlikte bulantı ve ağız kuruluğu gibi GİS semptomları, NRT'ye göre sitizin kullanımında daha sık görülebilir.

Başlıca Yan Etkileri:

- Gastrointestinal belirtiler: Bulantı, kusma, ağız kuruluğu, dispepsi,
- Nörolojik belirtiler: Baş ağrısı, baş dönmesi, uyku bozuklukları
- Psikolojik etkiler: Ruh hali değişiklikleri ve irritabilite (varenikline göre daha hafif)

Sitizinin yarılanma ömrü yaklaşık 5 saat olup yaklaşık %60'ı parçalanmadan böbreklerden atılır. Bu nedenle böbrek yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması gerekebilir.

Mevcut veriler sitizinin yaygın kullanılan ilaçlarla önemli etkileşimlerinin olmadığını göstermektedir, ancak çoklu ilaç kullanımı durumlarında dikkatli olunmalıdır.

Bazı durumlarda sigarayı bırakma (sitizin ile veya sitizin olmadan), diğer ilaçların dozlarının ayarlanmasını gerektirebilir. Bu durum özellikle teofilin, klozapin ve ropinirol içeren ilaçlar için önemlidir. Oral kontraseptifler ile etkileşimi hakkında yeterli veri olmadığından ek bariyer yöntem uygulanması önerilir.

Sitizin toksikasyonu bulantı, kusma, klonik kasılmalar, taşikardi, pupil dilatasyonu, baş ağrısı, güçsüzlük, solunum paralizisi gibi nikotin toksikasyonuna benzer yan etkiler gösterebilir.

Özel hasta grupları: İskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, hipertansiyon, feokromositoma, ateroskleroz, hipertiroidi, peptik ülser, gastroözofageal reflü, diyabet, şizofreni ve karaciğer veya böbrek yetmezliği varlığında dikkatli kullanılmalıdır.

Ayrıca psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerde, özellikle depresyon veya anksiyete eğilimi bulunanlarda, sitizin ruh hali değişikliklerine yol açabileceği için dikkatle kullanılmalıdır. Doğurganlık çağındaki ve hormonal kontraseptif kullanan kadınların, sitizin kullanımı sırasında ek olarak bariyer yöntemleri kullanmaları önerilir; çünkü sitizinin oral kontraseptiflerin etkinliği üzerindeki etkisi bilinmemektedir.
Hafif-orta kalp hastalığı olan bireylerde kan basıncı ve kalp hızı takibi önerilir.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde kullanımı konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Hafif düzeyde depresyon, hafif anksiyete bozukluğu olan hastalarda ya da antidepresan tedavi altında stabil seyreden olgularda, alternatif tedavi seçenekleri öncelikle değerlendirilmeli; gerekli durumlarda ise yakın izlem altında kullanım düşünülebilir. Bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda ise kullanımı önerilmemektedir.

Birinci Basamakta Pratik Öneriler

• Sitizin, etkili ve güvenli bir sigara bırakma tedavisi olup uygun bir maliyet-etkinlik profiline sahiptir. Etkinliği varenikline yakın ve nikotin replasman tedavilerinden daha yüksek, yan etkileri ise daha azdır.
• Tedaviye başlarken ilk beş gün içinde kesin bir bırakma tarihi belirlenmelidir.
• Doz azaltım şeması hastaya ayrıntılı şekilde anlatılmalıdır.
• Tedaviye düzenli devam edilmesi etkinliği en yüksek orana çıkarır.
• Davranışsal danışmanlıkla birlikte kullanılması önerilir.

4.5 KOMBİNASYON TEDAVİLER

Sigara bırakma tedavisinde farmakoterapinin bilişsel-davranışçı tedavi ile birlikte kullanımı başarı oranlarını artırmakta olup altın standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Farmakolojik tedaviler arasında kombinasyon uygulamaları da etkinliği artırmak amacıyla kullanılmaktadır.

Nikotin replasman tedavisinin farklı formlarının birlikte kullanımı, tek başına NRT kullanımına kıyasla daha etkilidir. Özellikle nikotin bandı ile oral formların kombinasyonu, bandın sağladığı stabil nikotin düzeyine ek olarak oral formların ani sigara içme isteğini kontrol etme avantajı sayesinde daha iyi sonuçlar sağlayabilmektedir.

Bupropion ile NRT'nin birlikte kullanımı bazı çalışmalarda bupropion monoterapisine göre daha etkili bulunmuş olmakla birlikte, NRT'nin bupropion tedavisine eklenmesinin tedavi başarısını her zaman anlamlı düzeyde artırmadığı da bildirilmiştir. Bupropion ile NRT kombinasyonunda, her iki tedavinin de kan basıncı üzerine etkileri göz önünde bulundurularak tedavi öncesi ve tedavi süresince düzenli kan basıncı takibi önerilmektedir.

Bupropion ile vareniklin kombinasyonunun tek başına varenikline göre daha etkili olabilir ancak kanıtlar sınırlıdır.

NRT'nin vareniklin ile birlikte rutin kullanımı önerilmemektedir. Bunun temel nedeni, vareniklinin nikotinik reseptörler üzerinde parsiyel agonist etki göstererek nikotinin bağlanmasını engelleyebileceği düşüncesidir. Bununla birlikte, vareniklin tedavisine rağmen 2–6 hafta içinde sigara içmeye devam eden hastalarda, sigaranın yerine NRT kullanılması için kesin bir kontrendikasyon bulunmamaktadır. Son çalışmalar, özellikle ağır içicilerde vareniklin ve NRT kombinasyonunun faydalı olabileceğini düşündürmekle birlikte, sonuçlar tutarlı değildir ve bu yaklaşımın rutin kullanımını desteklemek için daha fazla kanıta ihtiyaç vardır.

Sitizinin NRT ile kombinasyonuna ilişkin ise mevcut veriler sınırlı olup, etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Kombinasyon tedavilerinde ciddi yan etkiler açısından anlamlı bir artış gösterilememiştir.

Birinci Basamakta Pratik Öneriler:

• Kombinasyon tedavileri yüksek bağımlılığı olan veya ilk basamak tedavilere yetersiz yanıt verenlere önerilebilir.

4.6 DİĞER TEDAVİLER

İkinci basamak sigara bırakma tedavileri ve ülkemizde mevcut olmayan ancak bazı ülkelerde kullanılan farmakolojik tedaviler bu bölümde ele alınmıştır.

Klonidin: Esas olarak antihipertansif bir ilaçtır ve α2-adrenerjik reseptörleri uyararak merkezi sempatik aktiviteyi azaltır. Bu mekanizma sayesinde gerginlik, irritabilite, anksiyete, huzursuzluk ve sigara isteği gibi nikotin yoksunluk belirtilerini azaltabilir. Klinik çalışmalar klonidinin plaseboya göre sigara bırakmada daha etkili olabileceğini göstermiştir; ancak belirgin yan etkileri (sedasyon, baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, ağız kuruluğu) nedeniyle yaygın kullanımı sınırlıdır. Ayrıca ilaç ani kesildiğinde rebound hipertansiyon gelişebileceğinden dikkatli kullanılmalıdır.

Nortriptilin: Trisiklik bir antidepresandır ve sigara bırakma tedavisinde antidepresan etkisinden bağımsız bir mekanizma ile etkili olduğu düşünülmektedir. Meta-analizler, nortriptilinin plaseboya kıyasla sigarayı bırakma oranlarını yaklaşık iki kat artırabildiğini göstermektedir. Etkinliği bupropion ve nikotin replasman tedavilerine benzer bulunmakla birlikte çoğu ülkede sigara bırakma tedavisi için resmi onayı bulunmamaktadır. Antikolinerjik etkiler (ağız kuruluğu, kabızlık, görme bulanıklığı), sedasyon ve ortostatik hipotansiyon gibi yan etkiler görülebilir ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde dikkatli kullanılmalıdır.

Ülkemizde bulunmayan diğer NRT formları:

Nikotin dil altı tabletler: Bu 2 mg'lık tabletler, dil altına yerleştirilen küçük, kaplamasız tabletlerdir. Dil altında 15-30 dakikada çözünerek oral mukozanın her tarafından emilir. Her saatte bir tablet kullanılması önerilir. Hafif bir yanma hissine neden olabilirler, ancak tatları yoktur. Tabletleri çiğnemeye veya emmeye gerek olmadığı için aşırı tükürük salgılanması önlenir. Hıçkırığa neden olabilir.

Nikotin inhaler: Nikotin kartuşu içeren, sigara tutucuya benzeyen beyaz plastik bir tüpten oluşur. Sigara içen birinin yaptığı gibi nefes aldığınızda, az miktarda nikotin ağız mukozasına püskürtülür ve emilir. Kartuşlar 10 mg nikotin içerir. Her kullanışta 1.5-2.0 mg nikotini dışarıya bırakmaktadır. Nikotin inhaler ile akciğerlere nikotin ulaşmamakta oral mukozada depolanarak absorbe olmaktadır. Günde en az 4 inhalatör kullanımı ve 3 ay tedaviye devam ettikten sonra dozun azaltılması önerilir. En sık yan etki ağız, boğaz irritasyonu ile öksürüktür. Bırakma sürecinde el- ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından faydalı olabilir.

Nikotin nazal sprey: Nazal spreyler her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtülerek toplamda 1 mg doz uygulanır. Saatte 1–2 doz kullanılması önerilir ve tedavi süresi 3–12 ay arasında değişebilir. Nikotin nazal spreylerinin iki önemli dezavantajı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, nazal irritasyona neden olabilmeleridir. İkincisi ise nikotinin beyne hızlı bir şekilde ulaşmasını sağlamalarıdır. Bu hızlı etki başlangıcı, sigarayı bırakma sürecinde nikotin nazal spreyine bağımlılık gelişme riskini artırabilir.

Tablo 3: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakoterapilerin doz, tedavi süresi ve kullanım önerileri

İlaç	Doz ve talimatlar	Kullanım önerileri
Nikotin sakızı	**2 mg:** günde 20'den az sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika sonra içenler veya FTND skoru 7 altında olanlar **4 mg:** günde 20 ve üzeri sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika içinde içenler veya 7 ve üzeri olanlar Lüzum haline kullanım veya 1-6 hafta: 1-2 saatte 1 sakız; 7-9. hafta: 2-4 saatte 1 sakız; 10-12. hafta: 4-8 saatte 1 sakız Günde 6-15 adet, en fazla 24 adet Kombinasyon tedavisinde 2 mg tercih edilir. (en fazla 15 adet) Tedavi süresi:8-12 hafta (6 aya uzayabilir)	Tedaviye bırakma günü başlanır. Çiğne-park et tekniği kullanılır. Nikotin sakızı kullanırken yeme içmeden kaçınılmalıdır.

İlaç	Doz ve talimatlar	Kullanım önerileri
Nikotin pastil	**2 mg:** günde 20'den az sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika sonra içenler veya FTND skoru 7 altında olanlar **4 mg:** günde 20 ve üzeri sigara içenler veya ilk sigarayı 30 dakika içinde içenler veya FTND skoru 7 ve üzeri olanlar Lüzum halinde kullanım veya 1–6. hafta: 1–2 saatte 1 pastil; 7–9. hafta: 2–4 saatte 1 pastil; 10–12. hafta: 4–8 saatte 1 pastil Günde en fazla 20 pastil Kombinasyon tedavisinde 2 mg tercih edilir. (en fazla 15adet) Tedavi süresi: 12 hafta (6 aya uzayabilir)	Çiğnenmez, emilmez, yutulmaz. Ağız içinde diş eti ile yanak arasında bırakılır, ara ara çevrilerek kullanılır. Kullanımdan 15-30 dk önce yeme içmeden (özellikle asidik içecekler) kaçınılmalıdır.
Nikotin ağız spreyi	**1 mg:** Sigara içme isteği olduğunda 1–2 püskürtme Lüzum halinde kullanım, başlangıçta saatte 1–2 püskürtme; 7-9 haftada başlangıç dozunun yarı dozuna inilmeli; 10-12 haftada günde 4 püskürtmeye düşülmeli En fazla saatte 4 püskürtme, günde 64 püskürtme Tedavi süresi: 12 hafta (6 aya uzayabilir)	Kullanımdan 15-30 dk önce yeme içmeden (özellikle asidik içecekler) kaçınılmalıdır.

İlaç	Doz ve talimatlar	Kullanım önerileri
Nikotin bandı	**24 saatlik nikotin bantlarında başlangıç dozu:** ≥10 sigara/gün için 21 mg/gün, <10 sigara/gün için 14 mg/gün önerilir. **16 saatlik bantlarda:** ≥20 sigara/gün için 25 mg/gün; 10–19 sigara/gün için 15 mg/gün; <10 sigara/gün için 10 mg/gün başlanabilir. Doz genellikle 2–4 haftalık aralıklarla kademeli azaltılır Tedavi süresi: 8-12 hafta (3-6 aya uzayabilir)	Bırakma günü başlanır. Bandın yeri 4 gün boyunca her gün değiştirilir. Band ikiye kesilmez. Aynı band birden fazla gün kullanılmamalıdır.
Bupropion	1–3. gün: 150 mg sabah 4. gün ve sonrası: 150 mg günde 2 kez Tedavi süresi: 8 hafta (2-6 ay uzayabilir)	Tedaviye sigara bırakma tarihinden 1–2 hafta önce başlanır. Hasta bu sürede sigara içmeye devam edebilir.
Vareniklin	1–3. gün: 0,5 mg/gün 4–7. gün: 0,5 mg günde 2 kez 8. gün ve sonrası: 1 mg günde 2 kez Tedavi süresi: 12 hafta (6 aya uzayabilir)	Tedaviye sigara bırakma tarihinden 1–2 hafta önce başlanır. Hasta bu sürede sigara içmeye devam edebilir.
Sitizin	1,5 mg tabletlerden oluşur. 1–3. gün: Her 2 saatte 1 tablet (günde 6 tablet) 4–12. gün: Her 2,5 saatte 1 tablet (günde 5 tablet) 13–16. gün: Her 3 saatte 1 tablet (günde 4 tablet) 17–20. gün: Her 5 saatte 1 tablet (günde 3 tablet) 21–25. gün: Günde 1–2 tablet Tedavi süresi: 25 gün	Tedaviye başlandıktan sonra 3–5. gün sigara bırakılmalıdır. Nüks veya relaps durumunda tedavi birkaç ay sonra tekrarlanabilir.

Tablo 4: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakoterapilerde yan etkiler, uyarılar/dikkat edilecek durumlar ve kontrendikasyonlar

İlaç	Yan Etkiler*	Uyarılar / Dikkat Edilecek Durumlar	Kontrendikasyonlar
Nikotin Sakızı	Çok yaygın: Baş ağrısı, ağız-boğaz irritasyonu, bulantı, hıçkırık Yaygın: Baş dönmesi, kusma, ağızda yanma hissi, anormal tat veya tat kaybı, ellerde ve ayaklarda karıncalanma veya uyuşma, karın ağrısı veya karın bölgesinde rahatsızlık, ishal, ağız kuruluğu, dispepsi, tükürük artışı, ağızda ağrı, hazımsızlık, yorgunluk, öksürük	Yakın zamanda geçirilmiş miyokard infarktüsü veya serebrovasküler olay, stabil olmayan anjina, ağır kardiyak aritmi, diyabet, orta-şiddetli karaciğer veya böbrek yetmezliği, feokromositoma, kontrolsüz hipertiroidi ve GİS hastalık, takma diş veya temporomandibular eklem hastalığı olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Gebelik kategori: C	Nikotine aşırı duyarlılık, Sigara içmeyenler, 12 yaş altı
Nikotin Pastil	Çok yaygın: Baş ağrısı, ağız-boğaz irritasyonu, dilde tahriş, bulantı, hıçkırık Yaygın: Disguzi, parastezi, öksürük, mide yanması, ağız ve boğaz irritasyonu, stomatit, abdominal ağrı, ağız kuruluğu, ishal, dispepsi, şişkinlik, artmış tükürük salgısı, yorgunluk	Yakın zamanda geçirilmiş miyokard infarktüsü veya serebrovasküler olay, stabil olmayan anjina, ağır kardiyak aritmi, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet, orta-şiddetli karaciğer veya böbrek yetmezliği, feokromositoma, kontrolsüz hipertiroidi ve GİS hastalıkta dikkatli kullanılmalıdır. Gebelik kategori: C	Nikotine aşırı duyarlılık, Sigara içmeyenler, 18 yaş altı

İlaç	Yan Etkiler*	Uyarılar / Dikkat Edilecek Durumlar	Kontrendikasyonlar
Nikotin Ağız Spreyi	Çok yaygın: Hıçkırık, baş ağrısı, boğaz irritasyonu, bulantı Yaygın: Uygulama bölgesinde yanma, ağız kuruluğu, dispepsi, kusma, ishal, artmış tükürük salgısı, diş ağrısı, öksürük, halsizlik	Yakın zamanda geçirilmiş miyokard infarktüsü veya serebrovasküler olay, stabil olmayan anjina, ağır kardiyak aritmi, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet, orta-şiddetli karaciğer veya böbrek yetmezliği, feokromositoma, kontrolsüz hipertiroidi ve GİS hastalıkta dikkatli kullanılmalıdır. Gebelik kategori: C	Nikotine aşırı duyarlılık, Sigara içmeyenler, 18 yaş altı,
Nikotin Bandı	Çok yaygın: Kaşıntı Yaygın: Eritem, uykusuzluk, baş ağrısı, baş dönmesi, aritmi, vertigo, kas ağrısı, bulantı, dispepsi, anormal rüyalar, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık veya diyare, eklem ve sırt ağrısı	Yakın zamanda geçirilmiş miyokard infarktüsü veya serebrovasküler olay, stabil olmayan anjina, ağır kardiyak aritmi, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet, orta-şiddetli karaciğer veya böbrek yetmezliği, feokromositoma, kontrolsüz hipertiroidi ve GİS hastalıkta dikkatli kullanılmalıdır. MR görüntüleme öncesi yanma riskine karşı çıkarılmalıdır. Gebelik kategori: D	Nikotin bantlarına aşırı duyarlılık, Yaygın egzama veya sedef hastalığı

İlaç	Yan Etkiler*	Uyarılar / Dikkat Edilecek Durumlar	Kontrendikasyonlar
Bupropion	Çok yaygın: Uykusuzluk Yaygın: Ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, tremor, sersemlik, terleme, hipertansiyon, göğüs ağrısı, anksiyete-depresyon sendromu, karın ağrısı, kabızlık, tat bozuklukları, bilişsel performansta azalma, görme bozuklukları	Diğer bupropion içeren ilaçlarla birlikte kullanılmamalıdır. İlaç etkileşimleri kontrol edilmelidir. Makine ve ekipmanlarla çalışanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Ruh hali ve davranış değişiklikleri izlenmelidir. İki tablet arasında en az 8 saat olmalı, günde 2 tablet aşılmamalıdır. Gebelik kategori: C	Bupropiona aşırı duyarlılık, Konvülziyon öyküsü veya konvülziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı, MSS travması ve tümör öyküsü, Bipolar hastalık, Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz veya ileri siroz, Anoreksiya veya bulimia, Mao inhibitörü kullanımı, Antipsikotik kullanımı, Alkol yoksunluğu

İlaç	Yan Etkiler*	Uyarılar / Dikkat Edilecek Durumlar	Kontrendikasyonlar
Vareniklin	Çok yaygın: Bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı, nazofarenjit Yaygın: Bronşit, sinüzit, iştah değişikliği, uyku hali, baş dönmesi, tat değişikliği, döküntü kaşıntı, dispne, öksürük, kusma, ishal, kabızlık, karın ağrısı, ağız kuruluğu, artralji, miyalji, yorgunluk, göğüs ağrısı, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk	Ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Pilotlar, ağır makine kullananlarda, uzun yol şoförlerinde dikkat gerektirir. Ruh hali ve davranış değişiklikleri izlenmelidir. Gebelik kategori: C	Varenikline aşırı duyarlılık, Son dönem böbrek yetmezliği
Sitizin	Çok yaygın: Ağız kuruluğu, bulantı, karın ağrısı, iştah artışı ve kilo alımı, sinirlilik, uyku bozuklukları, duygu durum değişiklikleri, anksiyete, baş dönmesi, hipertansiyon, ishal, döküntü, yorgunluk, baş ağrısı, taşikardi, tat değişikliği, mide ekşimesi, kabızlık, kusma ve kas ağrısı Yaygın: Bradikardi, dispepsi, dilde yanma, güçsüzlük, dikkat kaybı	İskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, hipertansiyon, feokromositoma, ateroskleroz, hipertiroidi, peptik ülser, gastroözofageal reflü, diyabet, şizofreni ve karaciğer veya böbrek yetmezliği varlığında dikkatli kullanılmalıdır. Oral kontraseptiflerle etkileşimi net olmadığından ek bariyer yöntem önerilir. Gebelik kategori: D	Sitizine aşırı duyarlılık, 65 yaş üzeri ve 18 yaş altı, Gebelik veya emzirme, Yakın geçmişte miyokard infarktüsü veya serebrovasküler olay, Unstable anjina pektoris, Aritmi

***Tablo 4,** ilgili ilaçların prospektüs bilgilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Sigara bırakmak için başvuran hastada → Ayrıntılı öykü alınır.

▼

Bağımlılığı değerlendirilir

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FTND), günlük sigara miktarı, ilk sigara zamanı vb.

DÜŞÜK BAĞIMLILIK	ORTA BAĞIMLILIK	YÜKSEK BAĞIMLILIK
FTND 0-3 puan ve/veya Günlük sigara içimi <10 adet/gün	FTND 4-6 puan ve/veya Günlük sigara içimi 10-19 adet/gün	FNBT 7≤ puan ve/veya Günlük sigara içimi ≥20 adet/gün
▼	▼	▼
Önerilen yaklaşım	**Önerilen yaklaşım**	**Önerilen yaklaşım**
Bilişsel-davranışçı destek± NRT Monoterapi	Bilişsel-davranışçı destek+ Monoterapi (tablet formlar, band) / Kombine Tedaviler	Bilişsel-davranışçı destek+ Monoterapi (tablet formlar)/ Kombine Tedaviler
▼	▼	▼
• Kısa etkili NRT veya düşük doz band	• Vareniklin • Sitizin • Bupropion • Düşük - orta doz band ± Kısa etkili NRT formları	• Vareniklin • Sitizin • Bupropion • Orta- Yüksek doz band ± Kısa etkili NRT formları

▼

İlk hafta içinde ilk izlem

Yan etki kontrolü, ilacın doğru şekilde kullanımını değerlendirme, aşırı doz veya yetersiz doz bulgularını değerlendirme

Gerekirse ilaç veya doz değişimi uygulama

Toplam tedavi süresi 8-12 hafta olup 6 aya dek uzatılabilir.

▼

NRT için doz azaltım protokolü

Doz genellikle 2-4 hafta aralıklarla kademeli olarak azaltılır.

• 24 saatlik band: 21 mg/gün 6 hafta -> 14 mg/gün 2 hafta ->7 mg/gün 2 hafta
(Daha hafif içicilerde 14 mg/gün 6 hafta ->7 mg/gün 2 hafta)

• 16 saatlik band: 25 mg/gün 4-8 hafta ->15 mg/gün 2 hafta-> 10 mg/gün 2 hafta
(Daha hafif içicilerde 15 mg/gün 8 hafta -> 10 mg/gün 4 hafta)

Şekil. Sigara bırakma tedavisinde farmakolojik klinik karar algoritması

KAYNAKÇA

1. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Treatment of tobacco and nicotine dependence guidelines. Available from: 2026. https://ensp.network/wp-content/uploads/2026/02/TDT-Guideline-EN-2026.pdf

2. World Health Organization. Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. 2024. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604670/pdf/Bookshelf_NBK604670.pdf.

3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-66143723132869.

4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri. 2026. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Birinci_Basamaga_Yonelik_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2026.pdf.

5. Gaddey HL, Dakkak M, Jackson NM. Smoking Cessation Interventions. Am Fam Physician. 2022;106(5):513-522.

6. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşı raporu. 2014. Available from: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/ef712e27e221af17ab3b44ca23fe11aa49b62032270561dce9e62214188110ac.pdf.

7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Quit smoking medicines. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/quit-smoking/quit-smoking-medications/how-to-use-quit-smoking-medicines/index.html.

8.Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco cessation action guide. Available from: https://millionhearts.hhs.gov/files/Tobacco-Cessation-Action-Guide.pdf.

9.Tønnesen P, Lauri H, Perfekt R, Mann K, Batra A. Efficacy of a nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomised, double-blind trial. Eur Respir J. 2012;40.

10.Tønnesen P, Lauri H, Perfekt R, Batra A, Mann K. Efficacy and safety of a novel nicotine mouth spray in smoking cessation: a randomized, placebo-controlled, double blind, multicenter study with 52-week follow up. Eur Respir J. 2011;38.

11. Barrangou-Poueys-Darlas M, Guerlais M, Laforgue E, et al. CYP1A2 and tobacco interaction: a major pharmacokinetic challenge during smoking cessation. Drug Metab Rev. 2020;53.

12. Nicorette Invisi 25 mg Nikotin Bandı. Kısa ürün bilgisi. https://pdf.ilacprospektusu.com/3086-nicorette-invisi-25-mg-nikotin-bandi-kub.pdf.

KAYNAKÇA

13. Dollerup J, Vestbo J, Murray-Thomas T, et al. Cardiovascular risks in smokers treated with nicotine replacement therapy: a historical cohort study. Clin Epidemiol. 2017;9:231-43.
14. Dhaliwal J, Sekhon M, Rajotia A, Ramphul K, Singh S. Real-world outcomes of nicotine replacement therapy in acute coronary syndrome. Circulation. 2024;150(Suppl 1):4146448.
15. Ebbert JO, Fagerström K. Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use. CNS Drugs. 2012;26(1):1-10.
16. Alborghetti M, Barbieri M, Nicoletti F, Spina E. Exploring drug interactions between newer antidepressants and medications used to treat neurological disorders. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2025;21.
17. Mack C, Nordmo E, Sjulstad A, et al. Kvinne i 50-årene med overvekt, multimorbiditet og kramper. Tidsskr Nor Laegeforen. 2025;145(13).
18. Vegda M, Panda S. Bupropion-induced dystonia in a patient with Parkinson's disease. J Mov Disord. 2020;13.
19. Woroń J, Siwek M, Gorostowicz A. Adverse effects of interactions between antidepressants and medications used in treatment of cardiovascular disorders. Psychiatr Pol. 2019;53(5).
20. Tackett AE, Smith KM. Bupropion-induced angioedema. Am J Health Syst Pharm. 2008;65(17):1627-30.
21. Kim CS, Choi JS, Bae EH, Kim SW. Hyponatremia associated with bupropion. Electrolyte Blood Press. 2011;9:23-26.
22. Wah M, Wah L. Generalized seizure in a Mauritian woman taking bupropion. PLoS Med. 2004;1.
23. Hurt RD, Ebbert JO, Hays JT, McFadden DD. Treating tobacco dependence in a medical setting. CA Cancer J Clin. 2009;59:314-326.
24. Xi ZX. Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of varenicline in smoking cessation. Drug Healthc Patient Saf. 2010;2:39-48.
25. Leung LK, Patafio FM, Rosser WW. Gastrointestinal adverse effects of varenicline at maintenance dose: a meta-analysis. Clin Pharmacol. 2011;11:15.
26. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2009;3:287-308.
27. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2011;183(12):1359-66.
28. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. Circulation. 2014;129(1):28-41.

KAYNAKÇA

29. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Varenicline safety advisory. Available from: http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm.
30. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch (EAGLES trial). Lancet. 2016;387(10037):2507-2520.
31. Nur Savran F, et al. Nikotin bağımlılığında sitizin tedavisi. J Turk Fam Physician. 2025;16(2):124-136. doi:10.15511/tjtfp.25.00224.
32. Ofori S, Lu C, Olasupo OO, et al. Cytisine for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2023;251:110936.
33. De Santi O, Orellana M, Di Niro CA, Greco V. Evaluation of cytisine for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2024;119(4):649-663.
34. Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2023;9(9):CD015226.
35. Papadakis S, Robson J, McEwen A. Local stop smoking services and support: commissioning, delivery, and monitoring guidance. 2024
36. Musshoff F, Madea B. Fatal cytisine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. Forensic Sci Int. 2009;186(1-3):e1-4
37. Nikitabs. Ürün kısa bilgisi. Available from: https://pdf.ilacprospektusu.com/21410-nikitabs-1-5-mg-film-kapli-tablet-kt.pdf

05

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNE YAKLAŞIM



Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

5.1 KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREY VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Giriş

Sigara içmek koroner arter hastalığı (KAH) başta olmak üzere tüm kardiyovasküler hastalıklar açısından en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Binlerce yetişkini kapsayan büyük ölçekli kohort çalışmalarında sigara içmenin hem erkeklerde hem de kadınlarda tüm nedenlere bağlı ölüm riskini içmeyenlere kıyasla yaklaşık 2,8 kat artırdığı gösterilmiştir. KAH açısından bakıldığında ise günde en az 20 sigara içen kadınlarda miyokard enfarktüsü (MI) riski 6 kat, erkeklerde ise 3 kat artmaktadır. 52 ülkeyi kapsayan INTERHEART çalışması ilk kez MI geçiren vakaların yaklaşık üçte birinin sigara içimiyle doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Bir diğer önemli bulgu ise kadın sigara içicilerinin KAH geliştirme olasılığının erkek sigara içicilerine göre %25 daha fazla olmasıdır. Bu durum, kadınlarda sigaranın koroner damarlara verdiği hasarın daha belirgin olduğuna işaret etmektedir.

Sigara içmek, yalnızca sistemik aterosklerotik süreci hızlandırmakla kalmaz; koroner arterlerin işlevsel bütünlüğünü de doğrudan bozar. Sağlıklı koroner arter endoteli, artan metabolik talep karşısında nitrik oksit aracılıklı vazodilatasyon ile miyokardın kan akımını artırabilir. Sigara ise bu yanıtı ciddi ölçüde bozar. Sigara dumanındaki reaktif oksijen türleri, nitrik oksiti hızla inaktive eder ve biyoyararlanımını düşürür. Bu da miyokardın stres altında koroner akımını artırabilme kapasitesini belirgin şekilde azaltır. Bu durum, aterosklerotik darlık olmadan da miyokardiyal iskemiye zemin hazırlayabilir ve egzersiz toleransını kısıtlar.

Sigara çok düşük dozlarda bile KAH riskini artırabilir. Günde yalnızca bir sigara içmek bile KAH riskini yaklaşık %50 artırmaktadır. İçilen sigara sayısı arttıkça risk de orantılı biçimde yükselmektedir. Örneğin günde 15'ten az sigara içenlerde KAH riski içmeyenlere göre iki kat yükselirken; bu oran günde 15 ve üzeri sigara içenlerde 2,5 katına çıkmaktadır. Günde 40 ve üzeri sigara içmek ise MI geçirme olasılığını 9 kat artırmaktadır.
Daha önce KAH tanısı almış bireylerde sigara bırakmanın ardından bir yıl içinde kardiyovasküler olay riski %50 oranında azalmaktadır. Bu kişilerde sigara içmeye devam etmek, tekrarlayan MI ve ani kardiyak ölüm riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Revaskülarizasyon (stent ya da bypass) sonrasında sigarayı bırakmayanlarda ölüm oranı, bırakanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek seyretmektedir. Buna karşın, MI sonrasında sigarayı bırakan hastalarda tekrarlayan olay riski zamanla azalmakta; bu durum sigarayı bırakmanın tedavinin ayrılmaz bir parçası olduğunu açıkça göstermektedir.

Sonuç olarak, sigara içmek hem KAH gelişiminde hem de mevcut KAH'ın seyrini ağırlaştırmada bağımsız ve güçlü bir risk faktörüdür. Hiçbir güvenli kullanım dozu bulunmamaktadır; sigara miktarından bağımsız olarak bırakma, kardiyovasküler riski azaltmada en etkili müdahaleler arasındadır.

Birinci Basamak Bakışı

Birinci basamak sağlık hizmetleri veren aile hekimleri sigara içen bireylere düzenli ve uzun süreli temas eden tek sağlık profesyonelleridir. Bu da aile hekimlerine KAH olan ve sigara içen bireylerde sigarayı gündeme getirme ve sigara bıraktırma girişimlerini başlatmada önemli bir fırsat sunmaktadır.

Sigarayı bırakmak, endotelde ölçülebilir ve klinik olarak anlamlı bir iyileşme sağlar. Üstelik bu iyileşme, kilo alımı gibi olumsuz yan etkilerin varlığına rağmen gerçekleşmektedir. Dolayısıyla sigara bırakma müdahalesi, yalnızca gelecekteki KAH riskini azaltan bir önlem olarak değil; mevcut vasküler fonksiyonu aktif olarak iyileştiren bir tedavi olarak da düşünülmelidir.

KAH Olan Bireylerde Sigara Bıraktırma Stratejileri

Her sigara içicisine olduğu gibi KAH olan bireylere de her klinik görüşmede sigara bırakma önerisinde bulunulmalıdır. Sigarayı bırakmaya hazır olan KAH hastalarında motivasyonel görüşme, bilişsel-davranışçı tedavi, nikotin replasman tedavisi (NRT) veya uygun farmakolojik ajanların kullanımı bırakma başarısını artırır.

KAH tanılı hasta, sigara bıraktırma açısından diğer sigara içicilerden üç temel noktada ayrılır. Birincisi, sigaranın verdiği hasar zaten başlamıştır; endotel disfonksiyonu, koroner plak ve azalmış koroner akım rezervi mevcuttur. İkincisi, her yeni sigara tekrarlayan MI ve ani ölüm riskini artırır. Üçüncüsü ise herhangi bir KAH tanı anı hastada benzersiz bir motivasyon oluşturur ve hastalar bırakma girişimine daha açık hale gelir. KAH tanısı konulduktan sonraki ilk yıl hastaların sigarayı bırakmada en yüksek motivasyona sahip olduğu dönemdir; bırakanların büyük çoğunluğu bu dönemde başarılı olmaktadır.

KAH'lı hastalarda sigara bırakma yaklaşımı; hastanın motivasyonu, tercihleri ve eşlik eden klinik durumları göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir. Bu kapsamda, tedavi planı oluşturulurken komorbiditeler, olası ilaç etkileşimleri ve hasta uyumu dikkatle değerlendirilmelidir.

KAH Olan Bireylerde 5Ö Yaklaşımı

Adım	KAH'a Özel Uygulama	Mesaj
Öğren	• Tüm KAH olanlarda sigara ve diğer tütün ürünleri kullanımını sorgula. • Mevcut KAH kliniğiyle sigaranın ilişkisini değerlendir. • Göğüs ağrısı oluyor mu? • Stent/bypass öyksü var mı? • Son kardiyak olay ne zaman?	"Geçirdiğiniz kalp krizi ile sigara içmeniz arasında doğrudan bir bağlantı var, bunu birlikte konuşalım"
Öner	• Güçlü ve net bırakma mesajı ver. • Bırakma önerisinde KAH'ı kişisel ve somut bir tehlike olarak anlat. • Hastaneye yatış veya tanı sonrası başvuruyorsa bu "öğretme anı"nı yakala. • Revaskülarizasyon geçirmiş hastada stentin/bypassın sigarayla tıkanma riskini açıkla.	"Takılan stent, sigara içmeye devam ederseniz çok daha hızlı tıkanır. Bırakmak, tekrar ameliyat olma riskinizi azaltır"
Ölç	• Bırakmaya hazır olma durumu ve bağımlılık derecesini KAH bağlamında ölç. • Depresyon ve anksiyeteyi özellikle tara (KAH'ta sıktır ve bırakma başarısını doğrudan etkiler).	"Kalp sağlığınız için en etkili desteği sunabilmek adına sigaraya ne kadar bağımlı olduğunuzu ve bırakmaya ne kadar hazır hissettiğinizi anlamam gerekiyor."

Adım	KAH'a Özel Uygulama	Mesaj
Önderlik et	• Azaltmanın yeterli olmadığını net söyle • Her hastada motivasyonel görüşme ve bilişsel-davranışçı tedavi yöntemlerini kullan. • Farmakolojik tedavide ilk seçenek Vareniklin'i düşün. • Özellikle depresyon öyküsü, mevcut depresyonu, kilo alma kaygısı, iştah sorunu olan hastalarda bupropion tercih et. • Akut koroner olay sonrası erken dönemde NRT kullanma. • Sitizin kullanımı ile ilgili yeterince çalışma yok.	"Size en uygun ilacı birlikte başlayacağız, bu ilaçlar kalp hastalarında güvenle kullanılabiliyor ve bırakmanızı çok daha kolaylaştırıyor. Azaltmak yeterli değil, hedefiniz tamamen bırakmak olmalı."
Organize et	• KAH tanı anında reçetesine sigara bırakma ilacını yaz; 1. hafta, 1. ay ve 3. ay kontrol randevusu planla. • Kardiyak rehabilitasyon programına entegre et. • Her görüşmede yoksunluk belirtileri ve ilaç yan etkisi açısından takip et.	"Bugün reçetenizi yazıyorum ve önümüzdeki randevularımızı planlıyoruz, bırakma süreci bir günde bitmez, ama her adımda yanınızda olacağım."

Farmakolojik Yaklaşım

KAH olan bireylerde sigara bırakma tedavisinde farmakolojik ajanların seçimi, hastanın kardiyovasküler stabilitesine göre bireyselleştirilmelidir. Aşağıdaki klinik tablolarda nonfarmakolojik yöntemler öncelikli tercih olmalıdır:

- Hemodinamik açıdan stabil olmayan MI
- Stabil olmayan angina pektoris veya Prinzmetal anjina
- Yakın dönemde geçirilmiş serebrovasküler olay
- Şiddetli veya kontrol edilemeyen kardiyak aritmiler
- Kontrol edilemeyen hipertansiyon

Bu hasta grubunda ilk adım; motivasyonel görüşme ve bilişsel-davranışçı destek şeklinde nonfarmakolojik müdahalelerdir. Akut koroner olay varlığında hemodinamik değişkenlikten dolayı farmakolojik ajanlar riski artırabileceğinden bu yaklaşım önceliklidir. Bununla birlikte, nonfarmakolojik yöntemlerle bırakmanın sağlanamadığı durumlarda NRT ve diğer farmakolojik tedaviler klinisyenin değerlendirmesine göre dikkatli bir izlem eşliğinde düşünülebilir. Bu karar; hastanın klinik stabilitesi, kardiyovasküler riski ve sigara bırakmanın sağlayacağı net fayda gözetilerek bireysel olarak verilmelidir. Sigara içmeye devam etmenin kendisi de bu hasta grubunda önemli bir hemodinamik ve trombotik risk oluşturmaktadır. Dolayısıyla farmakolojik tedavinin ertelenmesi, tedavisiz bırakmanın getireceği riski her zaman göz önünde bulundurarak değerlendirilmelidir.

Akut kardiyovasküler hastalık evresinde NRT kontrendikedir. Sitizin yakın zamanda MI geçirmiş hastalarda veya ustabil anjinası olanlarda kullanılmamalıdır. Sitizinle yapılan ilk prospektif klinik çalışma sonuçları akut koroner sendrom yaşamış hastalarda sitizin tedavisinin olumsuz bir kardiyak olayla ilişkili olmadığını göstermişse de bu konuda yeterince kanıt birikmemiştir. Vareniklin en yüksek bırakma başarısı ile birinci seçenektir. Vareniklin başlanan hastalarda depresyon öyküsü varsa yakın izlem yapılmalıdır. E-sigaranın, bırakma tedavisinde yeri yok ve önerilmez. Hastalara klasik sigara ile benzer kardiyovasküler sonuçları olduğu vurgulanmalıdır.

Nüks Durumunda Yaklaşım

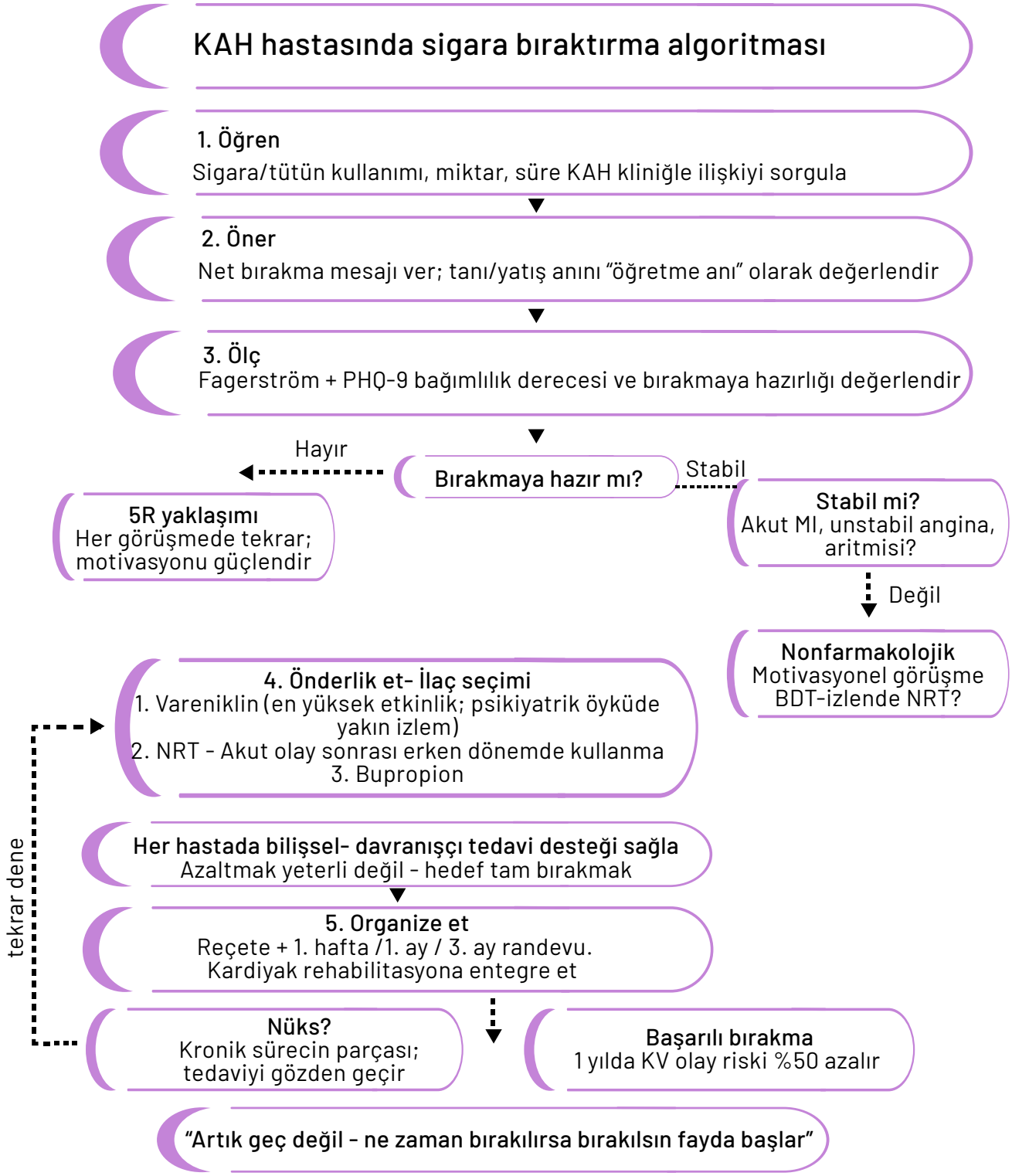
KAH hastasında nükse yaklaşım genel popülasyondan farklı bir aciliyet taşır. Her nüks, aktif kardiyovasküler risk döneminin uzaması anlamına gelir. Bu nedenle:

• Nüksü bir başarısızlık olarak değil, kronik bağımlılığın beklenen seyri olarak çerçevele.
• Bir önceki girişimde neyin işe yaradığını ve neyin başarısızlığa yol açtığını birlikte analiz et.
• Bilişsel-davranışçı tedaviyi yoğunlaştır.
• Farmakolojik tedaviyi değiştir veya kombine et.

Pratik Mesajlar

• Sigara içmek, önlenebilir birincil kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden biridir; KAH'a bağlı ölüm için bağımsız bir majör risk faktörüdür.
• Mevcut KVH'si olan hastalarda, sigara içmeye devam edenlerde tekrarlayan olay riski, sigara içmeyenlere kıyasla artmaktadır.
• Sigara bıraktıktan sonra elde edilen kardiyovasküler fayda, ne zaman bırakıldığından bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır, "artık geç" diye bir kavram yoktur.
• Pasif içiciliğe maruz kalmak da sigara içmeyenlerin KAH riskini artırır.

Nüks Durumunda Yaklaşım



KAYNAKÇA

1. Tütün Bağımlılığına Yaklaşım. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Birinci_Basamaga_Yonelik_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2026.pdf. Erişim Tarihi: 20.04.2026.
2. Benowitz NL, Pipe A, West R, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):622–631.
3. Ramotowski B, Budaj A. Is cytisine contraindicated in smoking patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention? Kardiol Pol. 2021;79(7-8):813-819.
4. Dollerup J, Vestbo J, Murray-Thomas T, Kaplan A, Martin RJ, Pizzichini E, Pizzichini MMM, Burden A, Martin J, Price DB. Cardiovascular risks in smokers treated with nicotine replacement therapy: a historical cohort study. Clin Epidemiol. 2017;9:231-243.
5. Ebbert JO, Wyatt KD, Hays JT, Klee EW, Hurt RD. Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. Patient Prefer Adherence. 2010;4:355-62.
6. Mihălțan FD, Ulmeanu R, Râjnoveanu A, Constantin AA. Cardiovascular Consequences of E-Cigarettes: A New Challenge for Cardiologists. J Clin Med. 2026;15(6):2226.
7. Mir H, Eisenberg MJ, Benowitz NL, Cowley E, Heshmati J, Jha P, Khara M, Mullen KA, Ofori SN, Rigotti NA, San Cartier R. Canadian Cardiovascular Society Clinical Practice Update on Contemporary Approaches to Smoking Cessation. Can J Cardiol. 2025;41(5):797-812.
8. Gao S, Huang S, Liu X, Yu M, Zhao L. Impact of smoking cessation on cardiovascular outcomes in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. Am J Prev Cardiol. 2025;23:101080.

Doç. Dr. Ersan GÜRSOY
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

5.2 PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN BİREY VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Giriş

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde sigara kullanımı, kronik hastalık yönetimi içinde özel dikkat gerektiren bir alandır. Bu grupta sigara kullanımı çoğu zaman daha ağır bağımlılık, daha sık relaps, daha yoğun yoksunluk belirtileri ve daha karmaşık klinik izlem gereksinimi ile birliktedir. Bununla birlikte psikiyatrik hastalık varlığı, sigara bırakma tedavisini erteleme ya da farmakolojik tedaviden kaçınma gerekçesi değildir. Tam tersine, bu bireylerde sigara bırakma desteği daha yapılandırılmış, daha yakın izlenen ve ruhsal durumla birlikte ele alınan bir süreç olarak planlanmalıdır. Bireylerin sigarayı "kendini yatıştırma" aracı olarak düşünmesi, yoksunluk döngüsü, tetikleyiciler ve daha etkili baş etme yolları üzerinden yeniden çerçevelenmesini gerektirir.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde sigara bırakma yaklaşımını genel popülasyondan ayıran temel noktalar; başlangıçta ruhsal stabilitenin değerlendirilmesi, nikotin yoksunluğu ile psikiyatrik alevlenmenin ayırt edilmesi, kullanılan psikotrop ilaçların sigara bırakma sonrası değişebilecek farmakokinetiğinin göz önünde bulundurulması ve ilk haftalarda daha sık takip gereksinimidir. Özellikle ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde davranışsal destek ile farmakolojik tedavinin birlikte verilmesi, bırakma başarısını artıran temel yaklaşımdır. Güncel kanıtlar vareniklin, bupropion ve nikotin replasman tedavisinin (NRT) bu grupta bırakma olasılığını artırdığını; kombine davranışsal ve farmakolojik yaklaşımın daha fazla yarar sağlayabileceğini göstermektedir.

Birinci Basamak Açısından Önemi

Birinci basamak, psikiyatrik hastalığı olan sigara kullanıcılarının tanınması ve tedaviye alınması için en uygun klinik ortamlardan biridir. Bu bireyler çoğu zaman reçete yenileme, uyku bozukluğu, somatik yakınmalar, kronik hastalık izlemi veya ruhsal belirtiler nedeniyle sık başvurur. Her başvuru, sigara kullanımını sorgulamak, bırakma isteğini değerlendirmek ve kısa bir müdahale ile süreci başlatmak için fırsattır. Birinci basamakta verilecek kısa, net ve kişiselleştirilmiş bırakma önerisi, özellikle bu hasta grubunda oldukça değerlidir; çünkü bu bireyler sigarayı bırakmak istemedikleri için değil, çoğu zaman bunun mümkün olmadığına inandıkları için girişimde bulunmamaktadır.

Birinci basamakta asıl fark, sigara bırakma tedavisinin sadece bağımlılık tedavisi olarak değil, aynı zamanda psikiyatrik hastalığın genel bakım planının bir parçası olarak yürütülmesidir. Sigara bırakıldıktan sonra bazı psikotrop ilaçların serum düzeyi yükselebilir; bu nedenle bırakma planı yapılırken mevcut psikiyatrik tedavi mutlaka gözden geçirilmelidir. Özellikle klozapin ve olanzapin kullanan hastalarda sigaranın bırakılması sonrasında yan etki ve toksisite açısından daha dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle aile hekimi, yalnızca “sigarayı bırak” diyen kişi değil; bırakma sürecini ruhsal durum ve ilaç yönetimiyle birlikte planlayan klinisyen olmalıdır.

Klinik Yaklaşım Basamakları

Psikiyatrik Hastalarda 5A Modeli

Her başvuruda sigara kullanımı sorgulanmalı ve kaydedilmelidir. Bırakma önerisi açık, güçlü ve yargılayıcı olmayan biçimde verilmelidir. Ancak psikiyatrik hastalığı olan bireyde değerlendirme bununla sınırlı kalmamalıdır. Tanının ne olduğu, hastalığın stabil olup olmadığı, son dönemde psikotik alevlenme, mani/hipomani, ağır depresif kötüleşme veya özkıyım düşüncesi bulunup bulunmadığı, eşlik eden alkol ya da madde kullanımı, kullanılan psikotrop ilaçlar, önceki bırakma girişimleri ve daha önce bırakma tedavileri sırasında yaşanan sorunlar mutlaka sorgulanmalıdır. Bu başlangıç değerlendirmesi, sonraki izlemde yoksunluk belirtileri ile gerçek psikiyatrik kötüleşmeyi ayırt edebilmek için gereklidir.

Hazırlık Durumuna Göre Yaklaşım

Bırakmaya hazır olmayan hastada 5R yaklaşımı kullanılmalıdır. Ancak psikiyatrik hastalık grubunda bu görüşme daha özenli yürütülmelidir. "Sigara beni sakinleştiriyor", "bırakırsam hastalığım kötüleşir", "zaten ilaç kullanıyorum, bir de bunu kaldıramam" gibi düşünceler sık görülür. Bu noktada amaç, hastanın deneyimini küçümsemek değil; sigaranın çoğu zaman nikotin yoksunluğunu kısa süreli bastırdığını, uzun vadede ise kaygı, bağımlılık ve fiziksel hastalık yükünü artırdığını açıklamaktır. Hazır olan hastada bırakma tarihi belirlenmeli, ilk 1-2 hafta için yakın takip planlanmalı ve tedavi erken dönemde yalnız bırakılmamalıdır.

Bağımlılık Düzeyi ve Risk Değerlendirmesi

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi bağımlılık şiddetini belirlemede yararlıdır; ancak psikiyatrik hastada tek başına yeterli değildir. Sabah ilk sigaranın çok erken içilmesi, yoğun aşerme, sık relaps öyküsü, stresle baş etmede sigaraya aşırı yüklenme, kapalı alanlarda nikotinsiz kalamama ve eşlik eden madde kullanımı daha zor bir bırakma sürecine işaret eder. Bu hastalarda çoğu zaman daha erken farmakolojik destek, daha yoğun davranışsal müdahale ve daha sık yüz yüze ya da telefonla izlem gerekir.

Psikiyatrik Hastada Farmakolojik Tedavi Seçimi

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde kullanılan sigara bırakma ilaçları genel popülasyondan tamamen farklı değildir; fark, hangi hastada hangi ilacın tercih edileceği ve ne sıklıkta izleneceğidir. Güncel rehberler davranışsal destek ile farmakoterapinin birlikte kullanılmasını önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü erişkin tütün bırakma tedavisinde davranışsal desteğe ek olarak vareniklin, NRT, bupropion ve sitizini etkili seçenekler arasında saymaktadır. Bununla birlikte ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde psikiyatrik açıdan en iyi desteklenen ilaçlar halen vareniklin, NRT ve bupropiondur; sitizin için bu alt gruptaki veri daha sınırlıdır.

Farmakolojik Tedaviler

Tedavi	Endikasyon	Psikiyatrik hastalıklara özgü dikkat noktaları	Pratik öneriler
Vareniklin	Klinik olarak stabil psikiyatrik hastalığı olan, yüksek bağımlılık düzeyi bulunan bireylerde güçlü bir seçenektir. Ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda da etkili olabilir.	Psikiyatrik hastalık tek başına kontrendikasyon değildir. Ancak aktif mani, psikotik dekompansasyon, belirgin özkıyım riski veya ağır alevlenme döneminde daha yakın izlem gerekir. İlk haftalarda ajitasyon, uyku değişikliği ve duygu durum dalgalanması açısından dikkatli olunmalıdır.	Tedavi öncesi ruhsal durum kaydedilmeli, özellikle ilk 1–2 haftada yakın kontrol yapılmalıdır. Önceki bırakma girişimlerinde hızlı relaps yaşayanlarda iyi bir seçenektir.
NRT	Yoğun yoksunluk beklenen, ani sigarasız kalınan, polifarmasisi olan veya vareniklinin uygun olmadığı psikiyatrik hastalarda yararlıdır. Kombine NRT ağır bağımlılıkta daha etkilidir.	Psikiyatrik hastalık açısından özgül kontrendikasyon yoktur. Psikiyatri servisinde yatan, bilişsel organizasyonu zayıf veya çoklu ilaç kullanan hastalarda pratik bir seçenektir. Klozapin ve olanzapin düzey değişikliğinin nedeni NRT değil, sigaranın bırakılmasıdır.	Özellikle şiddetli yoksunluk, sabah erken sigara ihtiyacı ve ilk gün relapsı olan hastalarda kombine NRT etkili ve güvenli bir seçenektir.
Bupropion	Vareniklinin uygun olmadığı ya da tolere edilemediği durumlarda alternatif olarak düşünülebilir. Psikiyatrik hastalarda hasta seçimi daha dikkatli yapılmalıdır.	Nöbet öyküsü, yeme bozukluğu ve nöbet eşiğini düşüren durumlarda kullanılmamalıdır. Bipolar bozukluk, belirgin ajitasyon veya psikotik belirtileri olan bireylerde daha seçici olunmalıdır. Uykusuzluk ve ajitasyon açısından yakın izlem gerekir.	Başlamadan önce nöbet riski, mevcut psikotrop ilaçlar, uyku düzeni ve ajitasyon düzeyi mutlaka değerlendirilmelidir. Rutin değil, seçilmiş olgularda tercih edilmelidir.

Özel Durumlar

Psikotik bozukluklar ve antipsikotik kullanımı: Bu grup, psikiyatrik hastalarda sigara bırakma tedavisinin en ayırt edici alanıdır. Sigara bırakıldıktan sonra klozapin ve olanzapin düzeyleri yükselebilir; sedasyon, hipotansiyon, ekstrapiramidal yan etkiler ve toksisite riski artabilir. Bu etkileşim nikotinden değil, tütün dumanındaki polisiklik aromatik hidrokarbonların CYP1A2 indüksiyonundan kaynaklanır. Bu nedenle hasta NRT kullansa bile ilaç etkileşimi ortadan kalkmaz. Klozapin veya olanzapin kullanan hastalarda bırakma kararı verildiğinde yan etki izlemi yapılmalı, gerekirse doz azaltımı ve mümkünse düzey takibi planlanmalıdır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları: Bu grupta temel klinik zorluk, nikotin yoksunluğuna bağlı geçici çökkünlük, huzursuzluk ve uykusuzluk ile gerçek hastalık kötüleşmesini ayırt etmektir. Buna rağmen sigarayı bırakmanın uzun vadede ruhsal iyilik hali üzerinde olumsuz değil, çoğu zaman olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Hastaya bu bilgi verilmeli; ancak erken dönemde duygu durum, panik belirtileri, anhedoni ve özkıyım düşüncesi aktif biçimde sorgulanmalıdır.

Bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu: Duygu durum dalgalanmaları, impulsivite ve eşlik eden diğer bağımlılıklar bırakma sürecini zorlaştırabilir. Bu nedenle daha sık görüşme, daha yoğun davranışsal destek ve daha düşük eşikte yeniden değerlendirme gerekir. "Önce diğer sorun düzelsin, sonra sigara" yaklaşımı çoğu zaman fırsat kaçırılmasına neden olur.

Nüks Yönetimi ve Takip

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde nüks, yalnızca nikotin bağımlılığının değil; stres yükünün, yalnızlığın, sosyal çevrenin, duygusal tetikleyicilerin ve eşlik eden ruhsal belirtilerin ortak sonucudur. Bu nedenle nüks suçlayıcı değil, yeniden yapılandırıcı bir yaklaşımla ele alınmalıdır. "Kayma" ile "tam nüks" ayrımı yapılmalı; hasta yeniden değerlendirilerek tetikleyiciler, yoksunluk belirtileri, ilaç toleransı ve ruhsal durum gözden geçirilmelidir. İlk hafta, ikinci hafta, birinci ay ve üçüncü ay takipleri özellikle değerlidir.

Pratik Mesajlar

Psikiyatrik hastalık, sigara bırakma tedavisini dışlama nedeni değildir; daha planlı ve daha yakın izlem gerektiren bir durumdur. Bu grupta tedavinin farkı, yalnızca ilaç seçiminde değil; ruhsal stabilitenin başlangıçta değerlendirilmesinde, yoksunluk ile psikiyatrik kötüleşmenin ayrılmasında, ilk haftalarda daha sık takip yapılmasında ve psikotrop ilaç etkileşimlerinin unutulmamasındadır. Stabil hastaların çoğunda vareniklin veya kombine NRT etkili seçeneklerdir; bupropion ise uygun seçilmiş olgularda düşünülmelidir. Klozapin ve olanzapin kullananlarda sigara bırakma sonrası doz ve yan etki izlemi mutlaka planlanmalıdır. En etkili yaklaşım, davranışsal destek ile farmakoterapiyi birlikte vermektir.


PSİKİYATRİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE SİGARA BIRAKMA KLİNİK KARAR ALGORİTMASI
1. BAŞVURU: Psikiyatrik hastalığı olan birey başvurur.
2. İLK DEĞERLENDİRME:
• Sigara kullanımı sorgulanır ve kaydedilir
• Ruhsal durumun stabilitesi değerlendirilir
• Kullanılan psikotrop ilaçlar gözden geçirilir
3. BIRAKMA İSTEĞİ DEĞERLENDİRİLİR
BIRAKMAYA HAZIR DEĞİL
BIRAKMAYA HAZIR
5R MOTİVASYONEL GÖRÜŞMESİ
KISA ARALIKLI YENİDEN DEĞERLENDİRME
HAZIRLIK VE PLANLAMA
• Bırakma tarihi belirlenir
• Bağımlılık düzeyi ve yoksunluk riski değerlendirilir
• Klozapin/olanzapin ve diğer etkileşime açık ilaçlar açısından tedavi planı gözden geçirilir
4. TEDAVİ SEÇİMİ:
• Uygun farmakoterapi başlanır
• Stabil hastalarda varenikl̇in veya kombinasyon nikotin replasman tedavisi (NRT) ön planda düşünülür
• Seçilmiş olgularda bupropion değerlendirilir
• Davranışsal destek eşzamanlı planlanır
5. YAKIN İZLEM (İlk 1-2 hafta):
• Yakın kontrol yapılır
• Yan etkiler, yoksunluk belirtileri ve psikiyatrik kötüleşme açısından değerlendirme yapılır
6. İZLEM SONUCU
NÜKS / KÖTÜLEŞME
BAŞARILI İLERLEME
YENİDEN DEĞERLENDİRME VE MÜDAHALE
• Tetikleyiciler yeniden değerlendirilir
• Farmakolojik ve davranışsal tedavi gözden geçirilir
• Gerekirse psikiyatri polikliniğine yönlendirilir
SÜRDÜRME VE TAKİP
• Tedavi sürdürülür
• Relaps önleyici destek verilir
• Düzenli takip planlanır

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE guideline NG209. London: NICE; 2021. Updated 2025.
3. Bekkering GE, Detraux J, López-López JA, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness: systematic review and network meta-analysis. BMJ Med. 2026;5(1):e002190.
4. Evins AE, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with psychotic, anxiety, and mood disorders in the EAGLES trial. J Clin Psychopharmacol. 2019;39(2):108-116.
5. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders: a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016;387(10037):2507-2520.
6. National Centre for Smoking Cessation and Training. Tobacco dependence and mental health. London: NCSCT; 2025.
7. Oxford Health NHS Foundation Trust. Guidance on the effects of smoking and smoking cessation on psychotropics and other medications. Oxford: Oxford Health NHS Foundation Trust; 2023.
8. Taylor GMJ, Baker AL, Fox N, Kessler DS, Aveyard P, Munafò MR. Addressing concerns about smoking cessation and mental health: theoretical review and practical guide for healthcare professionals. BJPsych Advances. 2021;27(2):85-95. doi:10.1192/bja.2020.52.
9. Wu AD, Gao M, Aveyard P, Taylor G. Smoking Cessation and Changes in Anxiety and Depression in Adults With and Without Psychiatric Disorders. JAMA Netw Open. 2023;6(5):e2316111.

Doç. Dr. Ersan GÜRSOY
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

5.3 KANSER TEDAVİSİ GÖREN BİREY VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Giriş

Kanser tanısı alan bireylerde sigara bırakma tedavisi, yalnızca genel sağlık yararı sağlayan bir yaşam tarzı müdahalesi değildir; doğrudan kanser tedavisinin başarısını etkileyen klinik bir girişimdir. Kanser tanısından sonra sigara içmeye devam edilmesi; tedavi toksisitesinde artış, tedavi yanıtında azalma, ikinci primer kanser riskinde artış, kanser ilişkili ve tüm nedenlere bağlı mortalitede yükselme ile ilişkilidir. Buna karşılık sigarayı bırakmak, kanser prognozunu ve diğer sağlık sonuçlarını iyileştirir. Özellikle tanıdan sonraki ilk 6 ay içinde kanıta dayalı bir bırakma programına giren hastalarda sağkalım yararı daha belirgindir.

Kanser hastasında sigara bırakma yaklaşımını genel popülasyondan ayıran temel nokta, bırakma tedavisinin kanser bakımının ayrılmaz parçası olmasıdır. Sigara bırakma, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi veya sistemik tedaviler tamamlandıktan sonraya ertelenmemelidir. Kanser tedavisi sürerken de bırakma desteği verilmelidir; çünkü "önce kanser tedavisi bitsin" yaklaşımı hem tedavi etkinliğini azaltabilir hem de önemli bir fırsat penceresinin kaçırılmasına yol açabilir. NCCN (National Comprehensive Cancer Network), kanserli tüm sigara kullanıcılarında tedavi planının üç temel bileşeni içermesini önerir: davranışsal destek, kanıta dayalı farmakoterapi ve yakın izlem/yeniden tedavi.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamakta izlenen kanser hastaları, çoğu zaman aktif tedavi sürecinde ya da tedavi sonrası izlem dönemindedir. Bu nedenle aile hekimi, onkoloji ile paralel biçimde sigara bırakma tedavisini sürdürebilecek en önemli klinisyenlerden biridir. Her başvuruda sigara kullanımı sorgulanmalı, bırakma isteği değerlendirilmelidir. Özellikle cerrahi planlanan, radyoterapi alan, kemoterapiye bağlı semptom yükü yüksek olan ya da distress düzeyi artmış hastalarda bırakma girişimi daha yapılandırılmış biçimde desteklenmelidir. Kanser bakımında sigara bırakma desteğinin sistematik verilmesi, kapsamlı onkolojik bakımın parçası olarak görülmektedir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

İlk değerlendirmede yalnızca sigara içip içmediği değil; mevcut kanser tipi, tedavi evresi, planlanan cerrahi, aktif kemoterapi veya radyoterapi durumu, oral alım, mukozit/stomatit varlığı, bulantı-kusma, ağrı, distress, depresyon-anksiyete belirtileri, eşlik eden alkol veya diğer madde kullanımı ve mevcut ilaçlar birlikte gözden geçirilmelidir. Kanser hastasında bırakma tedavisinin başarısı, nikotin bağımlılığı kadar semptom yükü ve tedavi toleransı ile de ilişkilidir. Bu nedenle değerlendirme, "kanser tedavisi alan bir sigara içicisi" bakış açısıyla yapılmalıdır.

Bırakmaya hazır olmayan hastada kısa motivasyonel görüşme yapılmalı ve her ziyarette konu yeniden açılmalıdır. Hazır olan hastada ise bırakma tarihi mümkün olduğunca geciktirilmeden belirlenmeli, davranışsal destek ile farmakoterapi birlikte başlanmalıdır. Kanser hastalarında yalnızca öğüt vermek çoğu zaman yetersizdir; en etkili yaklaşım çok bileşenli tedavidir.

FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Vareniklin

Kanser hastalarında güçlü bir seçenektir. Oral ilaç kullanımı mümkün olan, belirgin kontrendikasyonu olmayan ve yakın izlenebilecek hastalarda ilk seçeneklerden biri olarak düşünülebilir. Standart titrasyonla başlanır ve genellikle en az 12 hafta kullanılır; bırakma sağlanırsa tedavi uzatılabilir. Kanser hastalarında özellikle yoğun bağımlılık, önceki başarısız bırakma öyküsü ve hızlı relaps varlığında değerlidir. Ancak oral alımı bozulan veya tedaviye bağlı ciddi gastrointestinal yakınmaları olan hastalarda pratik uygulanabilirlik ayrıca düşünülmelidir.

Nikotin replasman tedavisi (NRT)

Kanser hastasında özellikle hızlı yoksunluk kontrolü gereken, hastaneye yatışı olan, ani sigarasız kalan ya da oral ilaç kullanımı güçleşen durumlarda çok yararlıdır. Kanser bakımında sık kullanılan yaklaşım, nikotin bandı ile nikotin sakızı gibi kısa etkili bir NRT formunun kombinasyonudur. Bununla birlikte oral NRT ürünleri, oral mukozayı irrite edebileceği için oral kanseri olanlarda veya baş-boyun kanseri nedeniyle radyoterapi/kemoterapi alıp stomatit-mukozit gelişenlerde uygun olmayabilir; bu hastalarda transdermal seçenekler daha uygun olabilir. Doku rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda ise perioperatif dönemde NRT seçimi cerrah ve ekip ile bireyselleştirilmelidir.

Bupropion

Vareniklinin uygun olmadığı veya tolere edilemediği durumlarda alternatif olarak düşünülebilir. Ancak kanser hastasında kullanım kararı daha seçici verilmelidir. Nöbet riski, uykusuzluk, belirgin ajitasyon, yeme bozukluğu öyküsü ve eşzamanlı ilaçlar dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle önemli bir onkolojik nokta olarak, tamoksifen kullanan hastalarda bupropion ile birlikte kullanımdan kaçınılmalıdır; çünkü bupropion tamoksifenin aktif metabolitlerine dönüşümünü azaltarak etkinliğini düşürebilir. Bu nedenle hormon reseptör pozitif meme kanseri olan bireylerde ilaç seçimi mutlaka tedavi planı ile birlikte düşünülmelidir.

ÖZEL DURUMLAR

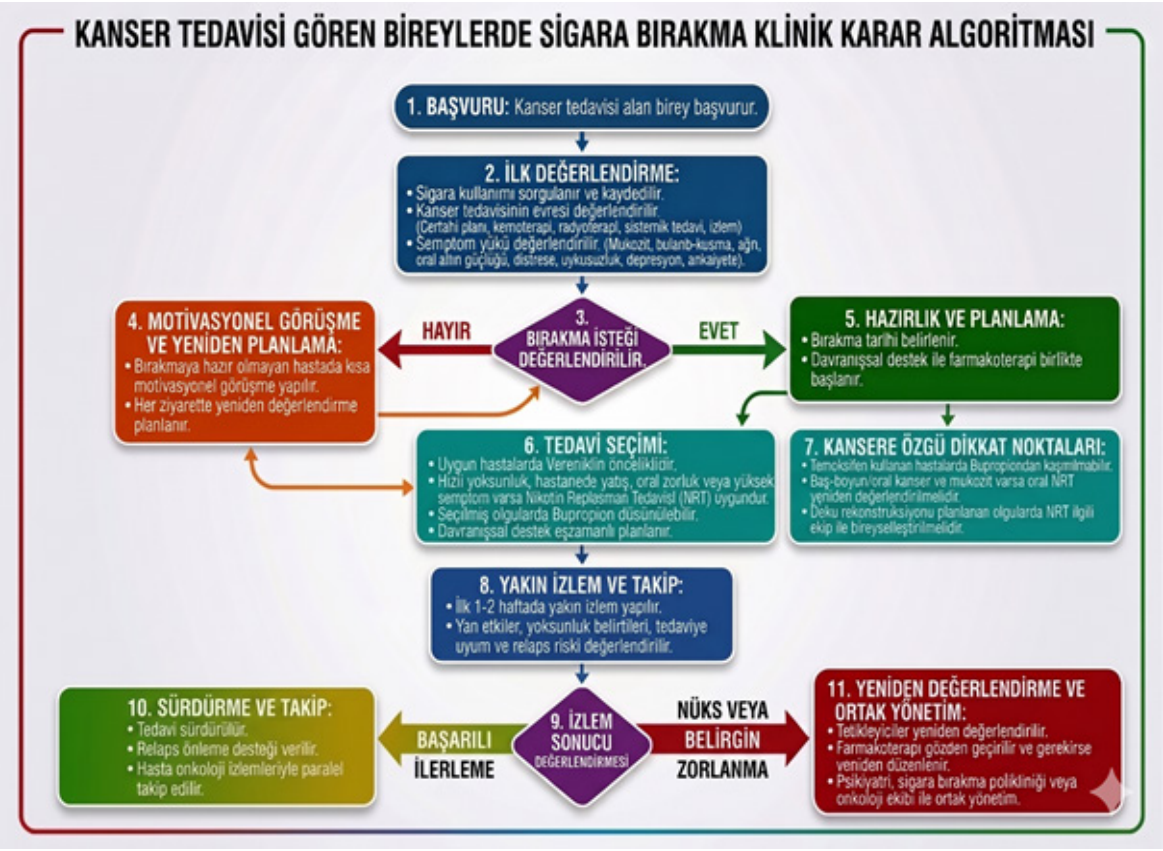
Cerrahi planlanan hastalar: Sigara bırakma, cerrahi öncesi dönemde özellikle önemlidir. Sigara içmeye devam edilmesi pulmoner komplikasyon, cerrahi alan enfeksiyonu ve yara iyileşmesinde bozulma riskini artırır. Bu nedenle ameliyat öncesi değerlendirme, aynı zamanda sigara bırakma müdahalesi için bir fırsat olarak görülmelidir.

Baş-boyun ve oral kanser hastaları: Bu grupta mukozit, oral ağrı, disfaji ve stomatit sık olduğundan bırakma tedavisinin formu önem kazanır. Oral NRT ürünleri her zaman uygun olmayabilir; transdermal tedavi veya oral olmayan yaklaşımlar daha uygulanabilir olabilir.

Yüksek distress, anksiyete, depresyon veya insomnia varlığı: Kanser ilişkili distress ve eşlik eden psikiyatrik belirtiler, bırakma başarısını ciddi biçimde etkileyebilir. Bu hastalarda sigara bırakma tedavisi, psikiyatri/psikoonkoloji ve gerektiğinde palyatif bakım desteği ile birlikte yürütülmelidir. Kanser ilişkili distress ile eşzamanlı psikiyatrik durumların aktif olarak değerlendirilmesi ve gerektiğinde psikiyatriye yönlendirilmesi önerilmektedir.

PRATİK MESAJLAR

• Kanser hastasında sigara bırakma tedavisi "ek bir öneri" değil, aktif kanser bakımının bir parçasıdır.
• En yüksek yarar, tanıdan sonra mümkün olan en erken dönemde bırakma desteği verildiğinde görülür.
• Bu grupta en etkili yaklaşım davranışsal destek ile farmakoterapinin birlikte başlanması ve yakın izlemdir.
• Vareniklin çoğu hasta için güçlü bir seçenektir; NRT özellikle semptom yükü yüksek veya hızlı yoksunluk yaşayan hastalarda çok işlevseldir; bupropion ise seçilmiş olgularda düşünülmelidir.
• Kanser hastasına özgü farklar; mukozit ve oral alım sorunları, perioperatif durumlar, tamoksifen gibi ilaç etkileşimleri ve distress yönetimidir.



KAYNAKÇA

1. Shields PG, Bierut L, Arenberg D, Balis D, Cinciripini PM, Davis J, et al. Smoking Cessation, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2023;21(3):297-322

2. U.S. National Cancer Institute. Treating Smoking in Cancer Patients: An Essential Component of Cancer Care. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 23. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2022.

3. The University of Texas MD Anderson Cancer Center. Tobacco cessation [Internet]. Houston (TX): MD Anderson Cancer Center; [Erişim tarihi: 09.04.2026]. URL: https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/programs-centers/endtobacco-program/tobacco-cessation.html

4. Cinciripini PM, Kypriotakis G, Blalock JA, Karam-Hage M, Beneventi DM, Robinson JD, et al. Survival outcomes of an early intervention smoking cessation treatment after a cancer diagnosis. JAMA Oncol. 2024;10(12):1689-1696.

5. Scholten PR, Stalpers LJA, Bronsema I, van Os RM, Westerveld H, van Lonkhuijzen LRCW. The effectiveness of smoking cessation interventions after cancer diagnosis: a systematic review and meta-analysis. J Cancer Policy. 2024;39:100463.

6. Aduse-Poku L, Cheng HG, Palesh O, Hong S. Effective smoking cessation interventions in people with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Tob Prev Cessation. 2025;11(December):59.

7. Gaikwad RN, Alqifari F, Alnasser M, Bajad P, Jain P, Gondivkar S. Smoking cessation interventions in patients diagnosed with head and neck cancers: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Health Sci (Qassim). 2023;17(5):45-53.

8. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians. CA Cancer J Clin. 2014;64(4):272-290.

9. Jassem J. Tobacco smoking after diagnosis of cancer: clinical aspects. Transl Lung Cancer Res. 2019;8(Suppl 1):S50-S58.

Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir Kaya
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

5.4 DİĞER BAĞIMLILIKLAR VE SİGARA TEDAVİSİ

Giriş

Bağımlılık, beynin ödül sistemini hedef alan kronik ve nükslerle seyreden, önlenebilir bir hastalıktır. Alkol, madde ve diğer davranışsal bağımlılıklar gibi bağımlılıkları olan bireylerde tütün kullanım oranları genel popülasyondan çok daha yüksektir. Güncel bilimsel veriler sigaranın diğer bağımlılıklarla eş zamanlı bırakılmasının genel bağımlılıktan ayrılış başarısını artırdığını göstermektedir.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak hekimi, bağımlılık döngüsündeki hastayla ilk karşılaşandır. Genel popülasyona göre alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha fazla sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duymaları, birinci basamağın, madde kullanım bozukluğu tedavisi için en uygun yer olduğunu düşündürmektedir. Birinci basamak, hizmet veren çalışanlarla hastaların güvenli bir bağ kurması açısından kritik öneme sahiptir. Birinci basamakta kişinin ailesi ve sosyal çevresi beraber değerlendirilmektedir. Dolayısıyla tüm bağımlılıkların erken saptanması ve erken müdahale edilmesi konusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının kritik ve eşsiz bir rolü vardır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının mesleki pratiklerinde bağımlıklarla ilgili yaklaşımları; birincil ve ikincil koruma hizmetleri kapsamında son derece önemlidir. Tüm bu yaklaşımlarla sigara bıraktırmada diğer bağımlılıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer bağımlılıkların varlığı, sigara bırakma sürecinde şu açılardan kritiktir. Özellikle alkol veya madde kullanımı, nikotin reseptörlerini aktive ederek sigara içme arzusunu (craving) tetikler. Bu hastalar genellikle daha yüksek stres seviyelerine ve daha zayıf sosyal destek mekanizmalarına sahip olduklarından psikososyal olarak karmaşık olabilmektedirler. Ayrıca sigarayı bırakmak, hastanın "bağımlı kimliğinden" sıyrılıp "sağlıklı yaşam" modeline geçişindeki en güçlü psikolojik zaferdir. Bu da kalıcı iyileşme için önemli bir adım olabilmektedir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Çoklu bağımlılığı olan hastada 5Ö Modeli uygulanırken eylem odaklı şu stratejiler izlenmelidir:

• **Öğren (Ask):** Sadece tütün değil, alkol ve madde kullanım öyküsü de olarak miktar ve sıklık sorgulanmalıdır.
• **Öner (Advise):** Öneri, hastanın diğer bağımlılığından kurtulma çabasıyla ilişkilendirilmelidir: "Sigarayı bırakmanız, alkolden uzak durma başarınızı da artıracaktır".
• **Ölç (Assess):** Hastanın psikiyatrik stabilitesi ve nüks riski değerlendirilmelidir.
• Önderlik Et (Assist): Farmakoterapi bu grupta vazgeçilmezdir. Nöbet riski veya depresyon öyküsü gibi durumlar ilaç seçimini doğrudan etkiler. Farmakoterapi kararı psikiyatrik durum ve yoksunluk riski değerlendirildikten sonra verilmeli; davranışsal destek her aşamada ülmelidir.
• **Organize et (Arrange):** Alkol Madde Tedavi Merkezleri (AMATEM) ile koordineli bir takip planı oluşturulmalı gerekirse hastanın tedavi ve takibi AMATEM'de devam etmelidir.

ÖZEL DURUMLAR

Alkol Kullanım Bozukluğu

Alkol ve nikotin, dopaminerjik sistem üzerinden birbirini pekiştirir.
• **Yaklaşım:** Alkol yoksunluğu döneminde nikotin yoksunluğunun eklenmesi durumu zorlaştırır; ancak alkol tedavisi stabilize olur olmaz sigara bırakma müdahalesi başlatılmalıdır.
• **İlaç Seçimi:** Alkol yoksunluğu nöbet riski taşıdığı için Bupropion bu hastalarda dikkatli kullanılmalı.

Opioid ve Diğer Madde Bağımlılıkları

Bu hastalarda tütün, yoksunluk döneminde bir "başa çıkma mekanizması" olarak kullanılır.
• **Yaklaşım:** Yüksek doz nikotin replasmanı tedavisi genellikle gereklidir.
• **Pratik Mesaj:** Sigara bırakıldığında, madde kullanımına yönelik aşerme duygusunun azalabileceği hastaya anlatılmalıdır.

Davranışsal Bağımlılıklar (Teknoloji, Kumar)

Ekran veya oyun bağımlılığı olan bireylerde sigara, uzun süreli odaklanma ile birlikte daha fazla kullanılmaktadır.
• **Yaklaşım:** Bilişsel-davranışsal tedavi teknikleri (tetikleyici kontrolü) ön planda tutulmalıdır.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ STANDARTLARI

Her bağımlı hasta için özgün bir algoritma gereklidir:

• **Sitizin:** Psikiyatrik eştanısı olan veya Vareniklin tolere edemeyen hastalarda güvenli ve bitkisel tabanlı bir alternatiftir.

• **Vareniklin:** Bağımlılık şiddeti yüksek hastalarda altın standarttır; ancak nöropsikiyatrik yan etkiler açısından yakından izlenmelidir.

• **Nikotin Replasman Tedavisi:** Özellikle bant formu, madde kullanıcılarında uyum açısından avantaj sağlar.

• **Bupropion:** Özellikle alkol yoksunluğunda nöbet riski olabileceğinden dikkatli kullanılmalı ve ilk tercih olmamalı.

PRATİK MESAJLAR

Opioid ve Diğer Madde Bağımlılıkları

• Sigara bırakma, diğer bağımlılıkların tedavisini engellemez; tam aksine destekler.

• Bağımlılık yapan maddelerden veya davranışlardan sırasıyla kurtulmak yerine, bütüncül (hepsinden kurtulma) iyileşme hedeflenmelidir.

• Nüks durumunda hasta yargılanmamalı, nüksün kronik hastalığın bir parçası olduğu kabul edilerek tedavi revize edilmelidir.



KAYNAKÇA

1. Gilman JM, Cather C, Reeder HT, et al. Cannabis Use and Nicotine Vaping Cessation Outcomes: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 20258(12):e2547799.
2. Palombo P, Akana N, Bowen A, et al. The Pharmaceutically Enhanced Reinforcement for Reduced Alcohol and Smoking (PERRAS) Study: Protocol for a randomized clinical trial. Contemp Clin Trials. 2026;161:108189.
3. Kaygısız, B. Bağımlılık ve İlaç Suistimali. Osmangazi Tıp Dergisi, 47(Beyin Farkındalığı 2025 Özel Sayısı), 34-42.
4. Chiseya LS, Myers B. "Cigarettes led me back to smoking tik": lived experience perspectives on tobacco use during substance use treatment and recovery in South Africa. Addict Sci Clin Pract. 2026;21(1):29.
5. Chandran A, Veldhuizen S, Mehra K, et al. Behaviour change techniques reported in intervention studies of alcohol and tobacco use: a rapid review. Health Psychol Behav Med. 2025;13(1):2554182.
6. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(2):90-8.
7. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3(3):CD008286.
8. Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010;362(24):2295-303.
9. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD009329.
10. Soyka M, Rösner S. Modern pharmacotherapy guidance for treating alcohol use disorders. Expert Opin Pharmacother. 2025;26(2):147-156.

Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir Kaya
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

5.5 DİĞER KRONİK HASTALIKLAR VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Giriş

Dünyada ve ülkemizde önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelen tütün bağımlılığı, birçok hastalığın seyrinde önemli bir problem olmakla beraber özellikle kronik hastalığı olan bireylerde tabloyu çok daha komplike hale getirmektedir. Sigara kullanımı, mevcut kronik patolojilerin progresyonunu hızlandırmakta, komplikasyon riskini artırmakta ve farmakolojik tedavilerin etkinliğini etkileyebilmektedir. Kronik hastalıklarla mücadele, sadece semptomatik düzetlmelerle değil, aynı zamanda risk faktörlerinin modifikasyonunu da içerir. Bu bağlamda, sigara bırakma müdahalesi, medikal tedavinin zorunlu ve en maliyet-etkin bileşenidir.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Aile hekimleri, kronik hastaların uzun süreli takibini yapan ve koruyucu ve önleyici rol üstlenen en önemli sağlık bileşenidirler. Birinci basamakta sigara bırakma müdahalesinin önemini süreklilik, bütüncül yaklaşım ile primer ve sekonder koruma olarak üç temel noktada toplanabilir. Süreklilik anlamında, hastalar rutin kontrolleri için aile sağlığı merkezlerine sık başvururlar. Her başvuru, bırakma motivasyonunu tazelemek için bir fırsat penceresidir. Bütüncül yaklaşım açısından aile hekimi, hastanın sosyal çevresini, polifarmasisini ve komorbiditelerini bir arada değerlendirir. Primer ve sekonder koruma konusunda ise sigaranın bırakılması, kronik hastalıkların seyrini yavaşlatan ve komplikasyon riskini azaltan kanıtlanmış önemli bir müdahaledir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Kronik hastalığı olan bireylerde sistematik 5A Modeli (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) uygulanırken, müdahale hastanın spesifik hastalığına göre kişiselleştirilmelidir:

• **Sor (Ask):** Her başvuruda sigara kullanımı sorgulanmalı ve ayrıca pazif maruziyet de kapsamlı sorulmalıdır.
• **Öner (Advise):** Öneri net ve güçlü olmalıdır. Ancak kronik hastalarda en etkili yöntem öneriyi hastalıkla ilişkilendirmektir: "Sigarayı bırakmanız, KOAH ile mücadele etmemize ve hastalığınızı daha iyi kontrol etmemize yardımcı olacaktır."
• **Değerlendir (Assess):** Hastanın bağımlılık düzeyi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmeli ve bırakma konusundaki istekliliği değerlendirilmelidir.
• **Yardım Et (Assist):** Kronik hastada ilaç etkileşimleri ve kontrendikasyonlar göz önüne alınarak bir tedavi planı (davranışsal + farmakolojik) oluşturulmalıdır.
• **Düzenle (Arrange):** İzlem randevuları, hastanın kronik hastalık kontrol günlerine denk getirilerek uyum artırılmalıdır.

ÖZEL DURUMLAR

Sigara kullanımı insülin direncini artırır ve mikrovasküler (retinopati, nefropati) ve makrovasküler komplikasyonları hızlandırır.
• **Yaklaşım:** Bırakma sürecinde hastalar geçici bir iştah artışı ve kilo alımı yaşayabilir. Bu durum diyabet kontrolünü bozmamalıdır.
• **Pratik Mesaj:** Sigara bırakıldıktan sonra insülin duyarlılığı artacağı için kan şekeri takipleri sıklaştırılmalı ve gerekirse doz revizyonu yapılmalıdır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH hastalarında sigara bırakma, akciğer fonksiyonlarındaki düşüşü durdurabilen tek kanıttır.
• **Yaklaşım:** Bu grup genellikle yüksek bağımlılık düzeyine sahiptir. Tekli tedaviler yeterli olmadığında kombine Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) veya Vareniklin/Sitizin kullanımı başarı oranını artırır.
• **Pratik Mesaj:** Sigaraya bağlı gelişen KOAH tanısında, her yaşta ve her evrede bırakmanın mortaliteyi azalttığı vurgulanmalıdır.

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

Tütün dumanı renal kan akımını azaltır ve proteinüriyi artırır.
• **Yaklaşım:** İlaçların eliminasyon yolu kritiktir.
• **Pratik Mesaj:** GFR değeri 30 mL/dak'nın altında olan hastalarda Vareniklin ve Sitizin dozları %50 azaltılmalı veya NRT tercih edilmelidir.

Nörolojik Bozukluklar ve Epilepsi

Bilişsel fonksiyon bozukluğu olan hastalarda tedavi uyumu daha zor olabilmektedir.
• **Yaklaşım:** Nöbet eşiğini düşüren ilaçlardan kaçınılmalıdır.
• **Pratik Mesaj:** Nöbet öyküsü olan bireylerde Bupropion kesinlikle kontrendikedir. Bu hastalarda NRT (özellikle bant) veya Vareniklin güvenli seçeneklerdir.

ÖZEL DURUMLAR

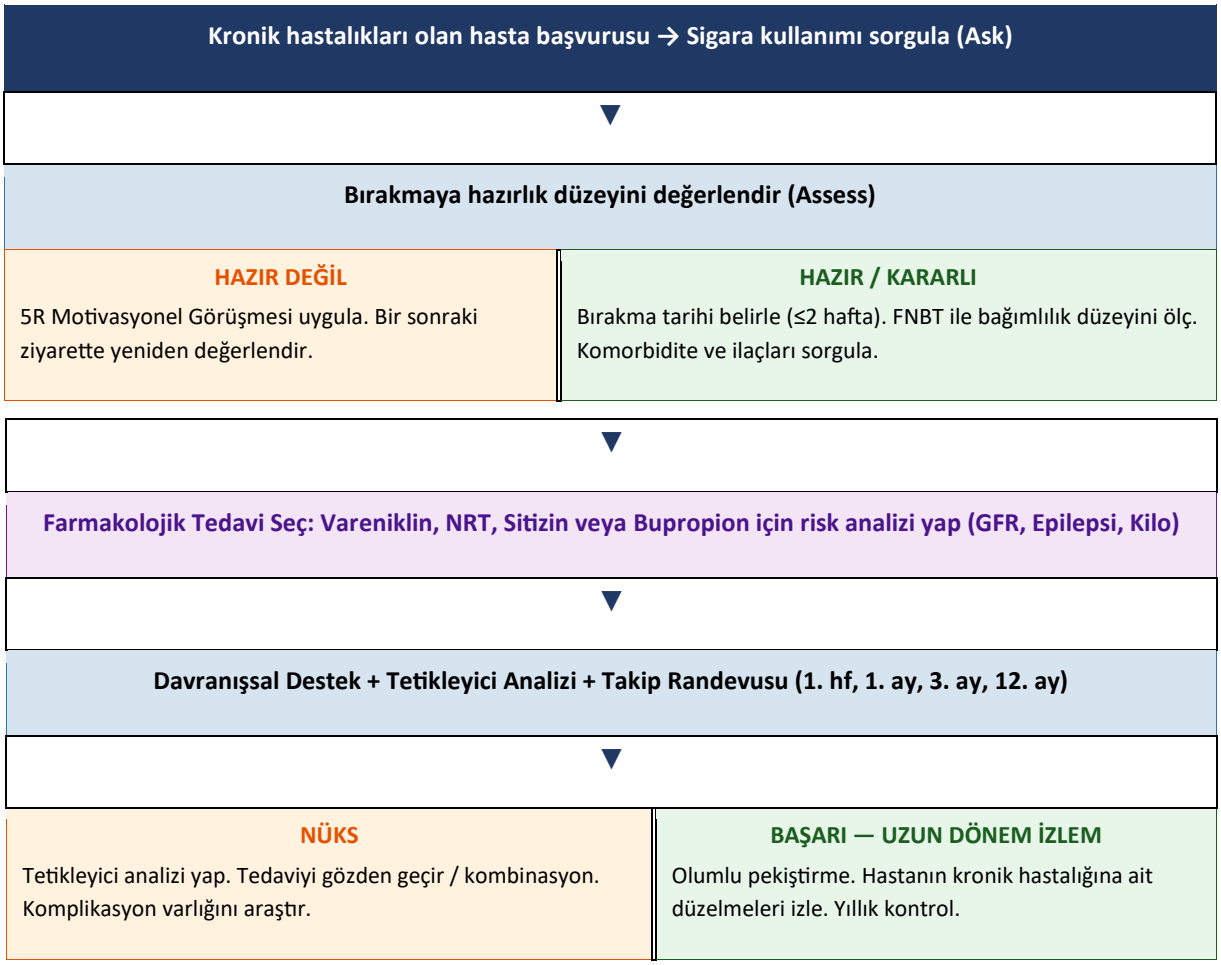
Farmakolojik Tedavi Ve İlaç Etkileşimleri

Sigara dumanındaki polisiklik aromatik hidrokarbonlar, karaciğerdeki CYP1A2 enzimini indükler. Bırakma sonrasında bu enzimin aktivitesi normale döner ve bu enzimi kullanan ilaçların serum seviyeleri yükselebilir.
• **Teofilin, Klozapin ve Olanzapin:** Doz azaltımı gerekebilir.
• **Warfarin:** INR değerlerinde dalgalanma olabilir, yakın takip şarttır.
• **İnsülin:** Emilim hızı ve duyarlılık değişebilir

Kronik Hastalıklarda Sigara Bırakma Tedavisinde Pratik Mesajlar

• Kronik hastalık kontrolü, sigara bırakılmadan yeterli yapılamaz.
• İlaç seçerken "önce zarar verme" ilkesiyle böbrek, karaciğer fonksiyonları ve nöbet öyküsü sorgulanmalıdır.
• Hastaya, sigarayı bırakmanın "tedavi maliyetini düşüreceği ve yaşam kalitesini artıracağı" somut örneklerle anlatılmalıdır.

AKIŞ ŞEMASI: Diğer Kronik Hastalıkları Olan Bireylerde Sigara Bırakma Klinik Karar Algoritması



TAKİP VE İZLEM

Zaman	Değerlendirme	İşlem
1. Hafta	Yan etkiler, yoksunluk belirtileri (sinirlilik, uyku, iştah değişimi)	Semptom yönetimi veya komplikasyon gelişim; gerekirse doz titrasyonu
1. Ay	Sigara kullanımı, ilaç toleransı, kilo değişimi	Tedaviye devam veya ilaç değişikliği
3. Ay	Yan etkiler, psikososyal durum, tekrar kullanım veya tetikleyici sorgulama	Tedavi süresini değerlendir; nüks varsa plan revize et
12. Ay	Yan etkiler, psikososyal durum, tekrar kullanım veya tetikleyici sorgulama ile solunum fonksiyon testi	KVH riski güncelle; kemik yoğunluğu ve solunum takibini sürdür

06
ÖZEL GRUPLARDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ



Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya

6.1 GEBELİKTE SİGARA BIRAKMA TEDAVİ ALGORİTMASI

Giriş

Normal şartlar altında gebe kalmadan önce sigaranın bırakılması gerekmektedir. Ancak sigara içmeye devam ediyorsa bu dönem güçlü bir motivasyon kaynağı olarak kullanılabilir. Gebelikte sigara bırakma tedavisi, ilaç güvenliği açısından özel dikkat gerektiren bir alandır. Farmakolojik seçenekler son derece kısıtlıdır; davranışsal destek her zaman birincil tedavi yöntemi olarak ön plana çıkmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Aile hekimi, gebenin takipleri nedeniyle sürekli iletişimde olduğu sağlık profesyonelidir. Antenatal takip ziyaretlerinin her biri, sigara durumunu sorgulama ve müdahale başlatma için eşsiz bir fırsattır. Bu konumdaki klinisyenler için aşağıdaki noktalara dikkat edilmesi önerilmektedir:

- Her gebelik ziyaretinde sigara kullanımı sorgulanmalıdır.
- Pasif maruziyet de (eş, ev halkı) aktif sigara kullanımı kadar değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- "Ne kadar erken bırakılırsa o kadar iyi" mesajı net biçimde verilmeli; gebeliğin her gününün önemli olduğu vurgulanmalıdır.
- Gebelikte vareniklin, sitizin ve bupropion kontrendikedir.
- Partner sigara içiyorsa, birlikte bırakma planı önerilmeli; ev içi maruziyet azaltılmalıdır.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. Değerlendirme: 5A Modeli

Her gebelik başvurusunda sistematik biçimde uygulanması önerilen 5A modeli, sigara bırakma müdahalesinin temel iskeletini oluşturur:

• **Sor (Ask):** Şu an sigara içiyor musunuz? Pasif maruziyet de (eş, ev halkı) sorgulanmalıdır.

• **Öner (Advise):** "Bebeğiniz ve sizin için bırakmanız çok önemli" — güçlü, net ve kişiselleştirilmiş bir mesaj verilmelidir.

• **Değerlendir (Assess):** Bırakmaya hazırlık düzeyi ve sigara maruziyet durumu belirlenmeli; gebelik öncesi bırakmış, ilk trimesterde bırakmış ya da hâlâ içiyor olma durumları ayrı ayrı ele alınmalıdır.

• **Yardım Et (Assist):** Güvenli tedavi seçenekleri sunulmalı; davranışsal destek öncelikli olarak planlanmalıdır. Bırakma tarihi belirlenmeli.

• **Düzenle (Arrange):** Yakın takip randevusu belirlenmelidir; kadın doğum ve gerekirse psikiyatri uzmanları ile koordinasyon sağlanmalıdır.

2. Hazırlık Durumuna Göre Yaklaşım

• **Hazır değil (Precontemplation):** 5R motivasyonel görüşmesi uygulanır. Relevance: bebek sağlığı en güçlü motivasyon kaynağıdır. Risks: düşük doğum ağırlığı, preterm, SIDS. Rewards: daha sağlıklı gebelik, normal gelişim. Roadblocks: stres, partner sigara içiyor mu? Repetition: her ziyarette tekrarla. Sonraki ziyarette yeniden değerlendir.

• **Kararsız (Contemplation):** Gebeliğin her gününün önemli olduğu vurgulanmalı; "ne kadar erken bırakılırsa o kadar iyi" mesajı verilmeli.

• **Hazır (Preparation/Action):** Fagerström Testi uygulanır, tetikleyiciler belirlenir, güvenli tedavi seçeneği planlanır, partner de içiyorsa birlikte bırakmayı önerilir, bırakma tarihi belirlenir (mümkünse bugün/bu hafta).

3. Bağımlılık Düzeyi Değerlendirmesi

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ile bağımlılık düzeyi belirlenir.

Skor	Düzey	Önerilen Yaklaşım
0-2	Düşük	Yoğun davranışsal destek - ilaç olmaksızın bırakma hedefle
3-4	Orta	Davranışsal destek + gerekirse NRT (bant/sakız) risk-yarar değerlendirmesi yap
5-10	Yüksek	Davranışsal destek + NRT (bant/sakız) risk-yarar değerlendirmesi yap

4. Gebelikte İlaç Güvenlilik Taraması

Gebelikte farmakolojik tedavi seçimi son derece kısıtlıdır. Aşağıdaki tablo, mevcut seçeneklerin güvenlilik profilini özetlemektedir:

İlaç	FDA / EMA Kategorisi	Kontrendikasyon	Notlar
NRT	Kategori C, D	Aktif miyokard enfarktüsü Aktif vasküler hastalık	Gebelikte aralıklı NRT formları sürekli salınımlı formlara nazaran daha düşük nikotin düzeyleri sağlar.
Vareniklin	Kategori C	Gebeliğin tamamı Emzirme dönemi	Gebelik planlanıyorsa bırakma sağlandıktan sonra kesilmeli. İstemeden gebe kalan kullanıcı derhal bırakmalı.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

4. Gebelikte İlaç Güvenlilik Taraması

İlaç	FDA / EMA Kategorisi	Kontrendikasyon	Notlar
Bupropion	Kategori C	Gebeliğin tamamı emzirme dönemi	
Sitizin	Kategori D	Gebeliğin tamamı Emzirme dönemi	Gebelikte kullanımına ilişkin yeterli klinik veri bulunmamakta dır. Gebelik tespit edildiğinde derhal kesilmelidir.
E-sigara / Isıtmalı Tütün	Yetersiz veri Nikotin içerir	Gebelik boyunca önerilmez	Nikotin dışındaki kimyasalların fetüse etkisi bilinmemektedir. "Daha az zararlı" algısı yanıltıcıdır.

5. Tedavi Seçimi

Gebelikte davranışsal destek, hem en güvenli hem de birinci basamak müdahalenin temel direğidir. Farmakolojik tedavi mümkün olmasa bile davranışsal destek her koşulda uygulanmalıdır:

Bireysel Teknikler	Gebeye Özgü Yaklaşım	Destek Kaynakları
• Hatırlatıcılardan kaçınma • Sigara günlüğü tutma • Derin nefes / gevşeme egzersizleri • Sağlıklı alternatifler (su, meyve) • Bilişsel yeniden yapılandırma • Yoksunluk belirtileriyle baş etme	• Bebeği motive edici merkeze koy: ultrason fotoğrafı kullan • Bulantı/yorgunluk dönemlerinde destek yoğunlaştır • Partnerle birlikte bırakmayı öner • Anksiyete ve depresyonu özellikle izle • Güçlendirici dil: "Bebeğiniz için en iyi şeyi yapıyorsunuz"	• ALO 171 Sigara Bırakma Hattı (ücretsiz) • Sigara Bırakma Polikliniklerı • Yazılı & görsel materyaller • Online destek grupları

ÖZEL DURUMLAR

1. Pasif Maruziyet

Ev Halkı Değerlendirmesi: Gebe sigara içmese dahi ev ortamında pasif maruziyet benzer risklere yol açabilir. Eş veya ev halkı sigara içiyorsa birlikte bırakma planı önerilmeli; en azından ev içinde sigara içilmemesi sağlanmalıdır.

Anksiyete ve Depresyon Eşliği

2.Ruh Sağlığı İzlemi: Gebelikte sigara bırakma sürecinde anksiyete ve depresyon belirtileri yakından izlenmelidir. Bupropion kadın doğum ve psikiyatri ortak kararıyla değerlendirilebilir. Rutin sigara bırakma endikasyonuyla kullanılmamalıdır.

3.Doğum Sonrası Yaklaşım: Emzirme döneminde vareniklin ve sitizin hâlâ kontrendikedir. NRT düşük dozda kullanılabilir; emzirmeden hemen önce sigara içmekten kaçınılmalı, emzirme ile sigara arasında mümkün olan en uzun süre bırakılmalıdır. Ev içi sigara maruziyeti mutlaka sorgulanmalıdır.

4.Nüks Yönetimi: Bırakma girişimi sonrasında tekrar içen gebeler yargılamadan desteklenmelidir. Tek seferlik sigara içme (kayma) ile tam nüks arasındaki fark hastaya açıklanmalı; suçluluk duygusu yerine yeniden deneme motivasyonu pekiştirilmelidir.

GEBELİKTE SİGARA BIRAKMA TEDAVİ ALGORİTMASI

Aşağıdaki akış şeması, gebelikte sigara bırakma klinik karar sürecini adım adım özetlemektedir:

AKIŞ ŞEMASI: Gebelerde sigara bıraktırma klinik karar algoritması

Gebelik ziyareti → Her başvuruda sigara durumunu sorgula (Ask)

▼

Bırakmaya hazırlık düzeyini değerlendir (Assess) + Pasif maruziyet sorgula

HAZIR DEĞİL

5R Motivasyonel Görüşmesi uygula. Bebek sağlığını merkeze koy. Her ziyarette tekrarla.

HAZIR / KARARLI

Bırakma tarihi belirle (mümkünse bugün/bu hafta). FNBT ile bağımlılık düzeyini ölç. Güvenli tedavi seçeneğini planla.

Tedavi Seçimi: Davranışsal Destek (İLK TERCİH) → NRT (2–3. trimester, risk-yarar)
Vareniklin / Sitizin / Bupropion: GEBELİKTE KONTRENDİKE

Davranışsal Destek + Partner Dahil Etme + Takip Planı (Her antenatal ziyaret / 1. hf / 2. trimester / 3. trimester / doğum sonrası)

NÜKS / KAYMA

Yargılamadan destekle. Tetikleyicileri yeniden analiz et. Davranışsal destek artır. Yeniden deneme motivasyonu pekiştir.

BAŞARI — DOĞUM SONRASI İZLEM

Olumlu pekiştirme. Emzirme dönemini destekle. Ev içi sigara maruziyetini sorgula. 6. hafta & 6. ay kontrolü.

TAKİP VE İZLEM

Zaman / Trimester	Değerlendirme	Eylem
İlk Ziyaret (1. Trimester)	Sigara durumu, motivasyon	Bırakma planı başlat.
2. Hafta (Bırakma Sonrası)	Yoksunluk belirtileri, ruh hali	Psikolojik destek güçlendir.
Her Antenatal Ziyaret	Sigara kullanım durumu	İçiyorsa yeniden bırakma planı; bırakmışsa tebrik + pekiştir; pasif maruziyet sorgula.
2. Trimester (14–28. Hafta)	Sigara durumu, anksiyete/depresyon	Persiste içme varsa NRT başlanabilir; psikiyatri desteği gerekebilir.
3. Trimester (>28. Hafta)	Sigara durumu, doğum hazırlığı	Doğum sonrası bırakma planını güçlendir; emzirme ve sigara konusunu görüş.
Doğum Sonrası (6. Hafta & 6. Ay)	Nüks değerlendirmesi, emzirme	Emzirme döneminde NRT düşük dozda kullanılabilir; yeniden bırakma döngüsü başlatılabilir; ev içi sigara maruziyetini sorgula.

TEMEL MESAJLAR

- Gebeliğin her antenatal ziyaretinde sigara durumu MUTLAKA sorgulanmalıdır.
- Pasif maruziyet aktif içicilik kadar değerlendirilmeli; ev halkı da müdahale kapsamına alınmalıdır.
- Davranışsal destek, gebelikte her zaman birinci basamak tedavidir.
- NRT, yüksek bağımlılıkta sigara içmeye devam etmekten daha güvenlidir. 2–3. trimesterde risk-yarar değerlendirmesiyle kullanılabilir.
- Partner sigara içiyorsa birlikte bırakma planı en güçlü motivasyon aracıdır.

KAYNAKÇA

1. NICE. Stop smoking interventions and services. NICE Guideline NG209. London: NICE; 2021.
2. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD001055.
3. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD010078.
4. ACOG Committee Opinion No. 807. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. Obstet Gynecol. 2020;135(5):e221-e229.
5. Dhalwani NN, Szatkowski L, Coleman T, et al. Nicotine replacement therapy in pregnancy and major congenital anomalies in offspring. Pediatrics. 2015;135(5):859-67.
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Tütün Kontrolü Eylem Planı 2020–2025. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2020.
7. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD). Sigara Bırakma Rehberi. 4. baskı. Ankara: TÜSAD; 2022.
8. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173,687 malformed cases and 11.7 million controls. Hum Reprod Update. 2011;17(5):589-604.
9. Sailer S, Sebastiani G, Andreu-Férnández V, García-Algar O. Impact of Nicotine Replacement and Electronic Nicotine Delivery Systems on Fetal Brain Development. Int J Environ Res Public Health. 2019 Dec 14;16(24):5113. doi: 10.3390/ijerph16245113. PMID: 31847348; PMCID: PMC6950274.

[1]Doç. Dr. Ayşe Gül Güven | [2]Dr. Öğr. Üyesi Hicran Altın
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ergen Sağlığı BD, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergen Sağlığı Doktora Programı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya

6.2 ADOLESANLARDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİ ALGORİTMASI

Giriş

Adolesan dönemde tütün kullanımı ve nikotin bağımlılığı, erken tanı ve müdahale gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Konvansiyonel sigara kullanımında azalma bildirilse de ergenler arasında e-sigara dahil farklı tütün ürünlerinin kullanımının sürdüğü görülmektedir.

Bu dönemde başlayan sigara kullanımının, erişkin dönemdeki bağımlılığın temelini oluşturabildiği bilinmektedir. Beyin gelişiminin devam ettiği adolesan dönemde nikotine duyarlılığın daha yüksek olduğu ve bağımlılık belirtilerinin erken dönemde ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Sigara ve e-sigara aerosollerinde bulunan zararlı maddelerin, gelişmekte olan beyin ve solunum sistemi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabildiği gösterilmiştir.

Aile hekimleri, her başvuruda uygulanabilen basit ve üç basamaklı ACT modeli (Ask–Counsel–Treat) ile adolesanların sigara bırakma sürecine etkili biçimde destek sağlayabilmektedir.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Aile hekimliği başvuruları, sigara kullanımının erken fark edilmesi, bırakma motivasyonunun desteklenmesi ve uygun tedavinin başlatılması açısından kritik bir fırsat sunmaktadır. Bu konumdaki klinisyenler için aşağıdaki noktalara dikkat edilmesi önerilmektedir:

- 11 yaşından itibaren tüm adolesanlarda, her klinik başvuruda tütün kullanımı açısından düzenli tarama yapılmalıdır.
- E-sigara ve ısıtmalı tütün ürünleri dahil tüm tütün ürünleri sorgulanmalıdır; bazı gençler e-sigarayı sigara olarak değerlendirmediğinden bu ürünler ayrıca sorulmalıdır.
- Görüşme gizlilik korunarak ve mümkünse ebeveyn olmadan yürütülmeli; yargılayıcı olmayan, destekleyici bir dil kullanılmalıdır.
- ACT modeli (Ask–Counsel–Treat), birinci basamakta kısa sürede sistematik biçimde uygulanabilir ve bırakma başarısını anlamlı ölçüde artırır.

• 18 yaş altında vareniklin, bupropion ve sitizin endikasyon dışıdır. Farmakolojik tedavi seçenekleri NRT ile sınırlıdır ve reçeteyle kullanılmaktadır.
• Nikotin bağımlılığı, irade zayıflığı değil; tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Bu mesaj hem ergene hem de aileye açıklanmalıdır.

⚠ ÖNEMLİ: 18 yaş altında vareniklin, sitizin ve bupropion endikasyon dışıdır. Farmakolojik tedavi yalnızca NRT ile sınırlıdır ve reçete ile uygulanmaktadır.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. ACT Modeli – Genel Çerçeve

Adolesanlarda sigara bırakma müdahalesi üç temel basamaktan oluşur:

Ask Sor	Counsel Danışmanlık Yap	Treat Tedavi Et
Her klinik görüşmede tüm gençler tütün kullanımı açısından taranmalıdır.	Tütün kullanan tüm gençlere bırakmaları önerilmeli ve danışmanlık verilmelidir.	• Doğru merkeze yönlendir • Farmakoterapi • Psikososyal destek • Takip

2. Sor (Ask) – Tarama

Her klinik görüşmede tüm gençler tütün kullanımı açısından taranmalıdır. Evrensel tarama yaklaşımı, önyargılı değerlendirmeyi azaltır. Uygulamada şu noktalara dikkat edilmelidir:

• Sorular yaşa uygun, açık ve anlaşılır olmalı; farklı tütün ürünlerini kapsayacak biçimde düzenlenmelidir.
• Doğrudan kişisel kullanımı sormak yerine çevredeki kullanım üzerinden başlamak kolaylaştırıcı olabilir: "Çevrende sigara ya da e-sigara kullanan var mı?"
• E-sigara ayrıca ve açıkça sorgulanmalıdır; bazı gençler bu ürünleri sigara olarak değerlendirmemektedir.
• "1 ile 10 arasında değerlendirildiğinde sigarayı bırakmak senin için ne kadar önemli?" sorusuyla motivasyon düzeyi ölçülebilir.

3. Danışmanlık Yap (Counsel)

Tütün ürünü kullanan tüm adolesanlara bırakma önerilmelidir. Danışmanlık süreci; açık, anlaşılır ve bireyselleştirilmiş biçimde yürütülmelidir:

• **Açık olunmalıdır:** Nikotinin gelişmekte olan beyin üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceği belirtilmeli, bırakmanın kısa ve uzun vadeli sağlık yararları vurgulanmalıdır.
• **Kişiselleştirilmiş yaklaşım:** Bırakmanın yalnızca sağlık değil, günlük yaşam açısından da yarar sağlayabileceği anlatılmalıdır — sportif performans artışı, dayanıklılık desteği, maddi kazanç, ağız kokusu ve ciltteki olumlu değişimler buna örnek verilebilir.
• **Faydalar açıklanmalıdır:** Bırakmanın sağlığı koruduğu, ekonomik yükü azalttığı ve gencin kendi yaşamı üzerindeki denetimini artırdığı vurgulanmalıdır.

4. Bağımlılık Düzeyi Değerlendirmesi

Tedavi planının bireyselleştirilmesi için bağımlılık düzeyi uygun bir ölçekle değerlendirilmelidir:

Ölçek	Hedef Grup	Puan Yorumu
Modifiye Fagerström Tolerans Anketi	Sigara kullanan adolesanlar	0–2: Bağımlılık yok 3–5: Orta düzey bağımlılık 6–9: Belirgin nikotin bağımlılığı
Nikotin Bağımlılık Kontrol Listesi (HONC)	Sigara kullanan adolesanlar	Erken bağımlılık belirtilerini ölçer
Elektronik Sigara Bağımlılık Ölçeği	E-sigara kullanan adolesanlar	E-sigara bağımlılığına özgü; ek olarak uygulanmalıdır

5. Tedavi Et (Treat) — Farmakolojik Tedavi: NRT

Orta veya yüksek düzeyde bağımlılığı olan gençlerde farmakolojik tedavi değerlendirilebilir. 18 yaş altında NRT, reçete ile kullanılmaktadır. Bağımlılık düzeyine göre önerilen başlangıç dozları:

NRT Formu	Orta Bağımlılık	Şiddetli Bağımlılık
Nikotin Sakızı	2 mg	4 mg
Nikotin Bandı	14 mg'lık bantla başlanıp sonra azaltılır	21 mg'lık bantla başlanıp sonra azaltılır
Nikotin Pastili	2 mg	4 mg

5. Tedavi Et (Treat) – Farmakolojik Tedavi: NRT

NRT'de uzun etkili form (bant) ile kısa etkili form (sakız veya pastil) kombinasyonunun birlikte kullanılması, tek başına kullanıma kıyasla daha etkili sonuç sağlamaktadır. Her üç formun ayrıntılı kullanım bilgileri aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

NRT Formu	Doz / Kullanım	Yan Etkiler	Önemli Notlar
Nikotin Transdermal Bant (Uzun etkili)	**Şiddetli:** 21 mg ile başla Orta: 14 mg ile başla 6 hf başlangıç dozu⇢2 hf orta doz⇢ 2 hf düşük doz Toplam 8–10 hafta.Her 24 saatte bir değiştir	Cilt irritasyonu, kızarıklık, kaşıntı, yanma hissi, uyku bozukluğu, kabus görme	Temiz, kuru, tüysüz cilt bölgesine uygula. Her gün farklı bölge kullan. Akut MI / ciddi ritim bozukluğu / bant alerjisinde doktora danış.
Nikotin Sakızı (Kısa etkili)	**Orta:** 2 mg / Şiddetli: 4 mg "Çiğne ve beklet" yöntemi İlk 6 hf: 1–2 saatte bir Sonraki 3 hf: 2–4 saatte bir Son 3 hf: 4–8 saatte bir Toplam 12 hafta	Çene ağrısı, ağız irritasyonu, hazımsızlık, bulantı, hıçkırık	Kullanımdan 15 dk önce ve kullanım sırasında yemek/içmek sakıncalıdır. Nikotine aşırı duyarlılıkta kontrendike.
Nikotin Pastili (Kısa etkili)	**Orta:** 2 mg / Şiddetli: 4 mg Yavaşça eritilerek kullanılır İlk 6 hf: 1–2 saatte bir Sonraki 3 hf: 2–4 saatte bir Son 3 hf: 4–8 saatte bir Toplam 12 hafta	Ağız irritasyonu, bulantı, hıçkırık	Çiğneme, yutma ve eş zamanlı birden fazla kullanma. Diş eti-yanak arasında tut. Soya alerjisinde kontrendike.

6. Davranışsal / Psikososyal Destek

Sigara kullanan her genç davranışsal bırakma desteğine yönlendirilmelidir. Davranışsal destek; farmakolojik tedaviyle birleştirildiğinde başarıyı anlamlı biçimde artırmaktadır. Klinik görüşme sonrasında da desteğin sürdürülmesi önerilmektedir:

Bireysel Teknikler	Adolesana Özgü Yaklaşım	Destek Kaynakları
•Bırakma planı oluşturma • Tetikleyicilerle baş etme • Stres ve kaygıyı yönetme • Yoksunluk belirtilerine hazırlık • Tam bırakma hedefi • İlişkili ürünleri ortamdan kaldırma	• Gizlilik korunarak ebeveyn olmadan görüşme • Yargılayıcı olmayan dil • Kişiselleştirilmiş yaklaşım: spor performansı, maddi kazanç, ağız kokusu • Motivasyonel görüşme ile hazırlık düzeyi belirleme • Ergenin onayıyla aileyi sürece dahil et	• Telefon danışmanlığı • Kısa mesaj temelli destek • Web tabanlı programlar • Akıllı telefon uygulamaları • Yüz yüze danışmanlık • Sigara bırakma poliklinikleri

ÖZEL DURUMLAR

Bırakmaya Hazır Olmayan Gençlerde 5R Yaklaşımı

Bırakmaya hazır olmayan gençlerde motivasyonu artırmak için 5R yaklaşımı uygulanır:

- Relevance (İlişkilendirme): Sigarayı bırakmanın genç için neden önemli olduğu değerlendirilir.
- Risks (Riskler): Sigara kullanımının yol açabileceği zararlar gözden geçirilir.
- Rewards (Kazanımlar): Bırakmanın sağlayacağı yararlar konuşulur.
- Roadblocks (Engeller): Bırakmayı zorlaştıran etkenler belirlenir.
- Repetition (Tekrar): Bu konular her görüşmede yeniden ele alınır.

Genç bırakmaya hazır değilse, önce 2 haftalık kısa bir bırakma denemesi önerilebilir. Bu denemeye de hazır değilse, 1–3 günlük daha kısa bir deneme planlanabilir. Önceki başarısız girişimler, sürecin doğal bir parçası olarak açıklanmalıdır.

Aile ve Çevre Dahil Etme

Ergenin onayı varsa aile sürece dahil edilebilir. Aileye, nikotin bağımlılığının bir irade zayıflığı değil, tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunu olduğu açıklanmalıdır. Ancak ergen ailesini sürece katmak istemiyorsa bu tercihe saygı gösterilmelidir. Partner veya arkadaş çevresi sigara içiyorsa, bu durum tetikleyici olarak ele alınmalı; birlikte bırakma planı önerilmelidir.

E-sigara ve Diğer Tütün Ürünleri

E-sigara kullanan adolesanlarda Elektronik Sigara Bağımlılık Ölçeği ayrıca uygulanmalıdır. "Daha az zararlı" algısı açıkça ele alınmalı; e-sigaranın da nikotin bağımlılığı oluşturduğu ve gelişmekte olan beyin üzerindeki olumsuz etkileri net biçimde anlatılmalıdır. Isıtmalı tütün ürünleri de aynı kapsamda değerlendirilmelidir.

Nüks Yönetimi

Nüks veya kayma yaşayan genç yargılanmadan desteklenmelidir. Tek seferlik kullanım (kayma) ile tam nüks arasındaki fark açıklanmalı; suçluluk yerine yeniden deneme motivasyonu pekiştirilmelidir. Tetikleyiciler yeniden analiz edilmeli, plan gözden geçirilmeli ve gerekirse uzman sevki değerlendirilmelidir.

PRATİK MESAJLAR

Klinik Karar Algoritması

Aşağıdaki akış şeması, 11 yaş ve üzerindeki adolesanlarda sigara bırakma klinik karar sürecini özetlemektedir:

11 yaş ve üzeri — Her klinik başvuruda tütün kullanımını sorgula (Ask) Sigara + e-sigara + ısıtmalı tütün dahil tüm ürünler

▼

Tütün kullanımı var mı? → Danışmanlık ver (Counsel) Bırakmaya hazırlık düzeyini değerlendir

HAZIR DEĞİL

5R Motivasyonel Görüşmesi uygula. 2 haftalık kısa deneme öner. Her görüşmede tekrarla.

HAZIR / KARARLI

Bağımlılık düzeyini ölç (Mod. Fagerström / HONC / E-Sig. Ölçeği). Bırakma tarihi belirle (≤2 hafta). Davranışsal destek + gerekirse NRT.

Tedavi: Davranışsal Destek (her zaman) + NRT (orta-yüksek bağımlılıkta) Vareniklin / Bupropion / Sitizin: 18 yaş altında kullanılmaz

Takip: 2. hf / 1. ay / 3. ay / 6. ay Her görüşmede e-sigara geçişini sorgula

NÜKS / KAYMA

Yargılamadan destekle. Tetikleyicileri analiz et. Planı revize et. Gerekirse uzman sevki.

BAŞARI — UZUN DÖNEM İZLEM

Olumlu pekiştir. E-sigara geçişini sorgula. 6. ay kontrolü. Yıllık izleme al.

Takip ve İzlem Planı

Zaman	Değerlendirme	Eylem
İlk Başvuru	Tütün kullanımı, bağımlılık düzeyi, hazırlık	ACT uygula. Bağımlılık ölçeği uygula. Bırakma planı veya 5R başlat.
1–2. Hafta (Bırakma Sonrası)	Yoksunluk belirtileri, ruh hali, NRT uyumu	Yan etki varsa NRT formu/dozu değiştir. Psikolojik destek güçlendir.
1. Ay	Bırakma durumu, tetikleyiciler, stres	Bırakmışsa: tebrik + pekiştir. Nüks / kayma varsa: yargılamadan destekle, planı revize et.
3. Ay	Uzun vadeli bırakma başarısı, e-sigara geçişi?	NRT süresi tamamlandı mı kontrol et. E-sigara kullanımına geçiş varsa müdahale et.
6. Ay	Tam bırakma başarısı, ruh sağlığı	Başarılıysa: yıllık izleme al. Başarısız: yeni döngü planla; uzman desteği değerlendir.

TEMEL MESAJLAR

• 11 yaşından itibaren her klinik başvuruda sigara ve e-sigara kullanımı MUTLAKA sorgulanmalıdır.
• ACT modeli (Ask–Counsel–Treat), birinci basamakta kısa sürede uygulanabilir ve başarıyı artırır.
• Gizlilik korunarak, yargılayıcı olmayan ve bireyselleştirilmiş bir dil kullanılmalıdır.
• 18 yaş altında vareniklin, sitizin ve bupropion kullanılmaz; farmakolojik tedavi yalnızca NRT ile sınırlıdır.
• Davranışsal destek, NRT ile kombinasyonlu kullanıldığında bırakma başarısını belirgin biçimde artırır.
• Bağımlılık düzeyi uygun ölçekle (Mod. Fagerström / HONC / E-Sig. Ölçeği) değerlendirilmeli; tedavi bireyselleştirilmelidir.
• Bırakmaya hazır olmayan gençlerde 5R uygulanmalı; kısa süreli deneme (2 hafta) motivasyonu artırabilir.
• Her görüşmede e-sigara geçişi ve ev/çevre maruziyeti sorgulanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Gentzke AS, Wang TW, Jamal A, et al. Tobacco product use among middle and high school students — United States, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(50):1881-8.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of progress. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
3. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2010.
4. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the DANDY-2 study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(7):704-10.
5. Duell AK, Pankow JF, Peyton DH. Free-base nicotine determination in electronic cigarette liquids by 1H NMR spectroscopy. Chem Res Toxicol. 2018;31(6):431-4.
6. American Academy of Pediatrics. Youth tobacco cessation: considerations for clinicians. Itasca (IL): AAP; 2022.
7. U.S. Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2016.
8. Kanbur N, Pehlivantürk M. Ergenlerde psikososyal görüşme (HEEADSSS). In: Yakıncı C, Karabiber H, editors. Çocuklarda anamnezden tanıya. Ankara: Nobel Kitabevi; 2016. p. 100-5.
9. Morean ME, Camenga DR, Bold KW, et al. Querying about the use of specific e-cigarette devices may enhance accurate measurement of e-cigarette prevalence rates among high school students. Nicotine Tob Res. 2020;22(5):833-7.
10. Ergen Sağlığı Derneği. Çocuk ve ergenlerde tütün kontrolü ve tütün bırakma uygulamaları. Ankara: Ergen Sağlığı Derneği; 2023.
11. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156(4):397-403.
12. Morean ME, Krishnan-Sarin S, Sussman S, et al. Psychometric evaluation of the E-cigarette Dependence Scale. Nicotine Tob Res. 2019;21(11):1556-64.
13. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, et al. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. Addict Behav. 1996;21(1):117-27.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Learn about quit smoking medicines. Atlanta (GA): CDC; 2024.
15. Farber HJ, Walley SC, Groner JA, et al. Clinical practice policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. Pediatrics. 2015;136(5):1008-17.

Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya

6.3 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİ ALGORİTMASI

Giriş

Yaşlılık dönemi, sigara bırakma açısından hem önemli bir fırsat hem de kendine özgü güçlükler barındıran bir süreçtir. Yaşlı bireylerde sigara bırakmanın önünde farklı engeller bulunmaktadır. Uzun süreli bağımlılık, eşlik eden kronik hastalıklar, polifarmasi, bilişsel değişiklikler, sosyal izolasyon ve motivasyonel faktörler bu engellerin başında gelmektedir.

Yaşlı hastanın polikliniğe başvurusunun her aşaması bir değerlendirme fırsatıdır. Herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine gelen hastaya yöneltilecek birkaç dakikalık yapılandırılmış sorgu, bırakma davranışını tetikleyebilir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. Değerlendirme: 5A Modeli

Her başvuruda sistematik biçimde uygulanması önerilen 5A modeli, birinci basamakta sigara bırakma müdahalesinin temel iskeletini oluşturur:

• **Sor (Ask):** Tüm hastalar sigara kullanımı açısından sorgulanmalı; kullanım durumu tıbbi kayda işlenmelidir.
• **Öner (Advise):** Bırakma önerisi güçlü, net ve kişiselleştirilmiş biçimde yapılmalıdır. "Sigarayı bırakmanız sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeydir" gibi ifadeler tercih edilmelidir.
• **Değerlendir (Assess):** Hastanın bırakmaya hazırlık düzeyi belirlenmelidir. Hazır olan hastalar için bırakma planı oluşturulur; hazır olmayan hastalar için motivasyonel görüşmeye geçilir.
• **Yardım Et (Assist):** Farmakolojik ve davranışsal destek birlikte planlanmalıdır. Bırakma tarihi belirlenmeli ve kısa vadeli hedefler oluşturulmalıdır.
• **Düzenle (Arrange):** Takip randevusu planlanmalı ve gerektiğinde sigara bırakma polikliniğine yönlendirme yapılmalıdır.

2. Hazırlık Durumuna Göre Yaklaşım

Hastanın bırakmaya hazırlığı değişim aşamaları modeli çerçevesinde ele alınmalıdır:
• Hazır değil (Precontemplation): 5R motivasyonel görüşmesi uygulanır. Relevance (ilişkilendirme), Risks (riskler), Rewards (kazanımlar), Roadblocks (engeller) ve Repetition (tekrar) bileşenlerinden oluşur.
• Kararsız (Contemplation): Bırakmanın artı ve eksilerini birlikte değerlendirin; ambivalansı kabul edin.
• Hazır (Preparation/Action): Bırakma tarihi belirleyin, farmakolojik tedavi başlatın, davranışsal plan oluşturun.

3. Bağımlılık Düzeyi Değerlendirmesi

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ile bağımlılık düzeyi sayısal olarak belirlenir. Sabah ilk sigaranın zamanı ve günlük sigara sayısı en ayırt edici iki maddeyi oluşturur. FNBT toplam puanı 6 ve üzeri olan hastalar yüksek bağımlılık grubunda kabul edilir ve farmakolojik tedavi öncelikli olarak önerilir.

4. Farmakolojik Tedavi Seçimi

Yaşlı hastalarda ilaç seçimi yapılırken böbrek ve karaciğer fonksiyonları, kardiyovasküler durum ve eşlik eden ilaçlar göz önünde bulundurulmalıdır. Normal şartlarda sigara bıraktırma poliklinikleri 18-65 yaş arası danışanlar için ilaç tedavileri önermekte, 65 yaş üzerinde ödeme kapsamında yer almamaktadır.

Aşağıdaki tablo farmakolojik ilaç ve replasman tedavilerinin yaşlı hastaya özgü notlarla özetlenmiş hali bulunmaktadır:

Tablo 1: Yaşlı bireylerde kullanılabilecek tedavi seçenekleri

İlaç	Kullanım / Süre	Yan Etkiler	Yaşlıya Özel Not
Vareniklin	0,5 mg 1×1 (1-3. gün) 0,5 mg 2×1 (4-7. gün) 1 mg 2×1 (8. günden itibaren) Süre: 12 hafta	Bulantı, baş ağrısı, uyku bozukluğu; nöropsikiyatrik: izle	GFR <30: doz 0,5 mg 2×1 ile sınırla. İnme geçmişi ve nöropsikiyatrik riski değerlendir.
Sitizin	Gün 1–3: 6×1 (2 saatte bir) Gün 4–12: 5×1 Gün 13–16: 4×1 Gün 17–20: 3×1 Gün 21–25: 2×1 Gün 26–son: 1×1 Bırakma: 3-5. günde Süre: 25 gün (tekrarlanabilir)	Bulantı, uyku bozukluğu, baş ağrısı; genellikle iyi tolere edilir.	Vareniklin tolere edemeyen veya psikiyatrik ek tanısı olan yaşlıda düşünülebilir. Yemek sonrası alınması bulantıyı azaltır.
Bupropion	150 mg 1×1 (1. hafta) 150 mg 2×1 (sonrası) Bırakma: 7–14. gün Süre: 7–12 hafta	Ağız kuruluğu, uykusuzluk, nöbet riski (dikkat); depresyonda avantajlı	Nöbet öyküsü / MAO inhibitörü: KONTRENDİKE. Yaşlıda doz titrasyonunu yavaş yap.
Replasman) NRT (Nikotin	>10 sig/gün: 21 mg bant ≤10 sig/gün: 14 mg bant (sakız/inhaler) kombinasyonu önerilebir Süre: 8–12 hafta Bant takıldığı andan itibaren sigara içilmeyecek	Cilt reaksiyonu (bant), bulantı, lokal iritasyon, uykusuzluk	Yaşlıda deri bütünlüğünü kontrol et; bant bölgesini değiştir. Akut MI ilk 2 haftada dikkatli kullan.

5. Önemli İlaç Etkileşimleri

Sigara dumanı bazı ilaçların metabolizmasını CYP1A2 yolu üzerinden hızlandırmaktadır. Bırakma sonrasında bu ilaçların etkinliği ve toksisitesi değişebilir; dozların yeniden ayarlanması gerekebilir:

- **Teofilin ve klozapin:** Sigara bırakıldığında serum düzeyleri artabilir; doz azaltımı gerekebilir.
- **Warfarin:** INR düzeyi değişebilir; yakın takip önerilir.
- **İnsülin:** Bırakma sonrasında insülin duyarlılığı artabilir; doz ihtiyacı azalabilir.
- **Opioidler ve bazı antipsikotikler:** Doz ayarı gerekebilir.

Yüksek Riskli Komorbidite Varlığında Yaklaşım

Kardiyovasküler Hastalık: Sigara bırakma, tüm kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik müdahaleler içinde en güçlü kanıt düzeyine sahip olanıdır. NRT, stabil koroner hastalıkta dikkatli kullanılabilir; akut MI ardından ilk bir aylık süreçte kullanımı kontrendikedir.

KOAH: Sigara bırakma, hastalığın seyrini değiştiren asıl müdahaledir. Vareniklin KOAH hastalarında tercih edilebilir. Dispne ve yorgunluk semptomlarının bırakma sürecini zorlaştırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Depresyon / Psikiyatrik Bozukluk: Bupropion dikkatli kullanılmalı; vareniklin başlanmadan önce psikiyatrik durum değerlendirilmelidir. Sigara bırakma girişimi sırasında duygu durumu yakından izlenmelidir. Sitizin kullanımı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

Demans / Bilişsel Bozukluk: Tedavi sürecinde bakım veren kişi mutlaka tedaviye dahil edilmeli takip açısından. Yazılı hatırlatmalar ve basit yönergeler kullanmak uygundur. NRT uyum açısından avantajlı olabilir.

Nüks Yönetimi

Nüks, kronik bağımlılık hastalığının doğal bir parçası olarak ele alınmalı; hasta suçlama yerine anlayışla karşılanmalıdır. "Kayma" (tek seferlik sigara içme) ile "tam nüks" arasındaki fark hastaya açıklanmalıdır. Tetikleyiciler yeniden analiz edilmeli, farmakolojik tedavi gözden geçirilmeli ve gerekirse kombinasyon tedavisi değerlendirilmelidir.

AKIŞ ŞEMASI: 65 Yaş üzeri Bireylerde Sigara Bırakma Klinik Karar Algoritması

65 yaş ve üzeri hasta başvurusu → Sigara kullanımı sorgula (Ask)

▼

Bırakmaya hazırlık düzeyini değerlendir (Assess)

HAZIR DEĞİL	HAZIR / KARARLI
5R Motivasyonel Görüşmesi uygula. Bir sonraki ziyarette yeniden değerlendir.	Bırakma tarihi belirle (≤2 hafta). FNBT ile bağımlılık düzeyini ölç. Komorbidite ve ilaçları tara.

▼

Farmakolojik Tedavi Seç: Vareniklin → NRT → Sitizin → Bupropion (Kontrendikasyonlara ve böbrek fonksiyonlarına göre)

▼

Davranışsal Destek + Tetikleyici Analizi + Takip Randevusu (1. hf, 1. ay, 3. ay, 12. ay)

▼

NÜKS	BAŞARI — UZUN DÖNEM İZLEM
Tetikleyici analizi yap. Tedaviyi gözden geçir kombinasyon tedavileri düşün.	Olumlu pekiştirme. Solunum / KVH / kemik yoğunluğu takibi. Yıllık kontrol.

TAKİP VE İZLEM

Zaman	Değerlendirme	İşlem
1. Hft	Yan etkiler, yoksunluk belirtileri (sinirlilik, uyku, iştah değişimi)	Semptom yönetimi; gerekirse doz titrasyonu
1. Ay	Sigara kullanımı, ilaç toleransı, kilo değişimi	Tedaviye devam veya ilaç değişikliği
3. Ay	Yan etkiler, psikososyal durum, tekrar kullanım veya tetikleyici sorgulama	Tedavi süresini değerlendir; nüks varsa plan revize et
12. Ay	Yan etkiler, psikososyal durum, tekrar kullanım veya tetikleyici sorgulama ile solunum fonksiyon testi	KVH riski güncelle; kemik yoğunluğu ve solunum takibini sürdür

KAYNAKÇA

1. NICE. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE Guideline NG209. London: NICE; 2021.
2. Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. Eur Respir J. 2015;46(1):61-79.
3. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD009329.
4. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: toward clinical best practices. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(2):90-8.
5. Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med. 2010;362(24):2295-303.
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Tütün Kontrolü Eylem Planı 2020-2025. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2020.
7. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD). Sigara Bırakma Rehberi. 4. baskı. Ankara: TÜSAD; 2022.
8. Cummings SR, Stein MJ, Hansen B, Richard RJ, Gerbert B, Coates TJ. Smoking counseling and preventive medicine: a survey of internists in private practices and a health maintenance organization. Arch Intern Med. 1989;149(2):345-9.
9. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.
10. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(3):CD008286.

07
SİGARA BIRAKMA SONRASI İZLEM VE SIK SORUNLAR



SİGARA BIRAKMA SONRASI İZLEM VE SIK SORUNLAR

07

[1]Doç. Dr. Melike Mercan Başpınar | [2]Doç. Dr. Gökçe İşcan
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştıma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

7.1 NİKOTİN YOKSUNLUK SENDROMU

Sigara bırakma, kronik bir süreç olup davranışsal destek ve farmakoterapi kombinasyonu önerilir. Başarılı sonlandırma için sistematik izlem ve sorunların erken tanınması önemlidir. Bırakma sonrası nikotin yoksunluk sendromu, laps, relaps gibi zorluklar olabilir. Bu sorunların yönetimi, uzun dönem abstinansta başarıyı artırır. Farmakolojik tedavi süresi, sonlandırma zamanlaması ve özel hasta gruplarında dikkat edilmesi gerekenler, birinci basamak hekimlerinin karşılaştığı sorulardır. Bu bölümde, sigara bırakma sonrası izlemde sık sorunlar, kanıta dayalı yönetim stratejileri ve pratik yaklaşımlar ele alınacaktır.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Nikotin Yoksunluk Sendromu

Nikotin yoksunluk sendromu, sigara bırakma sonrası ilk günlerde başlayan ve genellikle ilk haftalarda pik yapan geçici fiziksel ve psikolojik belirtiler bütünüdür. DSM-5 kriterlerine göre yoksunluk sendromu tanısı için, günlük nikotin kullanımının kesilmesi veya azaltılmasından sonra 24 saat içinde aşağıdaki belirtilerden en az dördünün görülmesi gerekir: sinirlilik/öfke/hayal kırıklığı, konsantrasyon güçlüğü, iştah artışı, uykusuzluk, depresif duygudurum, huzursuzluk ve anksiyete.

Klinik Tablo ve Zaman Seyri:

Yoksunluk belirtileri tipik olarak son sigaradan 4-24 saat sonra başlar, 2-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır ve 2-4 hafta içinde kademeli olarak azalır. Ancak sigara içme isteği (craving) aylarca devam edebilir ve tetikleyici durumlarda (stres, alkol, çay, kahve, sosyal ortamlar) yoğunlaşabilir. Yoksunluk şiddeti, günlük sigara tüketimi, sabah ilk sigaraya kadar geçen süre (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoru) ve önceki bırakma girişimlerindeki deneyimlerle ilişkilidir.

Farmakolojik Yönetim:

Nikotin replasman tedavisi (NRT), vareniklin, sitizin ve bupropion, yoksunluk belirtilerini azaltarak bırakma başarısını artıran birinci basamak farmakolojik seçeneklerdir.

Davranışsal Destek:

Farmakolojik tedaviye ek olarak kısa davranışsal danışmanlık (5-10 dakika), yoksunluk belirtileriyle başa çıkma stratejilerini içermelidir:

- Aşırı istek ataklarının genellikle 3-5 dakika sürdüğünü ve geçici olduğunu açıklamak
- Sigara içme dürtüsü için tetikleyen kişi, olay ve yerden uzak durmanın, kişinin neden bıraktığını hatırlatmak faydalı olacaktır (kahve-sigara ilişkisi, sosyal içme ortamları)
- Sinirli, huysuz hissedilen durumlarda bunun nikotin yoksunluğundan olduğunu ve derin nefes alarak kişinin sigarayı bıraktığını kendisine hatırlatmasını sağlamak
- Gergin ve huzursuz hissedilen durumlarda kişinin egzersiz yapmasını ve kafeini azaltmasını (sigara bırakılınca kafeinin vücutta daha uzun süre kaldığını hatırlatmak) önermek
- İlaç kullanım tekniğini gözden geçirmek ve uyumu değerlendirmek

İzlem ve Tedavi Optimizasyonu:

İlk hafta içinde kontrol muayenesi, yoksunluk şiddetinin değerlendirilmesi ve tedavi uyumunun artırılması açısından kritiktir. Şiddetli yoksunluk belirtileri devam ediyorsa:

- NRT dozu artırılabilir veya kombinasyon tedaviye geçilebilir
- Vareniklin dozu optimize edilebilir (tolerans varsa)
- Ek davranışsal destek (telefon danışma hattı, grup terapisi) düzenlenebilir
- Psikososyal stresörler ve komorbid psikiyatrik durumlar değerlendirilmelidir

Hata (Laps)

Hata, bırakma sonrası dönemde bir veya birkaç kez sigara içilmesi olarak tanımlanır ve tam relaps öncesi kritik bir dönüm noktasıdır. Laps yaşayan hastaların önemli bir kısmı uygun müdahale ile tekrar abstinan hale gelebilir; bu nedenle nüksü "başarısızlık" olarak değil, öğrenme ve tedavi optimizasyonu fırsatı olarak değerlendirmek önemlidir.

Hata Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri:

Sigara bırakma girişimlerinde hata oldukça yaygındır; çoğu hata ilk 8 hafta, özellikle de ilk hafta içinde gerçekleşir. Yüksek nikotin bağımlılığı, yetersiz farmakoterapi, düşük sosyal destek, alkol kullanımı, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbidite, stresli yaşam olayları ve çevresel tetikleyiciler nüks riskini artırır.

Tetikleyici Analizi:

Hata sonrası ilk adım, tetikleyici durumların sistematik olarak belirlenmesidir:
• **Duygusal tetikleyiciler:** Stres, öfke, üzüntü, anksiyete, can sıkıntısı
• **Sosyal tetikleyiciler:** Sigara içen arkadaş çevresi, sosyal içme ortamları, iş yeri kültürü
• **Durumsal tetikleyiciler:** Kahve içme, yemek sonrası, araç kullanırken, telefon konuşması
• **Fizyolojik tetikleyiciler:** Şiddetli craving, yetersiz kontrol edilen yoksunluk belirtileri

Hata Yönetimi:

Laps yaşayan hasta ile yapılacak görüşmede empatik ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım esastır:
1. Normalleştirme: Lapsın bırakma sürecinin doğal bir parçası olabileceğini, bunun başarısızlık anlamına gelmediğini vurgulamak
2. Tetikleyici belirleme: Lapsa yol açan durumu detaylı olarak sorgulamak
3. Başa çıkma stratejileri geliştirme: Belirlenen tetikleyiciler için spesifik alternatif davranışlar planlamak
4. Farmakoterapi revizyonu:
- Kombinasyon NRT'ye (uzun etkili bant + kısa etkili sakız/pastil) geçilerek tedavi süresinin 6 aya kadar uzatılması
- Kombinasyon tedaviye geçmek veya farmakoterapi başlamamışsa başlatmak
- Vareniklin kullanımını 12 haftadan 24 haftaya uzatmak
- Sitizin kullanımını 12 haftaya kadar uzatmak

Davranışsal destek yoğunlaştırma: Telefon danışma hattı, yüz yüze danışmanlık veya grup desteğine yönlendirme (Bilişsel davranışçı terapi seans sayısını, formatını ve zamanını artırmak, tedavinin etkinliğini sürdürmesinde yardımcı olur.)

5. Takip sıklığını artırma: Sonraki 1-2 hafta içinde kontrol planlamak

Hata Önleme Stratejileri:

Kanıt temelli hata önleme yaklaşımları şunları içerir:
• Sağlık profesyonelleri (hemşire, eczacı, diyetisyen) tarafından ek danışmanlık desteği sağlanması
• Ücretsiz sigara bırakma ilaçlarının sunulması
• Hastane yatışı sonrası proaktif takip ve farmakoterapi devamı (örneğin 8 hafta mevcutsa ücretsiz NRT + otomatik ve canlı destek)
• Yapılandırılmış relaps önleme müdahaleleri (başa çıkma planı, tetikleyici yönetimi)

7.2 NÜKS (RELAPS)

Relaps, lapstan farklı olarak düzenli sigara içme davranışına tam geri dönüş olarak tanımlanır. Relaps birbirini takip eden 7 günde veya takip eden iki hafta boyunca 7 ve/veya daha fazla sayıda sigara içmek olarak tanımlanır.

Relaps, kronik nikotin bağımlılığının doğal seyrinin bir parçasıdır ve çoğu sigara içen kişi kalıcı olarak bırakabilmek için birden fazla ciddi girişimde bulunur. Aşermenin fazla oluşu nüks riskini arttırır.

Nüks Sonrası Yaklaşım:

Relaps yaşayan hasta ile görüşmede aşağıdaki adımlar izlenmelidir:
1. Motivasyonu yeniden değerlendirme: Hastanın bırakma motivasyonunu ve hazırlık düzeyini sorgulamak (Prochaska ve DiClemente'nin Değişim Aşamaları Modeli)
2. Önceki girişimden öğrenme: Neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ve hangi engellerin aşılamadığını analiz etmek
3. Yeni bırakma planı oluşturma:
- Farklı veya daha yoğun farmakoterapi seçeneği (örneğin monoterapiden kombinasyona geçiş)
- Daha yapılandırılmış davranışsal destek (bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme)
- Sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi

4. Yeniden tedavi başlatma: Davranışsal destek ve farmakoterapi kombinasyonunun tekrar sunulması, kılavuzların vurguladığı temel yaklaşımdır
5. Uzun dönem izlem planı: Daha sık kontroller ve proaktif iletişim (telefon, SMS hatırlatıcıları)

Tekrarlayan Relaps:

Çoklu relaps öyküsü olan hastalarda:
• Altta yatan psikiyatrik komorbidite (majör depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu) değerlendirilmeli
• Tütün tedavi uzmanına veya bağımlılık polikliniğine sevk düşünülmeli
• Uzun dönem farmakoterapi (6-12 ay) ve yoğun davranışsal destek planlanmalı
• Zarar azaltma yaklaşımları (sigara tüketimini azaltma) bireysel bazda değerlendirilebilir

7.3 TEDAVİ SÜRESİ VE SONLANDIRMA

Standart Tedavi Süreleri:
Farmakolojik tedavi süreleri, kullanılan ilaca ve hastanın bireysel özelliklerine göre değişir:
• **NRT:** Genellikle 8-12 hafta önerilir; yüksek bağımlılık veya relaps riski yüksek hastalarda 6 aya kadar uzatılabilir. Kademeli doz azaltma önerilir.
• **Vareniklin:** Standart tedavi süresi 12 haftadır. Başarılı bırakma sonrası relaps riskini azaltmak için ek 12 hafta tedavi (toplam 24 hafta) düşünülebilir.
• **Bupropion SR:** Genellikle 12 hafta önerilir; bazı hastalarda 6 aya kadar uzatılabilir.

Tedavi Sonlandırma Kriterleri:

Farmakoterapi sonlandırma kararı aşağıdaki faktörler değerlendirilerek verilmelidir:
1. Abstinan süre: En az 4-12 hafta kesintisiz abstinan (ilaca ve hastaya göre değişir)
2. Yoksunluk belirtilerinin kontrolü: Minimal veya yok
3. Craving düzeyi: Kontrol edilebilir düzeyde
4. Tetikleyici yönetimi: Hasta, yüksek riskli durumlarla başa çıkma stratejileri geliştirmiş
5. Özgüven: Hasta, ilaçsız devam edebileceğine dair güven ifade ediyor
6. Sosyal destek: Yeterli çevresel destek mevcut

Uzun Dönem Farmakoterapi:

Aşağıdaki durumlarda uzun dönem (6-12 ay) farmakoterapi düşünülmelidir:

- Çoklu relaps öyküsü
- Şiddetli nikotin bağımlılığı (Fagerström skoru ≥7)
- Komorbid psikiyatrik hastalık (özellikle depresyon)
- Yüksek stres düzeyi veya sigara içen çevre
- Hastanın tercihi ve tedaviye iyi yanıt

Uzun dönem farmakoterapi güvenlidir ve relaps riskini azaltmada etkilidir. Maliyet-etkinlik ve hasta tercihi göz önünde bulundurularak bireysel karar verilmelidir.

1 — Kardiyovasküler hastalıkta farmakoterapi güvenliği

İlaç	Güvenlik durumu	Notlar
NRT	Stabil KVH — güvenli AKS sonrası ilk 2 hafta dikkatli	Kontrendike değildir; akut dönemde izlemle kullanılabilir
Vareniklin	Stabil KVH — güvenli	KV güvenlik çalışmaları majör KV olayları artırmadığını göstermiştir
Bupropion	Hipertansiyon — dikkatli	Kan basıncı izlemi önerilir

2 — KVH hastane sonrası izlem planı

Dönem	Müdahale	Amaç / Not
Yatış sırasında	Bırakma niyeti değerlendir + farmakoterapi başlat	"Teachable moment" zirvede — Motivasyon
Taburculuk sonrası 8 hafta	Ücretsiz NRT + telefon danışmanlığı (ALO 171)	Proaktif takip ile relaps riski azalır
1. – 3. – 6. ay	Kardiyoloji + birinci basamak ortak izlem	Uzun dönem abstinans + KV takip koordinasyonu

3 — Polifarmasi — ilaç etkileşimi ve yönetim

İlaç	Etkileşim riski	Yönetim önerisi
NRT	En düşük risk	Polifarmasi hastalarında ilk tercih; ilaç etkileşimi minimal
Vareniklin	Minimal etkileşim	Çoklu ilaç kullanımında güvenle tercih edilebilir
Bupropion	CYP2D6 + CYP2B6	Etkileşim veritabanı (Micromedex, Lexicomp) ile bireysel değerlendirme zorunlu
Genel ilkeler	Basit rejim	Günde 1 kez yama gibi kolay uyum sağlayan formlar tercih et
	Yan etki örtüşmesi	Bulantı, uykusuzluk gibi örtüşen yan etkiler uyumu azaltabilir — izle
	Eczacı danışmanlığı	Etkileşim riskini azaltır, hasta uyumunu artırır

4 — Sigara bırakma sonrası kilo alımı yönetimi

Strateji	Uygulama / Açıklama
Beklenti yönetimi	Ortalama 4–5 kg artış yaygındır; geçici olabilir. Sigara içmeye devam etmekten çok daha az zararlı olduğu hastaya vurgulanmalı
Beslenme danışmanlığı	Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, porsiyon kontrolü, düzenli öğün planlaması; diyetisyen desteği önerilir
Fiziksel aktivite	Kilo kontrolüne yardımcı olur; aynı zamanda yoksunluk belirtilerini azaltır ve ruh halini iyileştirir
Farmakoterapi seçimi	Bupropion — Kilo alımını sınırlayıcı etkiye sahip olabilir — kilo endişesi yüksek hastalarda tercih edilebilir
Davranışsal teknikler	Sigara yerine yeme davranışını önlemek için alternatif başa çıkma yöntemleri: sakız çiğneme, su içme, düşük kalorili atıştırmalıklar (sebze, meyve)
Temel ilke	Kilo endişesi bırakma girişimini engellememelidir — Multidisipliner yaklaşım (diyetisyen + egzersiz uzmanı) ile desteklenmeli

Pratik Mesajlar

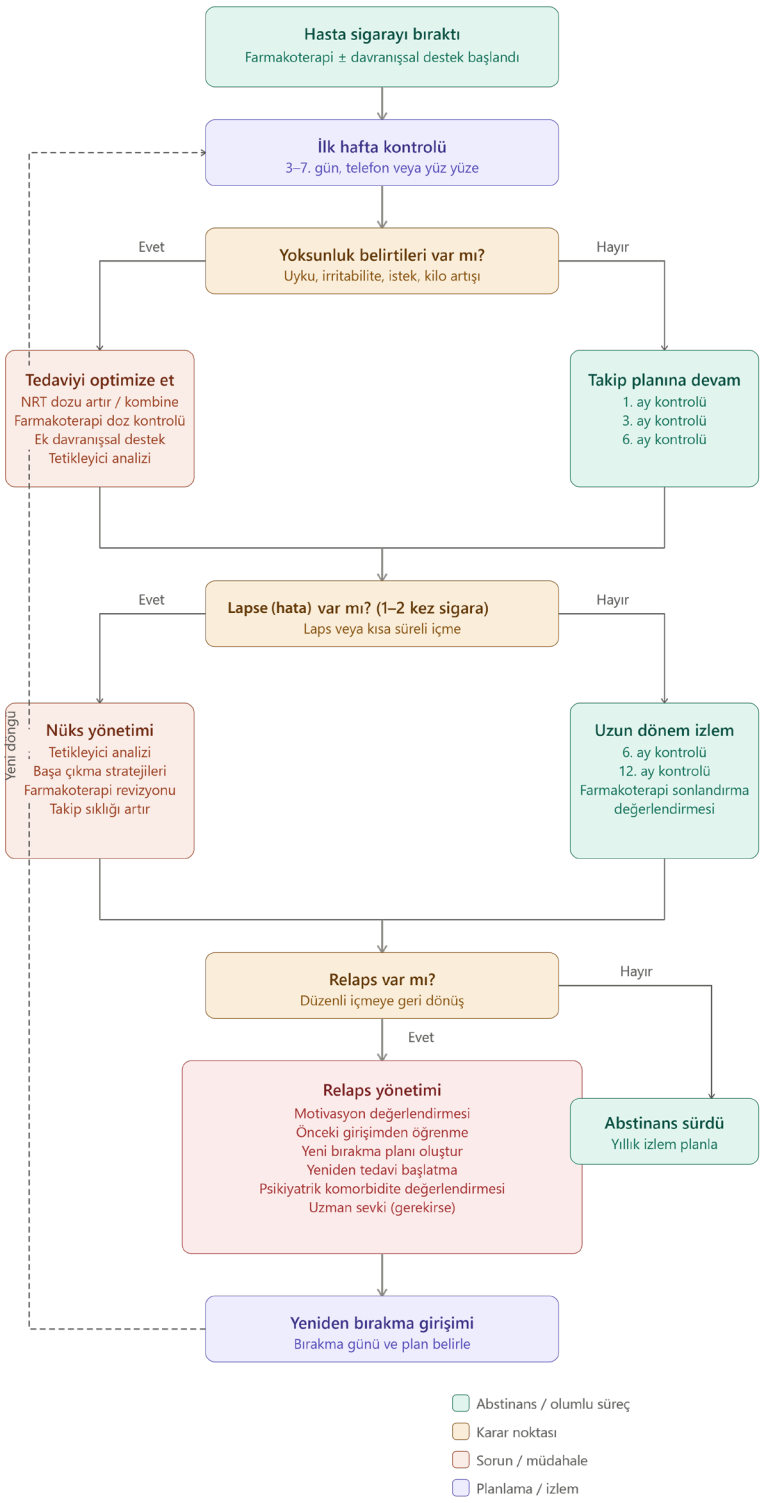
• Tüm sigara içen yetişkinlere davranışsal destek ve farmakoterapi kombinasyonu sunulmalıdır; bu yaklaşım bırakma oranlarını anlamlı şekilde artırır.
• Kombinasyon NRT (uzun etkili yama + kısa etkili sakız/pastil), yüksek bağımlılık düzeyine sahip hastalarda monoterapiye göre daha etkilidir ve birinci basamakta güvenle uygulanabilir.
• Vareniklin, çoğu karşılaştırmalı çalışmada en etkili tek farmakoterapi olarak öne çıkar; uygun hastalarda tercih edilmelidir.
• İlk hafta kontrolü kritiktir: yoksunluk şiddeti, ilaç uyumu ve erken nüks riskini değerlendirmek için bırakma sonrası 3-7 gün içinde hasta ile iletişim kurulmalıdır.
• Nüks başarısızlık değil, öğrenme fırsatıdır: Nüks yaşayan hastaya empatik yaklaşım, tetikleyici analizi ve tedavi optimizasyonu ile çoğu hasta tekrar abstinan hale gelebilir.
• Ücretsiz ilaç sağlanması ve sağlık profesyonelleri tarafından ek danışmanlık, birinci basamakta bırakma oranlarını artıran kanıtlanmış stratejilerdir.
• Kardiyovasküler hastalık, psikiyatrik komorbidite ve yaşlılık, sigara bırakma tedavisine kontrendikasyon değildir; bu gruplarda klinik gözetim altında farmakoterapi güvenle uygulanabilir.
• Standart farmakoterapi süresi 12 haftadır, ancak yüksek relaps riski olan hastalarda (çoklu relaps öyküsü, şiddetli bağımlılık, komorbid depresyon) 6-12 aya kadar uzatılabilir.
• Hastane yatışı sonrası proaktif takip ve farmakoterapi devamı (örneğin 8 hafta ücretsiz NRT + telefon desteği), relaps riskini azaltır ve birinci basamak ile hastane arasında koordinasyon gerektirir.
• Kilo alımı endişesi, bırakma girişimini engellememelidir; hastaya kilo alımının geçici olabileceği ve sigara içmeye devam etmekten çok daha az zararlı olduğu açıklanmalıdır.

Takip Zamanı	Değerlendirme	Müdahale
İlk hafta (3-7. gün)	- Yoksunluk belirtileri (irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk, craving)- İlaç uyumu ve yan etkiler- Nüks durumu- Motivasyon düzeyi	- Yoksunluk belirtileri şiddetliyse: NRT dozu artır/kombinasyon tedaviye geç - İlaç kullanım tekniğini gözden geçir - Kısa davranışsal danışmanlık (başa çıkma stratejileri) - Nüks varsa: tetikleyici analizi ve plan revizyonu
1. ay	- Abstinan durumu (7 gün, 30 gün)- Yoksunluk ve craving düzeyi - İlaç uyumu ve tolerabilite - Tetikleyici durumlar - Kilo değişimi	- Başarılı abstinan: pozitif pekiştirme, tedaviye devam - Laps/relaps: tedavi optimizasyonu, davranışsal destek yoğunlaştırma - Yan etki yönetimi (bulantı, uykusuzluk)- Beslenme ve egzersiz danışmanlığı
3. ay	- Sürekli abstinan durumu - Craving sıklığı ve şiddeti - Başa çıkma stratejilerinin etkinliği - Sosyal destek düzeyi- Komorbid durumlar (depresyon, anksiyete)	- Başarılı abstinan: tedavi sonlandırma planı başlat (kademeli doz azaltma) - Relaps riski yüksekse: tedavi süresini uzat (6-12 ay) - Psikiyatrik belirtiler varsa: değerlendirme ve gerekirse sevk- Uzun dönem izlem planı
6. ay	- Uzun dönem abstinan durumu- Yaşam kalitesi ve sağlık kazanımları - Relaps riski değerlendirmesi - Farmakoterapi devam durumu	- Başarılı 6 aylık abstinan: tebrik et, motivasyonu sürdür - Farmakoterapi hala devam ediyorsa: sonlandırma değerlendirmesi - Relaps varsa: yeniden tedavi başlat- Yıllık kontrol planı
12. ay ve sonrası	- Kalıcı abstinan durumu - Sağlık parametreleri (solunum fonksiyonları, kardiyovasküler risk) - Yaşam kalitesi- Relaps riski	- Uzun dönem başarıyı kutla - Yıllık rutin kontrollerde tütün kullanım durumunu sorgula - Relaps durumunda hızlı müdahale planı- Sürekli destek ve motivasyon

Pratik Mesajlar

Not: Takip sıklığı, hastanın bireysel risk profiline (bağımlılık düzeyi, komorbidite, önceki relaps öyküsü) göre artırılabilir. Yüksek riskli hastalarda ilk 3 ay içinde 2 haftalık kontroller düşünülebilir.

AKIŞ ŞEMASI: Sigara Bırakma Sonrası İzlem



KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults and in pregnant persons. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. US Preventive Services Task Force. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;325(3):265-279.
3. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD000146.
4. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;5(5):CD006103.
5. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;3(3):CD008286.
6. Rigotti NA, Tindle HA, Regan S, et al. A post-discharge smoking-cessation intervention for hospital patients: helping hand 2 randomized clinical trial. Am J Prev Med. 2016;51(4):597-608.
7. Brose LS, Bowen J, McEwen A, et al. Randomised pilot trial of very low nicotine cigarettes versus usual cigarettes to prevent relapse after smoking cessation: the RELAPSE study protocol. BMJ Open. 2020;10(12):e040889.
8. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Smoking Cessation, Version 1.2022. Plymouth Meeting, PA: NCCN; 2022.
9. Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? An updated systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2017;17(1):252.
10. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. Annu Rev Public Health. 2017;38:165-185.
11. Benowitz NL, Pipe A, West R, et al. Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):622-631.
12. Papadakis S, McDonald PW, Mullen KA, Reid RD, Skulsky K, Pipe AL. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2010;51(3-4):199-213.
13. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD000214.
14. Vidrine JI, Shete S, Cao Y, et al. Ask-Advise-Connect: a new approach to smoking treatment delivery in health care settings. JAMA Intern Med. 2013;173(6):458-464.

KAYNAKÇA

15. Korean Association of Smoking and Health. Korean Clinical Practice Guideline for Smoking Cessation. Seoul: Korean Association of Smoking and Health; 2024.
16. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
17. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD000146.
18. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD000031.
19. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;4(4):CD013308.
20. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. BMJ. 2012;345:e4439.

08
HASTA EĞİTİM MATERYALLERİ



Uzm. Dr. Melih Kıran
Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğü, Ankara

8.1 SİGARA BIRAKMAK İSTEMEYEN BİREYE YAKLAŞIM EĞİTİM MATERYALİ

Giriş

Birinci basamak başvurularının önemli bir bölümünü, sigarayı bırakmaya yönelik henüz bir niyeti bulunmayan "farkındalık öncesi" evredeki bireyler oluşturur. Bu bireylere yaklaşımda klasik "öğüt verici" tavır yerine, hastanın kendi değişim sürecini yönetmesini sağlayan Motivasyonel Görüşme (MI) tekniklerinin kullanılması esastır. Hekimin buradaki rolü, hastanın sigara içme konusundaki ikilemini (ambivalans) keşfetmek ve hastayı doğrudan ikna etmeye çalışmadan, kendi ağzından değişim ifadelerini duymasını sağlamaktır.

Birinci Basamak Açısından Önemi

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktası ve en sık başvurduğu birimlerdir. Birinci basamak hekimi, hastanın aile yapısını, komorbiditelerini ve sosyal çevresini tanıyan kişi olarak, tütün müdahalesini bireyselleştirme gücüne sahiptir. Bırakmaya dirençli hastalarda yapılan kısa müdahalelerin, hastanın ileride bırakma girişiminde bulunma olasılığını belirgin düzeyde artırdığı kanıtlanmıştır. ASM ortamında sunulan empatik ve yargılayıcı olmayan destek, hastanın sağlık okuryazarlığını artırırken, hekim-hasta arasındaki güven ilişkisini de güçlendirir.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

Bırakmaya hazır olmayan hastalarda temel klinik strateji, ENSP ve ulusal rehberlerin önerdiği 5R (İlgililik, Riskler, Kazanımlar, Engeller, Tekrar) algoritmasıdır. Bu süreçte motivasyonun sayısallaştırılması için "Değişim Cetveli" kullanımı kritik bir araçtır.

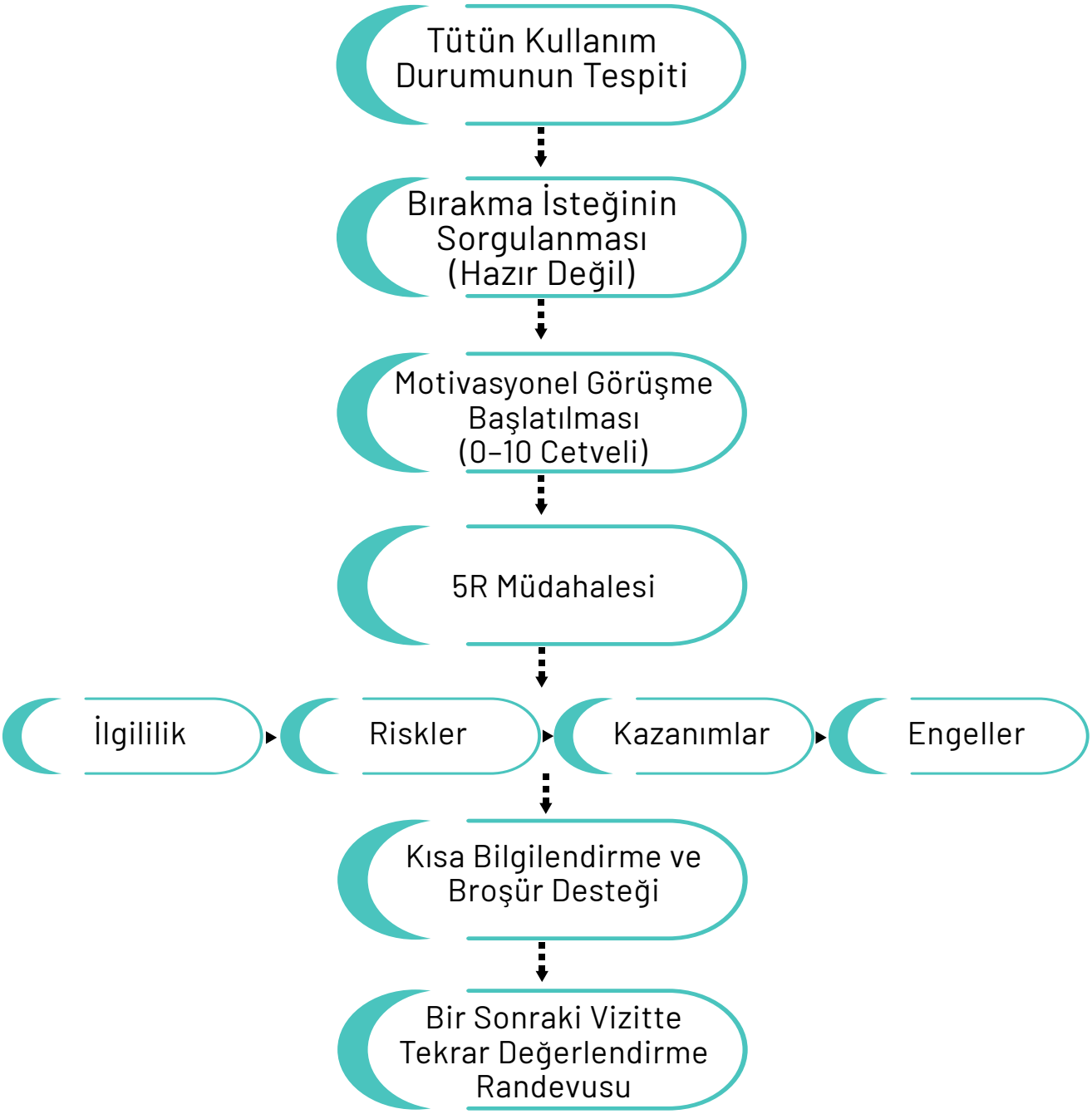
1. Motivasyonun Değerlendirilmesi (0–10 Ölçeği): Hastaya şu iki temel soru yöneltilmelidir:

• "Sigarayı bırakmak sizin için şu an ne kadar önemli?" (0: Hiç değil, 10: En önemli konu)
• "Bırakmaya karar verseniz, başarabileceğinize ne kadar güveniyorsunuz?" (0: Hiç güvenmiyorum, 10: Tamamen güveniyorum) Eğer hasta düşük bir puan (örneğin 3) verirse, "Neden 0 değil de 3?" sorusuyla hastanın içindeki küçük de olsa var olan değişim potansiyeli açığa çıkarılmalıdır.

2. 5R Algoritması Uygulaması:

• **İlgililik (Relevance):** Hastanın mevcut klinik durumuyla (örneğin HT, DM, KAH veya çocukluk çağı astımı olan bir ebeveyn olması) sigara kullanımı arasında doğrudan bağlantı kurulmalıdır. Müdahale genel değil, bireye özel olmalıdır.
• **Riskler (Risks):** Hastanın kendi sağlığı ve çevresi için riskleri (akut nefes darlığı, MI riski, KOAH gelişimi, kısırlık vb.) sesli olarak ifade etmesi teşvik edilmelidir.
• **Kazanımlar (Rewards):** Bırakmanın faydaları (ekonomik tasarruf, koku duyusunda düzelme, daha iyi uyku ve artan efor kapasitesi) hastanın yaşam tarzına uygun şekilde vurgulanmalıdır.
• **Engeller (Roadblocks):** Bırakmanın önündeki bariyerler (NYB endişesi, stres yönetimi zorluğu, kilo alma korkusu) belirlenmeli ve hekimin bu konularda tıbbi destek sunabileceği belirtilmelidir.
• **Tekrar (Repetition):** Motivasyonel destek, hastanın her ASM ziyaretinde, bıkkınlık yaratmadan ve yargılamadan tekrarlanmalıdır.

AKIŞ ŞEMASI: Bırakmaya Dirençli Hastada Klinik Yol Haritası



Özel Durumlar

ASM pratiğinde hastalar sıklıkla sigarayı bırakmak yerine E-sigara veya ısıtılmış tütün ürünlerine yönelmektedir. Dual Kullanım (DUK) riskine karşı dikkatli olunmalı ve bu ürünlerin güvenli birer bırakma yöntemi olmadığı, EVALI gibi ciddi tablolarla ilişkili olabileceği net bir dille aktarılmalıdır. Özellikle gebe, adolesan ve psikiyatrik komorbiditesi olan hastalarda 5R müdahalesi daha hassas ve sık takiplerle yönetilmelidir.

Pratik Mesajlar

• Hastanın direncini bir çatışma değil, ambivalansın bir parçası olarak kabul edin.
• Öğüt vermek yerine, hastaya açık uçlu sorular sorarak neden sigara içtiğini ve neden bırakması gerektiğini kendisine söyletin.
• 0–10 ölçeğini her muayenede kullanarak küçük değişimleri bile takdir edin.
• Hastaya "Siz kendinizi hazır hissettiğinizde, bu süreci birlikte yürütmek üzere rehberlik ve danışmanlık için yanınızdayız. " mesajını verin.

KAYNAKÇA

1. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. ENSP European Guideline for Tobacco Cessation. 5th ed. Brussels: ENSP; 2020.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
4. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(3):265-279.
5. Türk Toraks Derneği. Tütün Kontrolü Uzlaşı Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği Yayınları; 2022.

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Uğraş
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

8.2 İLAÇ BİLGİLENDİRME FORMLARI EĞİTİM MATERYALİ

Bu eğitim ve bilgilendirme materyali:
• Hastaların ilaçları doğru ve güvenli kullanmasını sağlamak, yan etkiler konusunda bilinç oluşturmak, tedaviye uyumu artırmak ve sigara bırakma başarısını yükseltmek amacıyla hazırlanmıştır.

8.2.1. İlaç Grupları

Sigara bırakma tedavisinde 3 temel ilaç grubu vardır:
• Nikotin Replasman Tedavileri (NRT)
• Vareniklin
• Bupropion
• Sitizin (Cytisine)
Doktorunuz sizin için en uygun tedaviyi belirleyecektir.

8.2.2. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Nikotin replasman tedavisi, sigaradan alınan nikotinin daha kontrollü ve daha az zararlı şekilde verilmesini sağlar. Bu sayede sizde görülen yoksunluk belirtileri azalır.
Aşağıdaki formları mevcuttur;

• Nikotin bandı
• Nikotin sakızı
• Pastil / dil altı tablet
• Ağız spreyi

Siz nasıl kullanmalısınız?

• Bandı her gün aynı saatte uygulamalısınız
• Sakızı yavaş çiğnemeli ve ara ara bekletmelisiniz
• Spreyi ani sigara isteği olduğunda kullanmalısınız

Olası yan etkiler

• Bulantı
• Ağızda tahriş
• Çarpıntı (nadir)
• Uyku problemleri

Dikkat edilmesi gerekenler

• Siz bu tedaviyi kullanırken sigara içmemelisiniz
• Hamileyseniz mutlaka doktorunuza danışmalısınız
• Kalp hastalığınız varsa doktor kontrolünde kullanmalısınız

8.2.3. Vareniklin

Vareniklin, beyindeki nikotin reseptörlerine etki ederek:
• Sizin sigara isteğinizi azaltır .
• Sigara içtiğinizde aldığınız keyfi düşürür.

Siz nasıl kullanmalısınız?

• İlaca bırakma tarihinden yaklaşık 1 hafta önce başlanır
• Doz doktorunuz tarafından kademeli artırılır

Olası yan etkiler

• Bulantı
• Uyku bozukluğu
• Canlı rüyalar
• Baş ağrısı

Dikkat edilmesi gerekenler

• Sizde psikiyatrik hastalık varsa doktorunuza bilgi vermelisiniz
• Baş dönmesi yapabileceği için araç kullanırken dikkatli olmalısınız

8.2.4. Bupropion

Bupropion, beyindeki bazı kimyasalları etkileyerek:
• Sigara isteğinizi azaltır
• Ruh halinizi destekler

Siz nasıl kullanmalısınız?

• İlaca bırakma tarihinden 1–2 hafta önce başlanır
• Günde 1 veya 2 doz kullanılır

Olası yan etkiler
• Ağız kuruluğu
• Uykusuzluk
• Baş dönmesi

Kimler kullanmamalıdır?
• Epilepsi hastaları
• Yeme bozukluğu olanlar
• Yoğun alkol kullananlar

8.2.5. Sitizin (Cytisine)

Sitizin, bitkisel kaynaklı bir ilaçtır ve nikotin reseptörleri üzerinde etki gösterir.Sigara isteğini azaltır ve sigaradan alınan keyfi düşürür.

Siz nasıl kullanmalısınız?
• Tedavi genellikle 25 gün sürer.
• İlk günlerde daha sık, sonra azaltılarak kullanılır.
• Bırakma genellikle tedavinin ilk günlerinde başlar.

Olası yan etkiler
• Bulantı
• Ağız kuruluğu
• Baş dönmesi
• Uyku bozukluğu

Dikkat edilmesi gerekenler
• Kalp hastalığınız varsa doktorunuza danışmalısınız.
• Hamilelikte kullanılmamalıdır.

8.2.6.Tedavi Sürecinde Dikkat Edilmesi Gerekenler

• İlaçlarınızı düzenli kullanmalısınız
• Yan etkileri doktorunuza bildirmelisiniz
• Sigara isteği geldiğinde beklemeli ve alternatif yöntemler uygulamalısınız
Sigara isteği genellikle 3-5 dakika içinde azalır.

8.2.7.Özet

• Sigara bağımlılığı tedavi edilebilir bir hastalıktır.
• Siz sigarayı bırakırken ilaç tedavisi süreci kolaylaştırır.
• Kullanılan ilaçlar: Nikotin Replasman Tedavileri (NRT), Vareniklin, Bupropion, Sitizin (Cytisine)
• İlaçlar sigara isteğini azaltır ve yoksunluk belirtilerini hafifletir.
• Yan etkiler genellikle hafif ve geçicidir.
• Siz ilaçlarınızı düzenli kullanarak başarı şansınızı artırabilirsiniz.
• Sigara isteği genellikle kısa sürer (3–5 dakika).
• Bu süreçte zorlanmanız normaldir ve destek almak önemlidir.

Değerlendirme Soruları

1. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan iki ilaç grubunu yazınız.
2. Nikotin replasman tedavisinin amacı nedir?
3. Vareniklinin sigara üzerindeki etkisi nedir?
4. Bupropion hangi tür hastalarda özellikle faydalıdır?
5. Sitizin (cytisine) tedavisi yaklaşık kaç gün sürer?

Dr. Öğr. Üyesi Safiye Kübra Çetindağ Karatlı
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

8.3 DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ VE BIRAKMA ÖNERİLERİ EĞİTİM MATERYALİ

• Sigara Bırakmak Neden Zor?

Sigara sadece fiziksel bağımlılık değil, aynı zamanda bir alışkanlıktır.
Günlük hayatta bazı durumlar sigarayı tetikler:
• Kahve içmek
• Stresli olmak
• Arkadaş ortamı
• Yemek sonrası

• Sigara İsteği Geldiğinde Ne Olur?

Sigara isteği genelde aniden gelir
Çoğu zaman 3-5 dakika içinde azalır
Bu süreyi atlatmak en önemli adımdır

• Sigara İsteği Geldiğinde Ne Yapmalıyım?

• Derin nefes alın (3-5 kez)
• Su için
• Kısa bir yürüyüş yapın
• Sakız çiğneyin
• Dikkatinizi başka şeye yönlendirin

• Tetikleyicileri Tanıyın

Sizi sigaraya yönelten durumları fark edin:
• Kahve yerine→çay içmeyi deneyin
• Stres→nefes egzersizi yapın
• Sosyal ortam→kısa süreli uzaklaşın

•Yeni Alışkanlıklar Geliştirin

Sigaranın yerine şunları koyabilirsiniz:

• Su içmek
• Atıştırmalık (sağlıklı)
• Egzersiz
• Telefonla biriyle konuşmak

•Kendinizi Motive Edin

Sigara bırakmanın faydalarını hatırlayın:

• Daha rahat nefes alma
• Daha iyi uyku
• Daha fazla enerji
• Daha sağlıklı bir yaşam

• Yoksunluk Belirtileri

• Sinirlilik
• Uyku sorunları
• İştah artışı
• Huzursuzluk
Bunlar geçicidir

Genelde 2–4 hafta içinde azalır

• Tekrar Başlama (Nüks) Olursa?

• Bu durum olabilir
• Bu bir başarısızlık değildir
• Önemli olan tekrar denemektir

• Destek Alın

Sigara bırakma polikliniklerine başvurun.

"Sigara bırakmak zor ama geçici bir süreçtir. Her geçen gün daha kolay olacak."

Dr. Öğr. Üyesi Erhan Şimşek
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

8.4 SİGARA BIRAKMIŞ BİREYE YAKLAŞIM EĞİTİM MATERYALİ

8.4.1. Sigara Bırakma Sürecini Anlamak

Sigara bırakma süreci yalnızca fiziksel bir bağımlılığın sona ermesi değil, aynı zamanda psikolojik ve davranışsal değişim sürecidir. Bu süreçte birey nikotin yoksunluğu yaşayabilir ve eski alışkanlıklarını değiştirmekte zorlanabilir.

Süreçte bireyde görülebilecek durumlar:
• Nikotin yoksunluk belirtileri
• Sigara içme isteği (craving)
• Stres ve duygu durum değişiklikleri
• Sosyal ortamlarda zorlanma

8.4.2. Sigara Bırakma Sonrası Görülebilen Belirtiler

Fiziksel belirtiler:
• Baş ağrısı
• Sinirlilik
• Uyku problemleri
• İştah artışı
• Konsantrasyon güçlüğü

Psikolojik belirtiler:
• Kaygı
• Huzursuzluk
• Motivasyon düşüklüğü
• Stresle baş etmede zorlanma

Bu belirtiler çoğunlukla geçicidir ve genellikle ilk 2–4 hafta içerisinde azalma eğilimi gösterir.

8.4.3. Sağlık Çalışanının Rolü

• Bireyin sigarayı bırakma başarısını takdir etmek
• Motivasyonunu güçlendirmek
• Nüks risklerini değerlendirmek
• Baş etme stratejileri öğretmek
• Gerektiğinde profesyonel destek hizmetlerine yönlendirmek

8.4.4. Sigara Bırakmış Bireye Doğru Yaklaşım

• Empatik ve destekleyici iletişim kurmak
• Yargılayıcı veya suçlayıcı ifadelerden kaçınmak
• Bireyin başarısını vurgulamak
• Zorlukların normal olduğunu ifade etmek
Örnek destekleyici ifadeler:
• Sigara bırakmanız sağlığınız için çok önemli bir adım.
• Bu süreçte zorlanmanız çok normal.
• Başardınız ve bu başarıyı sürdürebilirsiniz.

8.4.5. Nüks (Tekrar Başlama) Riskleri

• Yoğun stres
• Sigara içilen sosyal ortamlar
• Alkol kullanımı
• Eski alışkanlık tetikleyicileri (kahve, mola vb.)
Nüksü önlemeye yönelik öneriler:
• Tetikleyicileri tanımak
• Alternatif davranışlar geliştirmek
• Destek sistemlerinden yararlanmak
• Sağlık çalışanı ile iletişimde kalmak

8.4.6. Baş Etme Yöntemleri

• Derin nefes egzersizleri yapmak
• Su içmek
• Kısa yürüyüşler yapmak
• Sakız çiğnemek
• Dikkati farklı bir aktiviteye yönlendirmek
Sigara isteği genellikle birkaç dakika sürer ve çoğu zaman 3–5 dakika içinde azalır.

8.4.7. Aile ve Sosyal Destek

• Bireyin sigara bırakma kararını desteklemek
• Sigara teklif etmemek
• Olumlu geri bildirim vermek
• Bireyin çabasını takdir etmek

8.4.8. Özet

•Sigara bırakmış bireyler desteklenmeli ve motive edilmelidir.
• Yargılayıcı olmayan bir iletişim kullanılmalıdır.
• Nüks riskleri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
• Sağlık çalışanlarının doğru yaklaşımı başarıyı artırır.

Değerlendirme Soruları

1. Sigara bırakma sürecinde görülebilecek iki belirti yazınız.
2. Sigara bırakmış bireye yaklaşımda hangi iletişim tarzı kullanılmalıdır?
3. Nüks riskini artıran iki durum örneği veriniz.
4. Sigara isteği geldiğinde uygulanabilecek bir baş etme yöntemi yazınız.

09

DİĞER TÜTÜN ÜRÜNLERİ VE BAĞIMLILIK



[1]Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk | [2]Prof. Dr. Cüneyt Ardıç
[1]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çorum
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Rize

9.1 NARGİLE

Giriş

Tütün endüstrisi, sigara kullanımındaki azalmaya paralel olarak "zarar azaltımı" iddiasıyla farklı nikotin iletim sistemlerini piyasaya sunmuştur. Nargile, elektronik sigara (e-sigara), ısıtılmış tütün ürünleri ve bunların sigara ile birlikte kullanımı (dual kullanım) günümüzde özellikle gençler ve genç erişkinler arasında hızla yaygınlaşmaktadır.

Bu ürünler çoğu zaman "daha az zararlı", "bağımlılık yapmayan", "sigaraya göre güvenli" şeklinde pazarlanmaktadır. Ancak mevcut bilimsel kanıtlar, bu ürünlerin nikotin bağımlılığı oluşturduğunu ve kardiyovasküler, pulmoner ve metabolik riskleri artırdığını göstermektedir.

Birinci basamakta bu ürünlere yaklaşım, yalnızca bilgilendirme değil; bağımlılığı tanıma, risk iletişimi kurma ve bırakma sürecini başlatma sorumluluğunu da içermelidir.

NARGİLE

Nargile (su piposu), tütünün su içinden geçirilerek inhalasyon yoluyla tüketildiği geleneksel bir tütün kullanım şeklidir. Son yıllarda özellikle gençler ve genç erişkinler arasında sosyal bir aktivite olarak yaygınlaşmış ve "sigaraya göre daha az zararlı" olduğu yönünde yanlış bir algı oluşmuştur. Tütün endüstrisi ve nargile kafeleri, aromalı tütün ürünleri aracılığıyla nargile kullanımını cazip hale getirmekte ve bu ürünleri "filtrelenmiş", "temizlenmiş" veya "zararsız" olarak pazarlamaktadır. Ancak mevcut bilimsel veriler, nargile dumanının yüksek düzeyde nikotin, karbon monoksit, uçucu organik bileşikler, ağır metaller ve kanserojen maddeler içerdiğini göstermektedir.

Bir nargile seansı sırasında maruz kalınan duman miktarı, sigaraya kıyasla çok daha fazla olabilir ve bu durum bağımlılık gelişimi ve toksik maruziyet açısından ciddi risk oluşturmaktadır.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, nargile kullanımının erken dönemde tespiti ve müdahalesi açısından kritik öneme sahiptir.

Nargile kullanımına yönelik birinci basamakta dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Nargile sıklıkla "tütün ürünü" olarak algılanmaz ve hasta tarafından ifade edilmeyebilir.
- Gençlerde nikotin bağımlılığına geçişte önemli bir giriş kapısıdır.
- Sosyal kullanım şeklinde başlayıp düzenli kullanıma dönüşebilir.
- Dual kullanım (sigara + nargile) yaygındır ve toplam maruziyeti artırır.
- Kardiyovasküler ve solunumsal riskler çoğu zaman göz ardı edilmektedir.

Bu nedenle her başvuruda nargile kullanımı aktif olarak sorgulanmalıdır.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

1. Kullanımın Değerlendirilmesi

Nargile kullanımı aşağıdaki yönleriyle ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır:

- Kullanım sıklığı (günlük / haftalık / sosyal)
- Seans süresi (genellikle 30–60 dakika ve üzeri)
- Kullanım ortamı (kapalı alan / nargile kafe)
- Aromalı tütün kullanımı
- Sigara veya diğer tütün ürünleri ile birlikte kullanım (dual kullanım)

2. Bağımlılık Değerlendirmesi

Nargile kullanıcılarında bağımlılık çoğu zaman gözden kaçmaktadır. Aşağıdaki göstergeler değerlendirilmelidir:

- Tek başına kullanımın başlaması
- Kullanım sıklığında artış
- Kullanım olmadığında huzursuzluk veya isteksizlik
- Nikotin ihtiyacının devamı

3. Risk İletişimi

Hastaya yönelik bilgilendirme açık ve net olmalıdır:

- “Nargile sudan geçtiği için zararsız değildir.”
- “Bir nargile seansı, bir paketten fazla sigaraya eşdeğer duman içerebilir.”
- “Karbon monoksit maruziyeti sigaradan daha yüksek olabilir.”
- “Bağımlılık yapar ve sigaraya geçiş riskini artırır.”

4. Bırakma Yaklaşımı

Nargile kullanımı, sigara bağımlılığı ile aynı şekilde ele alınmalıdır:

- Tam bırakma hedefi belirlenmelidir
- Motivasyonel görüşme uygulanmalıdır
- Gerekli durumlarda farmakolojik tedavi planlanmalıdır
- Takip süreci yapılandırılmalıdır

Özel Durumlar

Adölesanlar
Nargile, gençlerde en sık "ilk tütün ürünü" olarak kullanılmaktadır. Aromalı ürünler bağımlılık riskini artırır ve sigaraya geçiş için zemin oluşturur. Bu grupta erken müdahale kritik önemdedir.

Gebelik
Nargile kullanımı, yüksek karbon monoksit ve nikotin maruziyeti nedeniyle fetal gelişim üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Kullanım kesinlikle önerilmez.

Kardiyovasküler ve Solunum Hastalıkları

Nargile kullanımı:
- Karbon monoksit maruziyetini artırır
- Endotel disfonksiyonuna yol açar
- KOAH ve astım semptomlarını kötüleştirir

Bu hastalarda kesin bırakma önerilmelidir.

Pratik Mesajlar

- Nargile güvenli bir tütün ürünü değildir.
- Su filtrasyonu toksinleri ortadan kaldırmaz.
- Bir nargile seansı yüksek düzeyde toksik maruziyete neden olur.
- Sosyal kullanım da bağımlılık açısından risklidir.
- Dual kullanım yaygındır ve toplam riski artırır.
- Birinci basamakta her hastada nargile kullanımı sorgulanmalıdır.
- Tedavi yaklaşımı sigara bırakma algoritması ile aynıdır.

9.2 ELEKTRONİK SİGARA KULLANIMINA YAKLAŞIM

Elektronik sigara (e-sigara)'lar ve diğer nikotin salıcı sistemler (ENDS), nikotin içeren veya içermeyen sıvıların ısıtılması ile aerosol (buhar) oluşturarak inhalasyon yoluyla kullanım sağlayan ve özellikle gençlerin hedef alındığı cihazlardır. Bu ürünler genellikle; nikotin, propilen glikol, gliserin, aroma verici maddeler ve çeşitli kimyasal bileşenler içerirler.

Tütün endüstrisi, bu ürünleri sigaraya alternatif veya sigara bırakma aracı olarak daha güvenli alternatifler olarak pazarlamaya devam ediyor olsa da; mevcut kanıtlar bu ürünlerin zararsız olmadığını ve nikotin bağımlılığını sürdürebildiğini ayrıca toksik ve potansiyel kanserojen emisyonlar oluşturarak sağlığa zarar verebildiğini, kardiyopulmoner hastalık riskini artırdığını, hastane yatışı gerektiren ve ölümcül olabilen akciğer hasarı (EVALİ) ile de ilişkili olduğunu, özellikle gençler ve gebeler için ciddi riskler taşıdığını göstermektedir.

Ayrıca sigara bırakma tedavisinde, uzun dönem etkileri belirsiz olan ve rolü tartışmalı olan bu ürünlerin özellikle gençlerde nikotin bağımlılığına geçiş ve sigaraya başlama riskini ciddi şekilde artırdıkları da gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü de e-sigaraların, sigara bırakma tedavisinde rutin kullanımını önermemektedir.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN ÖNEMİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, tütün ve yeni nesil nikotin ürünlerinin bağımlılığı ile mücadelede en kritik temas noktasıdır. Bu nedenle özellikle birinci basamaktaki hekimler, elektronik sigara kullanan veya kullanmayı düşünen bireylerde aşağıdaki konularda aktif rol almalıdırlar;

- Bireyi tüm tütün ve nikotin ürünlerinden tamamen uzaklaştırmak,
- Bireyi doğru bilgilendirerek, yanıltıcı sağlık algılarını düzeltmek, elektronik sigarayı "zararsız alternatif" olarak konumlandırmamak,
- Nikotin bağımlılığını birinci tercih kanıta dayalı bırakma tedavileri (NRT, Vareniklin, Sitizin, Bupropion, Bilişsel Davranışçı Yaklaşım vb.) ile yönetmek.

KLİNİK YAKLAŞIM BASAMAKLARI

E-sigara kullanan hastaya yaklaşım, klasik sigara bırakma algoritmasına benzer şekilde ancak bazı ek değerlendirmelerle yapılmalıdır. Aşağıdaki tablolar bu yaklaşım basamaklarını özetlemektedir.

1. Kullanımın Değerlendirilmesi / 5A Modelinin Uyarlanması

Sistematik biçimde uygulanması önerilen 5A modeli, birinci basamakta nikotin bağımlılığına müdahalenin temelini oluşturur.

Sor (Ask):	E-sigara kullanımı sorgulanmalı, nikotin açısından cihazın tipi ve kullanım sıklığı kaydedilmeli, Sigara, nargile vb. diğer tütün ürünlerinin kullanımı da sorgulanmalı (Çift kullanım)
Öner (Advise):	Tam bırakma net ve güçlü bir şekilde önerilmelidir. ("Elektronik sigaralar da bağımlılık yapar ve tamamen bırakmanız sağlığınız için en doğru seçenektir." vb.)
Değerlendir (Assess):	Hastanın bırakmaya hazır olup olmadığı belirlenmelidir. Hazır olmayanlarda 5R Motivasyonel Görüşmesi* uygulanmalıdır.
Yardım Et (Assist):	Bağımlılık düzeyine göre farmakolojik ve/veya davranışsal destek planlanmalıdır.
Düzenle (Arrange):	Takip planı oluşturulmalıdır.

*5R motivasyonel görüşmesi; Relevance (ilişkilendirme), Risks (riskler), Rewards (kazanımlar), Roadblocks (engeller) ve Repetition (tekrar) bileşenlerinden oluşur.

2. Kullanım Tipine Göre Klinik Yaklaşım

Sistematik biçimde uygulanması önerilen 5A modeli, birinci basamakta nikotin bağımlılığına müdahalenin temelini oluşturur.

A. Elektronik sigara ve sigaranın birlikte kullanımı (Çift Kullanım)
Öncelik: Sigaranın ve / veya yanıcı tütünün tam bıraktırılmasıdır, kanıta dayalı tedavi başlanır, elektronik sigara kullanımı önerilmez ve sonlandırılır.
B. Sadece Elektronik Sigara Kullanımı
Amaç: Nikotin bağımlılığının sonlandırılmasıdır. Kademeli doz azaltımı veya farmakolojik tedavi planlanır.
C. Sigara Bırakmak İçin Elektronik Sigara Kullanmak İsteyen Hasta
Öncelikle kanıta dayalı tedaviler önerilmelidir. Elektronik sigara birinci seçenek olarak önerilmez ancak danışan kullanımda ısrarcı ise: kısa süreli ve kontrollü kullanım düşünülebilir, bu durumda çift kullanımdan kaçınma ve net bırakma planının oluşturulması önemlidir.

3. Kullanılan Ürüne Göre Klinik Yaklaşım

Elektronik sigaralar teknik özelliklerine göre farklı gruplara ayrılmakta olup, bu ayrım klinik değerlendirme, bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve tedavi planı açısından önem taşımaktadır.

Cihaz tipi	Teknik özellikler	Nikotin iletimi	Klinik özellikler	Birinci basamak açısından önemi	Yaklaşım
Birinci nesil (Cigalike)	Sigara benzeri görünüm, tek kullanımlık veya kartuşlu	Düşük	Yetersiz nikotin	Çift kullanım (sigara + e-sigara) riski yüksek	Öncelik sigaranın bıraktırılması
İkinci nesil (Vape pen)	Kalem şeklinde, yeniden doldurulabilir	Orta	Stabil kullanım	Kullanım şekli sorgulanmalı, bağımlılık gelişebilir	Bağımlılığı değerlendir
Üçüncü nesil (Modifiye cihazlar/ Mods)	Yüksek güçlü, ayarlanabilir sistemler	Yüksek	Yoğun aerosol	Yüksek toksin maruziyeti ve artmış bağımlılık riski	Aktif bırakma öner
Pod sistemler	Kartuşlu, kompakt, nikotin tuzu içeren sistemler	Çok yüksek	Hızlı emilim	Özellikle gençlerde bağımlılık riski çok yüksek	Yoğun tedavi planla

Elektronik Sigara Çeşitleri, Klinik Özellikleri ve Yaklaşım

4. Klinik Yaklaşımda Hızlı Değerlendirme

Elektronik sigaralar teknik özelliklerine göre farklı gruplara ayrılmakta olup, bu ayrım klinik değerlendirme, bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve tedavi planı açısından önem taşımaktadır.

Soru	Klinik anlamı	Eylem
Sigara ile birlikte kullanıyor mu?	Çift kullanım	Standart sigara bırakma tedavisi başla, e-sigarayı kes
Hangi cihazı kullanıyor?	Nikotin maruziyeti	Tedavi yoğunluğunu belirle
Bırakmak istiyor mu?	Motivasyon var / yok	Tedavi / motivasyonel görüşme (5R)
Günlük kullanım sıklığı?	Bağımlılık düzeyi	Farmakolojik destek planla

5. Tedavi ve Yönlendirme

Amaç sigarayı bırakmak ise	Kanıta dayalı tedaviye geçiş
Rekreatif kullanım varsa	Bırakma önerisi + risk eğitimi
Çift kullanım varsa	Tam bırakma hedefi belirlenmeli

Elektronik sigaralar, tütün bırakma tedavisinde önerilmemelidir.

6. Nüks Yönetimi

Nüks doğal süreçtir. Tetikleyiciler analiz edilmeli ve tedavi gözden geçirilmelidir.

Yüksek Riskli Grup Ve Durumlar

Adölesanlar
Elektronik sigaralar özellikle gençlerde daha hızlı bağımlılık gelişimi ve beyin gelişimi üzerine olumsuz etkileri açısından yüksek risklidir. Kullanımı kesinlikle önerilmediği gibi kullananlara da aktif bırakma müdahalesi planlanmalıdır.

Gebelik
Nikotin fetal gelişimi olumsuz etkiler; elektronik sigara kullanımı gebelikte kesinlikle önerilmez.

Kronik Hastalık Varlığı
Kalp ve akciğer hastalığı olan bireylerde risk daha yüksektir; kullanım kesin şekilde bırakılmalıdır.

Pratik Mesajlar

- Elektronik sigaralar güvenli değildir.
- Uzun dönem etkileri bilinmemektedir.
- Sigara bırakma tedavisinde önerilmemektedir.
- Çift kullanım yaygındır, bağımlılığı sürdürür ve risklidir.
- Birinci basamakta hedef her zaman nikotini tam bırakma olmalıdır.
- Birinci basamakta motivasyonel görüşme kritik önemdedir.
- Kanıta dayalı tedaviler her zaman önceliklendirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Apr 13]. Available From: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164
2. World Health Organization. Electronic cigarettes: factsheet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/e-cigarettes
3. Erdöl C, Ergüder T, Erdöl MA, et al. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi, kontrolü ve tedavisi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yayınları; 2021.
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024-2028. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.
5. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 8;1(1):CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub8.
6. Glantz SA, Bareham DW. E-cigarette use, effects on smoking, risks, and policy implications. Annu Rev Public Health. 2018;39:215-235. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013757.
7. Soneji S, Trimis JLB, Wills TA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2017;171(8):788-790. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1488
8. Deliwala S, Sundus S, Haykal T, et al. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury (EVALI): acute lung illness within hours of switching from traditional to e-cigarettes. Cureus. 2020 Apr 2;12(4):e7513. doi: 10.7759/cureus.7513.
9. Heinzerling A, Armatas C, Karmarkar E, et al. Severe Lung Injury Associated With Use of e-Cigarette, or Vaping Products, California, 2019. JAMA Intern Med. 2020;180(6):861-869. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0664
10. Chen DTH, Grigg J, Filippidis FT. European Respiratory Society statement on novel nicotine and tobacco products, their role in tobacco control and "harm reduction". Eur Respir J. 2024;63(2).
11. Centers for Disease Control and Prevention. E-cigarettes (vapes) [Internet]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2025 Jan 31 [cited 2026 Apr 15]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/index.html
12. Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence [Internet]. Canberra: National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University; 2022 Apr [cited 2026 Apr. 15]. 345 p. (Report for the Australian Department of Health). Availablefrom: https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/ecigarettes/Electronic_cigarettes_and_health_outcomes_%20systematic_review_of_evidence.pdf

KAYNAKÇA

13. Gotts JE, Jordt S, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? BMJ. 2019;366:l5275. doi: 10.1136/bmj.l5275.
14. Banks E, Yazidjoglou A, Joshy G. Electronic cigarettes and health outcomes: epidemiological and public health challenges. Int J Epidemiol. 2023 Aug 2;52(4):984-92. doi: 10.1093/ije/dyad059.
15. US Department of Health and Human Services. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2016.
16. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation - Authors' reply. Lancet Respir Med. 2016 Jun;4(6):e26-7. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30025-X.