2019 | Vol: 3 | Issue:2 | Print ISSN 2548-0715

CURRENT ADDICTION RESEARCH

Güncel Bağımlılık Araştırmaları

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
ÜSBAUMER Bağımlılık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Turkey's first and only brain hospital...

Neurosurgery

Full-Fledged
General Hospital

1A Operating Rooms

Fully-Equipped
Intensive Care Unit

Child Psychiatry,
Neurology, Neurosurgery

Neuromodulation
Center

Psychology,
Psychiatry, Neurology

Private 7 / 24 Psychiatric
Intensive Care Unit

NPAMATEM
Addiction Center

Personalized
Pharmacogenetic
Treatment

Üsküdar University
Science Partner

20th YEAR 1998

NP İSTANBUL Brain Hospital

Neuropsychiatry | Addiction | Neurosurgery

We are inspired by the brain to achieve excellence

npistanbulbrainhospital nphospital.pac www.npistanbul.com/en

Science Partner

Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad. No:18, 34768 Ümraniye / İstanbul TURKEY
T: +90 216 633 06 33 F: +90 216 634 12 50

Organization Accredited by Joint Commission International

Management System ISO 9001:2015

GÜNCEL BAĞIMLILIK ARAŞTIRMALARI DERGİSİ EDİTÖR KURULU/

CURRENT ADDICTION RESEARCH EDITORIAL BOARD

İmtiyaz Sahibi / Owner
Üsküdar Üniversitesi / Furkan Tarhan

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief
Prof. Dr. Nesrin Dilbaz

Yardımcı Yayın Yönetmenleri/Associate Editors
Doç. Dr. Gül Eryılmaz
Doç. Dr. Cemal Onur Noyan
Doç. Dr. Aslı Enez Darçın
Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin

Onursal Yayın Yönetmeni / Honorary Editor
Prof. Dr. Nevzat Tarhan

Danışman Editör/Advising Editors
Prof. Dr. Orhan Doğan
Prof. Dr. Tayfun Uzbay

İstatistik Editörü/Editor for Statistics
Dr. Öğr. Üyesi Asil Özdoğru

Dil Editörleri / Linguistic Editors
Doç. Dr. Ulaş Çamsarı
Uzm. Klinik Psikolog Saadet Merih Çengel

Yayın ve Danışma Kurulu/

Editorial and Advisory Board

Bağımlılık Psikiyatrisi
Prof. Dr. Yıldız Akvardar
Prof. Dr. Ender Altıntoprak
Prof. Dr. Zehra Arıkan
Prof. Dr. Rüstem Aşkın
Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı Doğan
Prof. Dr. Serdar Dursun
Prof. Dr. Ali Saffet Gönül
Prof. Dr. Ayhan Kalyoncu
Prof. Dr. Figen Karadağ
Prof. Dr. Sermin Kesebir
Prof. Dr. Murat Kuloğlu
Prof. Dr. Kültegin Ögel
Prof. Dr. Ferhunde Öktem
Prof. Dr. Tahir Tellioğlu
Prof. Dr. Berna Uluğ
Prof. Dr. Erdal Vardar
Prof. Dr. Zeki Yüncü
Doç. Dr. Umut Mert Aksoy
Doç. Dr. Merih Altıntaş
Doç. Dr. Yavuz Ayhan
Doç. Dr. Rabia Bilici
Doç. Dr. Yeşim Can
Doç. Dr. Ebru Çakıcı
Doç. Dr. Mehmet Çakıcı
Doç. Dr. Cüneyt Evren
Doç. Dr. Gülcan Güleç
Doç. Dr. Elif Mutlu
Doç. Dr. Cenk Tek
Dr. Öğr. Üyesi Yasin Genç
Uz. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan
Uz. Dr. Aykut Özden
Uz. Dr. Fagan Zakirov

Genel Psikiyatri
Prof. Dr. Tamer Aker
Prof. Dr. Cengiz Akkaya
Prof. Dr. Tunç Alkın
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Prof. Dr. Sunar Birsöz
Prof. Dr. M. Emin Ceylan
Prof. Dr. Birgül Cumurcu
Prof. Dr. Mesut Çetin
Prof. Dr. Aslıhan Dönmez
Prof. Dr. Hüsnü Erkmen
Prof. Dr. Ertuğrul Eşel
Prof. Dr. Erol Göka
Prof. Dr. Hatice Güz
Prof. Dr. Çiçek Hocaoğlu
Prof. Dr. Erdal Işık
Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu
Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu
Prof. Dr. Sedat Özkan
Prof. Dr. Mine Özmen
Prof. Dr. Nahit Özmenler
Prof. Dr. Şebnem Parıldar
Prof. Dr. Mert Savrun
Prof. Dr. Kemal Sayar
Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur
Prof. Dr. Lut Tamam
Prof. Dr. Hakan Türkçapar
Prof. Dr. Özcan Uzun
Prof. Dr. Süheyla Ünal
Prof. Dr. Baybars Veznedaroğlu
Prof. Dr. Kemal Yazıcı
Doç. Dr. Mehmet Ak
Doç. Dr. Çiğdem Aydemir
Doç. Dr. Işıl Göğcegöz
Doç. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu
Doç. Dr. Dost Ongür
Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar
Doç. Dr. Cumhur Taş
Doç. Dr. Eylem Özten
Dr. Öğr. Üyesi Habib Erensoy

Nöroloji
Prof. Dr. Ersin Tan
Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ
Prof. Dr. Esen Saka Topçuoğlu
Prof. Dr. Mehmet Akif Topçuoğlu
Doç. Dr. Barış Metin
Uz. Dr. Celal Şalçini

Genetik
Prof. Dr. Muhsin Konuk
Doç. Dr. Korkut Ulucan

Adli Tıp
Prof. Dr. Sevil Atasoy
Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu
Prof. Dr. Gökhan Oral
Prof. Dr. Hüseyin Ünlü
Doç. Dr. Neylan Ziyalar

Toksikoloji
Prof. Dr. Serap Annette Akgür
Prof. Dr. Uğur Atik
Uzm. Ecz. Selma Özilhan

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi
Prof. Dr. Emine Zinnur Kılıç
Prof. Dr. Bengi Semerci
Prof. Dr. Yankı Yazgan
Prof. Dr. Özgür Yorbik

Psikoloji
Uzm. Klinik Psikolog Simge Alevsaçanlar
Uzm. Klinik Psikolog Aslı Başabak
Uzm. Klinik Psikolog Gürler Güz
Uzm. Klinik Psikolog Duygu Kılıç
Uzm. Klinik Psikolog Ahmet Yılmaz

Sağlık Bakanlığı
Hüseyin Çelik
Yusuf Öztürk
Uz. Dr. Esra Alataş
Dr. Mustafa Kemal Çetin
Dr. Sertaç Polat
Dr. Emre Yatman

Teknik Servis

IT

Hakan Özdemir

Periyot

Period

Current Addiction Research 3 ayda bir yayınlanır ve ücretsiz olarak dağıtılır. / Current Addiction Research Journal is published quarterly and distributed free of charge.

İletişim Adresi

Contact Address

Üsküdar Üniversitesi Altunizade Mh. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56
car@uskudar.edu.tr / www.currentaddiction.org / www.uskudar.edu.tr

Grafik Uygulama

Graphic Application

Bülent Tellan

Basım

Printing Office

ArmoniNuans Görsel Sant. ve İltş. Hiz. San. ve Tic. A.Ş.
Tavukçuyolu Cad. Palas Sok. No: 3, Yukarı Dudullu / Ümraniye / İstanbul, Tel: 0216 540 36 11

İÇİNDEKİLER

EDİTÖR KURULU 45

EDİTÖRDEN 47

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN ÜÇ YILLIK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 49

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE ATLADIKLARIMIZ; SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ 52

SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDE ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU 53

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE SİGARA BIRAKMA 54

DEPRESYON VE SİGARA BIRAKMA 55

SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDE UYKU BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ 58

SİGARA VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI 60

GEBELERDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ 61

ÇOCUK VE ERGENDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ 63

YAŞLIDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ 65

SİGARA BIRAKMA SONRASI KİLO ALMAK KAÇINILMAZ MI? 67

SİGARA VE ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI 70

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE TÜTÜN BAĞIMLILIĞI 71

OLUMSUZ DUYGULARLA BAŞ ETMELERİ İÇİN HASTALARIMIZA NELER ÖNEREBİLİRİZ? 72

SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI 75

TÜRKİYE'DE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ 78

ÜLKEMİZDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ ÖRNEĞİ 79

AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ 80

FARKLI DİSİPLİNLERDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ İŞLEYİŞİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ÖRNEĞİ 81

YAZARLARA BİLGİ 82

EDİTÖRDEN

Sigara kullanımı halen tüm dünyada en önemli önlenebilir hastalık ve ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Her yıl dünyada 7 milyon, ülkemizde 120 bin kişi tütün kullanımına bağlı bir hastalıktan yaşamını yitirmektedir. Ülkemiz tütün ile mücadelede 2008 yılından bu yana tüm dünyaya örnek gösterilen çok önemli başarılar elde etmesine rağmen, sigara kullanımı 15 yaş üstü nüfusumuzda %31,6 oranı ile ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu mücadelenin önemli bir ayağını da sigara bırakma hizmetleri oluşturmaktadır. Sigara kullanımı bir bağımlılık, yani hastalıktır. Diğer kronik hastalıklar gibi tedavi edilmesi gerektiği kanıtlanmıştır. Sigara içenlerin çoğu sigara bırakmayı yardımsız olarak denemekte ve bunların önemli bir kısmı kısa sürede tekrar içmeye başlamaktadır. Sigara içen her 40 kişiden sadece biri sigarayı bırakmada başarılı olmaktadır.

Bu kadar önemli bir konu ile ilgili tüm sağlık çalışanlarına faydalı olabilmek adına 1. Ulusal Sigara Bırakma Kongresini 4-5 Nisan 2019 tarihinde Antalya'da gerçekleştirdik. Doç. Dr. Tijen Şengezer'in Kongre Başkanı, Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ'ın Kongre Onursal Başkanı olarak görev aldığı kongrenin düzenleme kurulunda Zeynep Atam Taşdemir, Aslı Enez Darçın, Fisun Sözen, Funda Aksu, Kurtuluş Aksu, Nedim Yüksel Çakır, Onur Noyan bulunmaktadır. 120 hekimin katılımı ile gerçekleşen kongre kongrenin bilimsel programı bu alanda mücadele veren hekim arkadaşlarımızın olduğu kadar, Türk Basınının da dikkatini çekmiştir.

Kongreye katılamayan ve bağımlılık alanında çalışan meslektaşlarımız için faydalı olması adına Current Addiction Research dergimizin bu sayısında 1. Ulusal Sigara Bırakma Kongresi'nde sunulan sözel bildiriler ve panellerden yayınlanmasına izin veren konuşmacıların özetlerini sunmayı hedefledik.

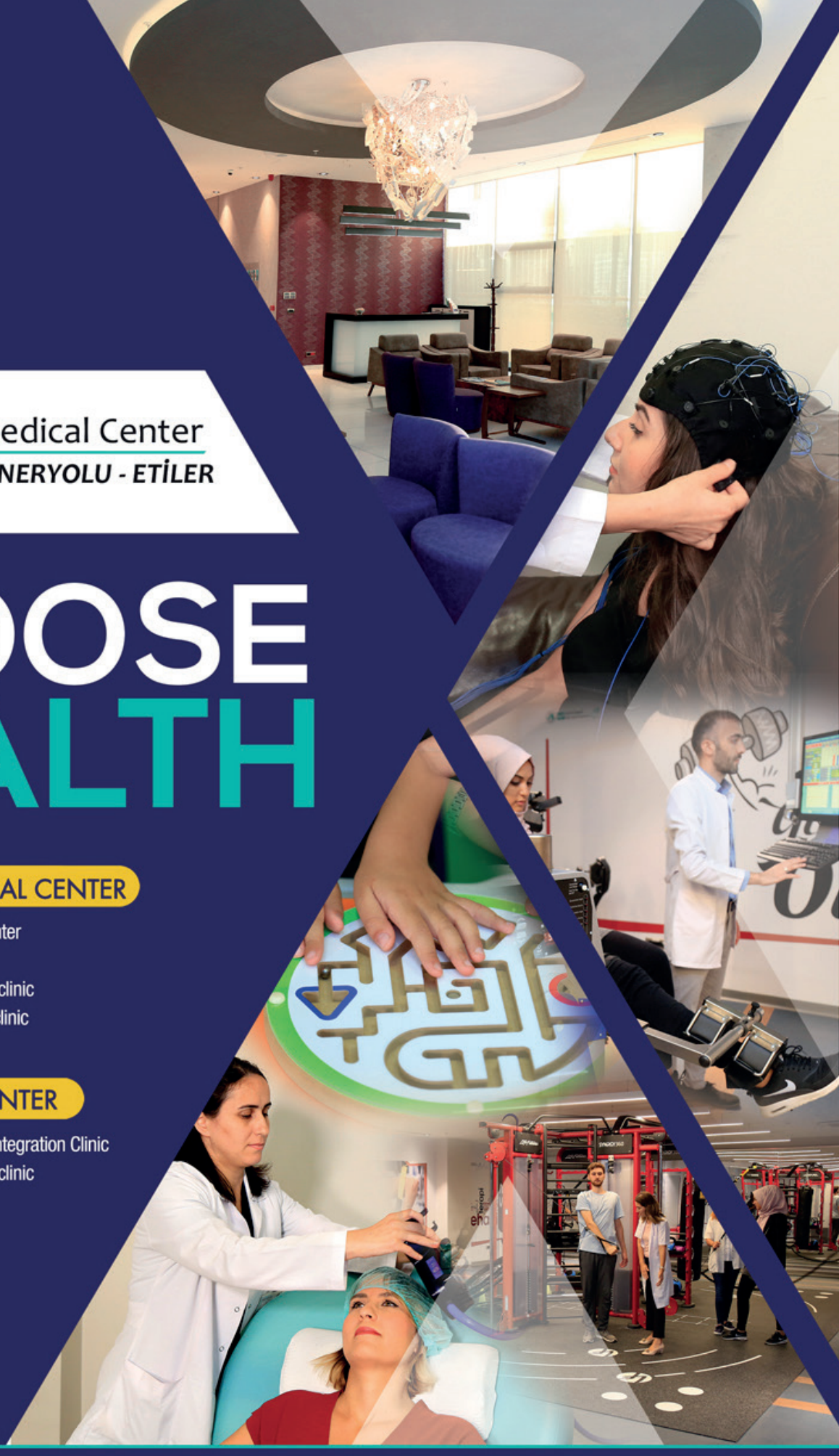
Önümüzdeki yıllarda devam edecek olan Ulusal Sigara Bırakma Kongrelerinde birlikte olmak dileklerimizle.

Prof. Dr. Nesrin Dilbaz
Doç. Dr. Tijen Şengezer

ÜSKÜDAR UNIVERSITY

NP Medical Center
FENERYOLU - ETİLER

CHOOSE HEALTH



NP FENERYOLU MEDICAL CENTER

Physiotherapy and Rehabilitation Center
Adult Psychiatry Polyclinic
Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic
Speech and Language Therapy Polyclinic
Otorhinolaryngology

NP ETİLER MEDICAL CENTER

Occupational Therapy and Sensory Integration Clinic
Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic
Adult Psychiatry Polyclinic

20th YEAR
NP İSTANBUL Brain Hospital
Neuropsychiatry | Addiction | Neurosurgery

www.ider.org

www.nptipmerkezi.com

nptipmerkezi NPİSTANBULBeyinHastanesi nphospital.pac

Feneryolu Medical Center Tel: +90 216 418 15 00

Etiler Medical Center Tel: +90 212 270 12 92

Current Addiction Research 2019;3(2):49-51

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN ÜÇ YILLIK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fisun SÖZEN[1], Mustafa KARABEKİR[2], Şule AKÇAY[3], Ergün ÖKSÜZ[4]

[1] *Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Ankara*

[2] *Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Ankara*

[3] *Başkent Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD, Ankara*

[4] *Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Ankara*

GİRİŞ

Tütün kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalığı, diyabet ve erken ölüm riskini artıran bir faktördür. Dünya Sağlık Örgütü sigara içmeyi tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul etmektedir. DSÖ verilerine göre dünya da her yıl 5 milyon kişi, ülkemizde ise 100 bin kişi sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir.

Türkiye'de 2009'da başlayan dumansız hava sahası uygulaması kapalı alanlarda önemli ölçüde tütün kullanımını engellese de henüz istenilen sonuç elde edilememiştir. Tütün kullanımı, önlenebilir ölümlerin tüm dünyada önde gelen nedenlerinden birisidir (1). Tütün kullanımına bağlı bütün bu hastalık ve ölümlerin önlenebilir olması sorunu daha ciddi biçimde ele almamızı gerektirmektedir.

Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2012 sonuçlarına göre on sekiz yaş üstündekilerin %26,3'ü her gün sigara içmektedir; bu oran erkeklerde %40,0 iken kadınlarda %12,4'tür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda ise %13,1 olarak belirlenmiştir (2).

Hekimlerin sigara kullananlara sigarayı bırakmalarına yönelik telkin, öneri ve desteklerinin, onları sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma denemesini sağladığı bilinmektedir(3). Yapılan bir çalışmada sigara bırakma başarısının, hekimlerin hastalarına sadece sigarayı bırakmasını önerdiği sigara bırakma programlarında %5, sigara bırakılması için yoğun destek verdiği programlarda ise %29 olduğu gösterilmiştir(4)

Sigara ile mücadelede, sağlık konusunda rol-model olan sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmekte ve bu konuda özellikle sigara bırakma polikliniklerinin daha etkin rol oynaması gerekmektedir. Toplumsal bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanım yasağı, ortaya çıkan hastalıklar ve ekonomik nedenlerden ötürü sigara kullanan kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır.

Bu polikliniklerde kişilerin sigara bırakma istekleri çeşitli medikal ve davranışsal tedaviler ile desteklenmektedir.

AMAÇ

Çalışmamızda Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği (SBP)'ne başvuran hastaların sosyo-demografik bilgilerinin, bağımlılık skorlarının, sigara bırakma durumlarının ve oranlarının değerlendirilmesi ve bunlar arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığının gösterilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve analitik bir araştırma olarak planlanan bu çalışmanın, örneklem grubuyla yüz yüze veya telefonla görüşülerek yürütülmesi planlanmıştır. Mart 2015-Temmuz 2018 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi SBP'ne başvuran bupropion ,vareniklin veya nikotin bandı tedavisi başlanan 297 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik, klinik özellikleri ve sigara bırakma durumları analiz edildi ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği ve nefesden CO ölçümü(piCO+Smokerlyzer) hastalara uygulandı.

Bu kişilerle ilk görüşmeden sonra bırakma süresi boyunca 1.haftada, bırakma gününden 1 gün sonra,1.ay,2.ay ve 3.ayda olmak üzere toplamda 5 defa yüz yüze veya telefon ile motivasyonel görüşmeler yapıldı. Veriler SPSS 22.0 programında incelendi. Tanımlayıcı veriler sayı(yüzde) olarak verildi. Değerlendirmede ki kare ve T-testi kullanıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR

Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu çalışmada hasta sayısı toplamı 297 idi. Hastaların ortalama yaşı 42,59 idi. Çalışmaya katılanların cinsiyet açısından dağılımı erkekler %60,40 (n:190), kadınlar %39,60 (n:107) şeklindeydi. Öğrenim durumları açısından hastaların %59,26 sı üniversite, %37,04'ü ortaöğretim, %3,7'si ilköğretim mezunu olduklarını belirttiler. Katılımcıların %64,31'i evli, %35,69'u bekar idi. Hastaların %46,80(n:139) inin sosyal olarak alkol kullanmakta olduğu görüldü. %38,05(n:113) inde ise kronik hastalık (pulmoner ve sistemik hastalıklar) mevcuttu.

Polikliniğe başvuran hastaların; ortalama sigara içme süresi 23,38 yıl ve içilen sigara ortalaması 1,14 paket/gün olarak hesaplanmıştır. Sigara bırakma tedavisi olarak hastaların

%66,90 (n:190)'ı vareniklin, %30,63'ü (n:87) bupropion, %2,46'sı (n:7) nikotin bandı kullanmıştır. Hastalara uygulanan Fagerström Bağımlılık Skor ortalaması 6,69 ve Nefes CO ölçümlerinin ortalama değeri ise 9,76 ppm idi.

Yapılan telefon görüşmeleri sonucunda; %62,63(n:186) ü sigarayı bıraktığını, %35,35(n:105)i bırakmadığını, %5,05(n:15)i hiç tedaviye başlamadığını, %29,63(n:88) i tedavi sırasında tekrar sigaraya başladığını, %2,36(n:7) sı ise tedavi bittikten sonra sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir. Sigara bırakma oranlarının ilaçlara göre dağılımı ise; vareniklin kullanan 190 hastanın 119(%62,6) u, bupropion kullanan 87 hastanın 64(%73,5)ü, nikotin bandı kullanan 7 hastanın da 3(%42,8)ü sigarayı bırakmış olduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan yükseköğretim alanların bırakma oranı %68,5, ortaöğretim alanların %65, ilköğretim alanların %27'idi. Yükseköğretim ile ortaöğretim alanlar arasında bırakma oranları açısından anlamlı fark görüldü(p=0,021). Kadınlarda bırakma oranı %65,4, erkeklerde ise %61' di ve cinsiyet açısından istatiksel anlamlı fark yoktu(p=0,455). Kronik hastalığı olanlarda bırakanlar %54,9, kronik hastalığı olmayanlarda bırakanlar %67,4'idi. Kronik hastalığı olmayanlar ile olanların bırakma oranları arasında anlamlı fark görüldü(p=0,030). Evli olanlarda bırakma oranı %64,9, bekar olanlarda ise %58,5'idi. İki grup arasında anlamlı fark yoktu(p=0,272). Bırakmayanların Fagerström skoru ortalama 6,8 iken, bırakanların 6,6'idi ve T testine göre anlamlı fark yoktu. Bırakanlarda ölçülen CO ortalama 9,3 ppm, bırakmayanlarda ise 10,8 ppm'di ve t test sonuçlarına göre anlamlı fark görüldü (p=0,030).

TARTIŞMA

Ülkemizde yapılan çalışmalarda bir yıllık sigara bırakma oranları yaklaşık %29 ile %45 arasında saptanmıştır(5-9). Çalışmamızda sigara bırakma oranının %62,6 ile literatürden yüksek olması, medikal tedavinin yanında hastalarla birebir görüşme sürelerinin uzun tutulması ve bırakma süresi boyunca yüz yüze veya telefonla görüşülerek sürekli takip edilmesine bağlanmıştır. Literatürlerde de farmakolojik tedavi ve yakın takiplerde motivasyonel destek verilmesi ile başarı oranlarının artacağı söylenmiştir(6,10).

Sigara bırakma başarısına, eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda sigara bırakma oranının yüksek olduğu bildirilmekteyken (11,12), bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (13,14). Çalışmamızda ise, yükseköğretim alanlarla orta öğretim alanlar arasında sigara bırakma başarısı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Cinsiyetin ise sigara bırakma başarısı üzerine etkisi değerlendirilmiş ancak literatürde bazı çalışmalar erkeklerin daha kolay bırakabildiklerini bildirirken bazı çalışmalar ise farklılık olmadığını göstermiştir(6,15,16). Bizim çalışmamızda ise cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi saptanmamıştır.

Daha önce yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigarayı daha zor bıraktığı bildirilmiştir. KOAH olan olgular üzerinde yapılan bir çalışmada KOAH'lı olguların sağlıklı sigara içicilerine göre daha zor bıraktıkları gösterilmiştir(17,18). Bizim çalışmamızda ise eşlik eden kronik hastalığı olmayanların, olan gruba göre sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sigara bırakma sürecinde medikal tedaviye ek olarak yapılan sık görüşmenin, bireylerin motivasyonunu yüksek tuttuğu ve olumlu yönde destek olduğu gerçeğini, yapılan birçok çalışma ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda da bireylerin özellikle nikotin yoksunluk belirtilerinin de yoğun yaşandığı ilk 3 ay içerisinde sık aralıklarla takip edilmesi ile sigara bırakma oranlarının yükseldiği görülmüştür. Sigara bırakma tedavisi bireyler için olduğu kadar toplumu da tütün ile oluşan hastalıklardan korumada son derece önemlidir. Uygun bırakma tedavilerinin uygun zamanda verildiği SBP önemli bir başvuru noktası olmaya devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, tedavi, takip

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, WHO Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2014. (http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/, erişim tarihi:08.12.2015)

2. Türkiye İstatistik Kurumu, 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142; erişim tarihi:18.01.2016)

3. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. Medical Clinics of North America. 1992;76:451-76.

4. Schwartz JL. Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. NIH Publications. 1987;1:125-56.

5. Örsel O, Örsel S, Alpar S ve ark. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2005;53(4):354-61.

6. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N ve ark. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52(1):63-8.

7. Yaşar Z, Kar Kurt Ö, Talay F ve ark. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. Eurasian J Pulmonol. 2014;16:99-104.

8. Uzaslan EK, Ozyardımcı N, Karadağ M, ve ark. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Annals of Medical Sciences. 2000;9(2):63-9.

9. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, ve ark. Sigara bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. Toraks Dergisi. 2005;6(2):151-8.

10. Can G, Oztuna F, Ozlu T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. Tuberk Toraks. 2004;52(1):63-74.

11. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Tur Toraks Derg. 2007;8:110-4.

12. Janson C, Kunzli N, deMarco R, Chinn S, Jarvis D, Svanes C, et al. Changes in active and passive smoking in European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J. 2006;27:517-24.

13. Argüder E, Karezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HCve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Tur Toraks Derg. 2013;14:81-7.

14. Monso E, Campbell J, Tonnosen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. Tob Control. 2001;10:165-9.

15. Renaud JM, Halpern MT. Clinical management of smoking cessation: patient factors affecting a reward-based approach. Patient Prefer Adherence. 2010;4:441-50.

16. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with succes. Turk J Med Sci 2012;42:51522.

17. Onen ZP, Sen E, Eriş Gülbay B, ve ark. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. Tuberk Toraks. 2010;58:385-92.

18. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006;54:43-50.

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE ATLADIKLARIMIZ; SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Aslı ENEZ DARÇIN[1]

[1] *İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

Ruhsal bir hastalığa sahip olma, genel sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanmayı güçleştirici bir faktör olarak görülmektedir. Bu sağlık hizmetlerinden biri de sigara bırakma tedavileri hatta klinisyen tarafından bunun önerilmesidir. Şizofrenide, kısalmış yaşam süresi ile ilişkilendirilen etkenlerden birisi de sigara kullanımıdır. Ayrıca şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda en sık ölüm nedenleri genel popülasyona benzerdir ve sigara kullanımı şizofrenide kısalmış yaşam süresi ile ilişkili hastalıklar için önlenebilir bir etkendir. Tüm bu bilgilere rağmen şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların psikiyatri ve diğer kliniklere başvurularında sigarayı bırakma konusunda yeterli teşvik ve desteği almadıkları görülmektedir.

Şizofreni hastalarında görülen yaygın ve ağır sigara kullanımı nikotinin prokognitif ve hastalığın patofizyolojisi üzerine olan iyileştirici etkileri ile açıklanmaktadır. Nikotinin, dopamin, glutamat ve GABA nöronlarındaki asetilkolin reseptörleri üzerinden nörokimyasal bozuklukları düzenleyici etkisi olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca bu hastalarda sigara kullanımını başlatıcı ve bırakmayı zorlaştırıcı bazı özel riskler de tanımlanmıştır (1).

Nikotin bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların çoğunda şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığın olması bir dışlama kriteri olarak yer almaktadır. Ayrıca klinik uygulamada şizofreni hastalarına sigarayı bırakma konusunda motivasyonel görüşmeler dahil, tüm diğer sigara bırakmaya yardımcı hizmetlerin genel popülasyona göre daha düşük oranda sunulduğu bilinmektedir. Oysa ki literatür sigara bırakma tedavisinde kullanılan mevcut ajanların şizofreni hastalarınca iyi tolere edildiğini ve davranışsal yöntemlerle birlikte etkili olduğunu göstermektedir. Yine de şizofreni hastalarının sigara bırakma konusunda verilen farmakolojik ve bilişsel-davranışçı desteklere yanıtı bazı noktalarda genel popülasyondan ayrılmaktadır (2).

Güncel çalışmalar göstermektedir ki şizofreni ve diğer psikotik bozukluk hastaları, bu hastalığı olmayan kişilere benzer şekilde sigara bırakmayı istemekte ve bırakabilmektedir. Şizofreni hastaları için sigarayı bırakmada genel populasyona benzer biçimde bir davranışçı terapi yöntemi ile birlikte önerilecek kullanılan ilaç tedavilerinin yakın izlemle, güvenle kullanılabileceği ve iyi tolere edildiği bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, şizofreni, kronik hastalık

KAYNAKLAR

1. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. BMJ . 2015;351: h4065.

2. Wing VC, Wass CE, Soh DW, George T. A review of neurobiological vulnerability factors and treatment implications for comorbid tobacco dependence in schizophrenia. Ann N Y Acad Sci. (2012) 1248:89–106.

SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDE ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

Hasan KAYA[1]

[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Sigara kullanımı ölümle sonuçlanan hastalıklara neden olup, dünya çapında yılda yaklaşık 6 milyon ölüme neden olmaktadır. Sigara kullanma oranları madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerde topluma göre 2-4 kat daha yüksektir. Sigarayı bırakma tedavisi, genel olarak madde ve alkol kullanım bozukluğu tedavi programlarına ve ortamına dâhil edilmemektedir. 1960'lardan bu yana dünya genelinde sigara içme oranları düşerken, alkol madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında, sigara içme oranları sabit kalmıştır. Sigara kullanımı, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, genel toplum sigara kullanım oranlarına göre çok yüksek olup, %80-90 arasında değişmektedir.

Nikotin bağımlılığı ile diğer bağımlılıkların benzeridir. Bu benzerlik tedavi için de geçerlidir. Tedavide amaç uzun dönemde sigara kullanımın bırakılmasıdır. Tedavideki hedefler öncelikle içme davranışını denetleme, miktarını azaltma ve sonuçta tamamen bırakmayı içermektedir.

Tarihsel olarak, bağımlılık tedavi programlarında ve ruh sağlığı kliniklerinde sigara içilmesine izin verilmiş ve hatta teşvik edilmiştir; en yaygın kabul edilen görüş, sigaranın diğer madde kullanım bozukluklarına göre daha düşük bir tedavi önceliği ve/veya daha az zararlı bir madde olduğu düşüncesiydi. Hâlbuki yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde mortalitenin %50'den fazla sebebi tütün kaynaklı sebepler oluşturmaktadır. Bağımlılık psikiyatrisi ile çalışan klinisyenlerin bir kısmı sigarayı bırakmayı ele alma konusunda karasızlık yaşamaktadır. Hastalar üzerinde asıl bırakılmak istenen maddenin tedavisi üzerine "bilimsel olmayan şekilde" olumsuz etki yaratacağı düşünürler.

Sigara içen madde kullanım bozukluğu bulunan hastalara daima sigarayı bırakma önermeli, Tedaviye başlama ve program konusunda esnek ve hastaların isteği, ihtiyaçları ön planda tutulmalıdır. Sigara bırakma tedavisi diğer madde bağımlılığı tedavisi ile eş zamanlı mı yahut madde bağımlılığının tedavisinden sonra mı olacağı konusunda hasta ile görüşülerek karar verilmesi uygun gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, alkol ve madde kullanım bozukluğu

KAYNAKLAR

1. Drobes D. Concurrent alcohol and tobacco dependence. Alcohol Research and Health. 2002;26(2):136-42.

2. Adams S. Psychopharmacology of tobacco and alcohol comorbidity: a review of current evidence. Current addiction reports. 2017;4(1):25-34.

3. Ouellet-Plamondon C, Mohamed NS, Sharif-Razi M, Simpkin E, George TP. Treatment of comorbid tobacco addiction in substance use and psychiatric disorders. Current Addiction Reports. 2014;1(1): 61-68.

4. McKelvey K, Thrul J, Ramo D. Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. Addictive behaviors. 2017;65:161-70.

5. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;11:1.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE SİGARA BIRAKMA

İzgi ALNIAK[1]

[1] *Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi*

Sigara kullanımı ve psikiyatrik hastalıkların komorbiditesi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Psikiyatrik hastalığı olanlarda sigara kullanımı, psikiyatrik hastalığı olmayanlardan daha sık görüldüğü gibi; sigara kullanıcılarında da sigara kullanmayanlardan daha fazla psikiyatrik hastalık görülmektedir. Sigara kullanımı, halihazırda psikiyatrik hastalığın neden olduğu azalmış beklenen yaşam süresini daha da azaltmaktadır. Sigara bağımlılığı olan hastalarda hastalık daha şiddetli olmakta, ağır içicilik ve bağımlılık psikiyatrik hastalığı olmayanlardan daha fazla görülmekte ve hastalar sigara kullanımına daha erken yaşta başlamaktadır. Sigara kullanan grupta relaps ve tedaviyi yarım bırakma riski daha yüksektir.

Anksiyete bozuklukları hem sigara kullanımına başlamanın, hem de nikotin bağımlılığının gelişme riskini arttıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan sigara bağımlılarında anksiyete bozukluğu olmayan sigara bağımlılarına göre daha fazla nikotin yoksunluk belirtisi ve aşerme görülmektedir. Bu özellikler sigarayı bırakma polikliniklerinde tedavide önemli güçlükler arasındadır. Sigara içenlerde anksiyete bozukluğu sıklığı (%22), sigara içmeyenlerin (%11.1) 2 katı sıklıktadır. Anksiyete bozukluğu olanlarda sigara kullananların oranı (%45.3) da anksiyete bozukluğu olmayan sigara kullanıcılarının (%22.5) 2 katıdır. Anksiyete bozuklukları (sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk vb.) ortak belirti kümeleri olmakla birlikte pek çok boyutta birbirinden farklılık göstermektedir. Olasılıkla literatürde sigara bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları ile ilgili birbiriyle çelişen sonuçların bulunmasının başlıca nedenlerinden biri budur. Anksiyete bozuklukları ve sigara bağımlılığı komorbiditesini açıklayan birkaç hipotez bulunmaktadır. Çalışmalar daha çok self-medikasyon lehine bulgular tespit etmişse de genelleme yapmak için bilgilerin halen yetersiz olduğunu söylemek mümkündür. Genetik faktörlerin yanı sıra biyokimyasal, psikolojik, kişiler arası ve çevresel duyarlılık faktörleri de bu ilişkiyi etkileyebilir. Psikiyatrik hastalığı olan sigara kullanıcıları, en az psikiyatrik hastalıkları olmayan sigara kullanıcıları kadar sigarayı bırakmak isterler, bırakmaya çalışırlar ve sigarayı bırakma tedavilerini kullanırlar ancak bu hastalarda daha yüksek düzeyde bağımlılık daha fazladır ve olasılıkla sigarayı bırakmada daha başarısız olurlar. Kimi çalışmalarda %30 daha az tedavi başarısızlığından söz edilse de, genel olarak sigarayı bırakma oranları anksiyete bozukluğu olmayanlardan farklı bulunmamıştır. Anksiyete skorlarında tedavinin başlangıcından itibaren anlamlı azalma görülmektedir. Nikotin yoksunluğunun ilk birkaç gününde anksiyete artma eğiliminde olsa da, 1. aydan itibaren anksiyete bozukluğu olmayanlarla fark görülmemektedir. Bupropion ve vareniklin arasında anksiyete bozukluğu hastaları açısından tedavi sonuçları açısından fark bulunmamıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda psikiyatrik komorbiditeler sıklıkla dışlama kriteri olduğundan psikiyatrik hastalıkları olanlarda nikotin bağımlılığında etkin tedavi konusunda net tanımlar yoktur. Bu durum bir açıdan sigaranın bırakılmasının psikiyatrik semptomatolojiyi kötüleştireceği ya da psikiyatrik hastalığı olan sigara bağımlılarının sigarayı bırakmaya motive olmadıkları gibi yanlış değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Oysa kanıtlar, psikiyatrik hastalığı olanların sigarayı bırakmalarının klinik belirtilerini kötüleştirmediğini göstermektedir.

Dolayısıyla klinisyenlerin hastalara sigarayı bırakmaları yönünde teşvik edici ve destekleyici yaklaşımları önemlidir. Yine de sigara bırakma süresinin kendisi de stres yaratan bir durum olduğundan, hastaların psikiyatrik durumlarının bu süreçte yakından takip edilmesi de önerilmektedir. Sigaranın bırakılması psikotropik ilaçların kan düzeylerini değiştirecek ve yan etkileri de ortaya çıkarabilecektir. Klinik açıdan anlamlı nöropsikiyatrik yan etkilerin anksiyete belirtileri gösteren hastalarda diğer psikiyatrik hastalıkları olanlardan daha fazla görüldüğü unutulmamalıdır. Nikotin yoksunluk belirtileri psikiyatrik hastalık belirtileri ile karışacağından, hastaların yakından monitorize edilmesi gerekmektedir. Bunlara dikkat edilirse, nikotin yoksunluğunun akut fazında geçici yoksunluk belirtilerinin hastalık belirtilerinden ayrılması ve tedavi edilebilmesi kolaylaşır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, sigara, eştanı, yoksunluk

Current Addiction Research 2019;3(2):53-57

DEPRESYON VE SİGARA BIRAKMA

Vahap KARABULUT[1]

[1] *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.*

Depresyon depresif duygudurum, keyifli etkinliklere olan ilgide azalma, yorgunluk ve psikomotor ajitasyon veya retardasyon gibi belirtilerle kendini gösteren yaygın bir ruhsal bozukluktur. Major depresyon, psikososyal işleyişi ciddi şekilde sınırlar ve yaşam kalitesini azaltır. 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), major depresyonu dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak saymaktadır ve hastalığın 2030 yılına kadar ilk sırada yer alacağını öngörmektedir (1).

Depresyon ile sigara kullanımı arasında güçlü bir ilişki vardır. Epidemiyolojik veriler, klinik olarak depresif bireylerin sigara içme oranının, genel popülasyondaki oranın yaklaşık iki katı olduğunu göstermektedir (2). Ergenlerle yapılan çalışmalarda depresyonun sigara kullanımına katkıda bulunduğunu göstermektedir. Majör depresyon, ortalama günlük sigara içme oranındaki % 19'luk bir artış ve orta ergenlikten genç erişkinliğe (16-21 yaş arası) kadar nikotine bağımlı olma ihtimalinde % 75'lik bir artış ile ilişkilidir (3).

Çalışmalar aynı zamanda ilişkinin ters yönünü, yani sigara kullanımının depresyonun gelişimini etkilediğini desteklemektedir. Sigaraya başlamanın ve düzenli sigara içmenin depresif semptomların gelişimini öngördüğü gösterilmiştir. Sigara bırakma programlarına kabul edilen sigara içicilerin % 60'ında en az bir yaşam boyu geçirilmiş major depresif bozukluğu vardır (4).

Genellikle yanlış bir şekilde depresyonu olan kişilerin sigarayı kesmek için motive olmadıkları ya da bırakamadıkları ve bırakmanın depresyonlarını daha da kötüleştireceği varsayılmaktadır. Yaygın inanışın aksine kanıtlar, depresyonlu sigara içenlerin sigarayı bırakma konusunda oldukça motive olduklarını göstermektedir. Her ne kadar çalışmalar depresyonu olan sigara içenlerin, genel popülasyondaki sigara içenlere benzer veya daha yüksek oranlarda bırakma motivasyonu ve benzer oranda bırakma girişiminde bulunma seviyelerini desteklese de bir aydaki başarılı ayıklık oranları mevcut depresyon ve yüksek depresif belirtileri olanlar için % 30-50 daha düşüktür (5).

Depresyonu olan sigara içenler depresyonu olmayanlara göre, büyük olasılıkla daha fazla nikotin bağımlılığına bağlı olarak daha fazla nikotin yoksunluk belirtileri bildirmektedir. Araştırmalar, depresyonu olan sigara içenlerin sigarayı bırakma konusunda daha şiddetli olumsuz duygudurum yaşadığını ve bunun nüks için güçlü bir tetikleyici olduğunu göstermektedir. Tedavi öncesi depresif duygudurumun varlığı ve tedavinin erken evrelerinde olumsuz duygudurumdaki artışlar, sigara bırakmada yetersizlik oluşturmakta ve relapsın önemli bir göstergesi olmaktadır (6). Depresyon öyküsü olan sigara içenlerin, sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 12 ayda iki kat majör depresyon gelişme riski olduğu bildirilmiştir (7).

Depresyonlu insanlarda yüksek sigara içme oranını açıklamak için bir takım modeller ortaya atılmıştır. Bunlar şunları içerir (8-10):

- Paylaşılan genetik faktörler: Bireyleri sigara içmeye ve depresyona yatkınlaştıran ortak genler için ikiz çalışmalarından elde edilen bazı kanıtlar vardır.
- Paylaşılan çevresel etkiler: Sosyal zorluklar veya stresli olaylar sigara içmeyi ve depresyonu tetikleyebilir.
- Self medikasyon: Nikotin, merkezi antidepresan özelliklere sahiptir ve depresyondaki hastalar, semptomları hafifletmek için sigarayı self medikasyon amaçlı kullanabilirler.
- İki yönlü nedensellik: Depresyon öyküsü olan genç yetişkinlerin, depresyon öyküsü olmayanlara göre sigara içmeye başlama olasılıkları üç kat daha yüksektir. Buna karşılık kronik sigara içmenin bir kişinin depresyon riskini nörofizyolojideki değişikliklerin bir sonucu olarak arttırdığına dair kanıtlar da vardır.
- Düşük hedonik kapasite: Hedonik kapasite, sigaranın erken ilerleyişinde önceden var olan savunmasızlık için bir belirteç olarak görünmektedir. Nikotinin, dopamin nörotransmisyonunu ve ödülle ilişkili diğer beyin sistemlerini uyardığı göz önüne alındığında, düşük hedonik kapasiteye sahip ergenlerin, duyarlı olmayan bir ödül sistemini uyararak haz eksikliklerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir.
- Güdüleyici öğrenme teorisi (incentive learning theory): Depresyonda afektif ve bilişsel rahatsızlıklar sigara komorbiditesinde niteliksel olarak etkili olmaktadır. Depresyondaki yüksek negatif afektin (NA; subjektif sıkıntı deneyimi) ve düşük pozitif afektin (PA; çevreye düşük katılımı) nikotin bağımlılığının şiddeti, sigara içme ağırlığı ve sigara nüks

riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Depresyonda sigara içenler, bilişsel performansta yoksunluğa bağlı daha fazla kusur yaşarlar. Bu üç negatif pekiştirme kategorisi (yüksek NA, düşük PA ve bilişsel yetersizlik) gibi olumsuz durumlar sigara kullanımını teşvik eder. Güdüleyici öğrenme teorisi, olumsuz durumların açık arzu ve hedefe yönelik araçsal bilgiler ile birlikte sigara içme davranışını desteklediğini öne sürer. Bu görüşe göre olumsuz durumlar, sigaranın daha fazla pekiştirici değeri öngörülerek, sigaranın daha fazla pekiştirici değeri için bir beklenti ortaya çıkaran motivasyonel durumlar olarak işlev görür.

Depresyon öyküsü olan sigara içenlerin sigarayı bırakma ile ilgili olumsuz duygudurum alevlenmelerinden dolayı başarılı bir şekilde sigarayı bırakma ihtimalinin düşük olabileceği hipotezi, bu popülasyon için tedavi amaçlı farmakoterapili ve farmakoterapisiz bir dizi araştırmaya yol açmıştır. Her ne kadar depresyonlu sigara içenler sigara içmenin olumsuz duygudurumlarını düzenlemeye yardımcı olduğuna inanıyor olsa da kanıtlar sigara içmenin zamanla ruhsal sağlık semptomlarının kötüleşmesine yol açtığını ve bunun tersine sigarayı bırakmanın ruhsal sağlık durumunda iyileşmeye yol açtığını göstermektedir (11).

Kanıtlar, standart bir sigara bırakma müdahalesine psikososyal bir duygudurum yönetimi bileşeninin eklenmesinin, sadece standart müdahaleye kıyasla hem mevcut hem de geçmiş depresyonlu sigara içenlerde uzun vadeli bırakma oranlarını arttırdığını göstermektedir (12,13).

Antidepresan tedavinin duygudurum üzerindeki olumlu etkilerine karşın, depresyondaki iyileşmenin sigara bırakma sonuçlarına mutlak yansımadığı belirtilmektedir. Diğer antidepresanların sigara içenlerde mevcut ya da geçmiş depresyonu olan etkililiğini değerlendirmek için yeterli kanıt olmamakla birlikte, bupropion kullanımının geçmiş depresyonu olan sigara içenlerde uzun süreli bırakmayı artırabileceğini göstermektedir. Mevcut depresyonu olan sigara içenlerde bupropion kullanımı için herhangi bir kanıt bulunamamıştır (13). Bupropion, plaseboya kıyasla bırakma oranını neredeyse ikiye katlar ve depresyon öyküsü olan veya olmayan sigara içenlerde eşit derecede etkili gibi görünmektedir. Çalışma sonuçları, bupropion ve nortriptilin etki biçiminin antidepresan etkilerinden bağımsız olduğunu ve nikotin replasmanına benzer etkinlikte olduklarını göstermektedir. Ayrıca bupropionun varenikline göre daha az etkili bulunmuştur (14). Araştırmalar vareniklinin sigarayı bıraktıktan sonra depresyon semptomlarını azaltabileceğini öne sürmektedir. Vareniklin, depresyon veya anksiyeteyi şiddetlendirmeden mevcut veya geçmiş depresyonlu sigara içenlerde sigarayı bırakma oranını arttırmaktadır (15).

Anahtar Kelimeler: depresyon, sigara, antidepresanlar

KAYNAKLAR

1. WHO. The Global Burden of Disease: 2004 update. World Health Organization. Genova, 2008

2. Ziedonis DM, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, Breslau N, Brown RA, George TP, Williams J, Calhoun PS, Riley WT. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Nicotine Tob Res 2008;10:1691–1715.

3. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. Psychol Med 2003;33:1357–67.

4. Audrain-McGovern J, Leventhal AM, Strong DR. The Role of Depression in the Uptake and Maintenance of Cigarette Smoking. In Bıası M De, editor. International Review of Neurobiology First edit. Academic Press publications, 2015;1:209–43.

5. Cooper J, Borland R, McKee SA, Yong HH, Dugué PA. Depression motivates quit attempts but predicts relapse: differential findings for gender from the International Tobacco Control Study. Addiction 2016; 111:1438–47.

6. Hitsman B, Papandonatos GD, McChargue DE, Demott A, Herrera MJ, Spring B, Borrelli B, Niaura R. Past major depression and smoking cessation outcome: A systematic review and meta-analysis update. Addiction 2013;108:294–306.

7. Tsoh JY, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM. Development of major depression after treatment for smoking cessation. Am J Psychiatry 2000;157:368–374.

8. Mendelsohn C. Smoking and depression: A review. Aust Fam Physician 2012;41:304–7.

9. Kutlu MG, Parikh V, Gould TJ. Nicotine Addiction and Psychiatric Disorders. In Bıası M De, editor. International Review of Neurobiology First edit. Academic Press publications, 2015, p. 171–208.

10. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. Addiction 2017;112:401–12.

11. Piper ME, Rodock M, Cook JW, Schlam TR, Fiore MC, Baker TB. Psychiatric diagnoses among quitters versus continuing smokers 3 years after their quit day. Drug Alcohol Depend 2013;128:148–54.

12. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and meta-

analysis. J Gen Intern Med 2012;27:351–60.

13. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD006102.

14. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;CD000031.

15. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yunis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: A randomized trial. Ann Intern Med 2013;159:390–400.

Current Addiction Research 2019;3(2):58-59

SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDE UYKU BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ

Yavuz SELVİ[1], Hazan Tomar BOZKURT[1], Okan İMRE[1]

[1] Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Sigara bağımlılığı tüm dünyada yaklaşık 1.3 milyar kişiyi etkileyen bir halk sağlığı sorunudur ve önlenebilir en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Kullananların giderek miktarı artırması, başarısız bırakma girişimleri ve bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi bağımlılığı giderek arttırmaktadır. Uyku sorunları hem kullanım sırasında hem de bırakma sürecinde ortaya çıkabilir ve başarısız bırakma girişimlerine neden olan en büyük sorunlardandır.

Sigara içiminin yani nikotinin; uyku bozukluğu, uykuya bağlı bozukluklar ve depresyon ile ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Sigarayı bırakma ise uyku bozukluğu riskinin azalması ile ilişkilidir. Sigara içimi/nikotin; MSS uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde rolü olan nörotransmitterlerin (dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin, GABA) salınımında ve sirkadiyen ritimde bozulmaya, uykuya geçiş süresinde uzamaya neden olur. Nikotinin psikostimülan etkilidir. Sigara içenlerde; uyku gecikmesi, uyku fragmantasyonu, uyku veriminin azalması, gündüz uykululuğunun artması, yavaş dalga uykusunun artması, kabus veya rahatsız edici rüya görme sıklığında artış, REM uykusunda baskılanma gibi uyku bozukluklarına sıklıkla rastlanır. Sigara içenler uyku sırasında nikotin seviyesi düştüğünden gece yoksunluk, nikotin aşermesi yaşayabilirler. Beraberinde, OSAS ve malignitelerle ilişkili tıbbi durumlar yoluyla uyku sürekliliğini ve uyku mimarisini etkileyebilir (1).

Nikotin çekilmesinin uykuya etkileri, doza bağımlıdır. Nikotin çekilmesi sırasındaki uykusuzluk şikayetleri vakaların %39'unda bildirilmektedir. Genellikle nikotinin kesilmesinden; 6-12 saat sonra başlar, 1-3 gün içinde maksimuma ulaşır ve 3 hafta kadar devam edebilir. Nikotin çekilmesi uyanma sayısı ve süresine artış, uykuyu sürdürme zorluğu, REM uykusunda uzama, NREM 1 gecikme süresinde kısalma, azalmış bir uyku kalitesi, depresif ruh hali ve rahatsız edici rüyalarda artış ile ilişkilidir. Nikotin kullanımı nedeniyle uyku bozukluğu; yoksunluk sürecini kötüleştirebilir ve nüks için bir risk faktörü olabilir. Bu durumda sigara bırakma sürecinde oluşan uyku bozukluğuna spesifik yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır (1, 2).

Sigara kullanım bozukluğu farmakolojik ve davranışsal yöntemlerle tedavi edilmektedir. Farmakolojik tedaviler; nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin kullanımıdır. NRT, nikotin özlemini ve farmakolojik yoksunluk semptomlarını azaltarak uykuyu iyileştirir. Beraberinde sigara bırakma sürecindeki kişilerde rahatsız uyku, canlı rüyalar görme, gündüz uyku hali gibi uyku bozukluklarına sebep olabilir. Bupropion, beynin ödül merkezinde dopamin geri alımını inhibe ederek etki gösterir. Bupropion kullanımın takiben uyku bozukluğunun arttığına dair klinik veriler mevcuttur. %4-21'inde uykusuzluk, rahatsız edici rüyalar, gündüz uykululukta artış görülmüştür. Vareniklin, α4-+2 nikotinik reseptör parsiyel agonistidir. Eş zamanlı dopamin uyarıcısıdır ve nikotin özleminde azalma yapar. Uykusuzluk, canlı rüyalar görme, uykuyu sürdürme zorluğu yapabilir. Uykusuzlukla ilgili yakınmalar ilk hafta başlar, tedavi öncesi seviyelere 2-12 haftada aşamalı olarak döner (3, 4).

Sigara bırakma sürecinde oluşan uyku bozukluklarında davranış tedavileri temel olarak uyku hijyeni kurallarına dikkat edilmesi, gevşeme egzersizleri ve bilişsel davranışçı yaklaşımlardır. İlaç tedavisi seçenekleri olarak benzodiazepinlerden ve melatoninden bahsedilebilir. Benzodiazepinler; GABA'nın aktivitesini artırarak etki ederler ve uykusuzluk için bir tedavi seçeneğidir. Ancak kısa süreli ve geçici, etkili en düşük dozda kullanılmalıdır. Kısa sürede bu terapötikler kullanılarak uyku süresi ve uyku kalitesi önemli ölçüde artar. Bununla birlikte, toleransının artması ile etkileri azalabilir. Melatonin uyku dahil sirkadiyen ritmin fizyolojik düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Melatonin reseptör agonistleri (Ramelteon, Agomelatin) uyku bozukluğu tedavisinde kullanılmaktadır. Benzodiazepinler ve melatonin agonistleri nikotin bağımlılığı için FDA onaylı tedavilerin hiçbiriyle kontrendike değildir (3, 5).

Anahtar Kelimeler: sigara bırakma, uyku, ilaç tedavileri

KAYNAKLAR

1. Valentine G, Sofuoglu M. Cognitive effects of nicotine: recent progress. Current neuropharmacology. 2018;16(4):403-14.

2. Garcia AN, Salloum IM. Polysomnographic sleep disturbances in nicotine, caffeine, alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use: a focused review. The American jour-

nal on addictions.2015;24(7), 590-98.

3. Jaehne A, Loessl B, Bárkai Z, Riemann D, Hornyak M. Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. Sleep medicine reviews,.2009;13(5):363-77.

4. Patterson F, Grandner MA, Malone SK, Rizzo A, Davey A, Edwards DG. Sleep as a target for optimized response to smoking cessation treatment. Nicotine and Tobacco Research.2017;21(2): 139-48.

5. Fucito LM, Redeker NS, Ball SA, Toll BA, Ikomi JT, Carroll KM. Integrating a behavioural sleep intervention into smoking cessation treatment for smokers with insomnia: a randomised pilot study. Journal of smoking cessation.2014;9(1):31-38.

SİGARA VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Özlem Helin ÇARKCI[1]

[1] *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği, İSTANBUL*

Bağımlılık bireyin fizik ve ruh sağlığını olumsuz etkileyen yaşam kalitesini bozan, çok boyutlu kronik bir hastalıktır. Tütün kullanımının yol açtığı bozukluklar arasında cinsel işlev bozuklukları önemli bir yer tutmaktadır. Sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilen cinsellik, işlevlerini sürdürememe söz konusu olduğunda yaşam kalitesini ve sağlıklı olma halini olumsuz etkilemektedir. Tütün ve tütün ürünleri, ürogenital sistem üzerinde birçok hastalığın gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Başta infertilite olmak üzere üreme fonksiyonlarında azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Yaşam kalitesini kötü etkilediği bilinen cinsel işlev bozuklukları arasında ilk sırada erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda ise cinsel istek azlığı gelir. Her iki bozukluğunda önlenebilir nedeni olarak tütün kullanımı sayılmaktadır. Özellikle cinsel işlev bozukluklarının tedavide yaşam tarzı değişikliklerinden, tütün bırakma önemli bir yer tutmaktadır. Cinsellik hasta ve sağlık çalışanları açısından konuşulmaktan kaçınılan ve yeterince sorgulanmayan bir kavramdır. Sağlık çalışanlarının tütün bağımlılığı ile mücadelede ele almaları ve akılda tutmaları gereken önemli bir konu olarak cinsellik gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: sigara, cinsel işlev, tedavi seçenekleri

Current Addiction Research 2019;3(2):61-62

GEBELERDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Hatice KURDAK[1]

[1] *Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

Gebelik sırasında sigara içmek, olumsuz sonuçlarla ilişkili bir risk faktörüdür. Gebelikleri süresince sigara içen annelerde, ektopik gebelik, plasenta previa, plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü, spontan abortus, ölü doğum görülme riski içmeyenlere göre artmış durumdadır. Sigaranın fetustaki etkileri ise düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümleri, neonatal respiratuar distres sendromu, patent duktus arteriosus, intraventriküler hemoraji olarak sıralanabilir. Sigaranın zararları iyi bilinmesine rağmen, bu kritik dönemde önemli oranda gebe sigara içmeye devam etmektedir. Çalışmalar gebelerin çok büyük bir bölümünün sigaranın bebek için zararlı olduğunun farkında olduğunu bildirmektedir. Bununla beraber bırakma oranlarının %49-87 arasında değiştiği bildirilmektedir. Gebeliği sırasında sigarayı bırakanların büyük çoğunluğunun yapılandırılmış ve düzenli yardım almazlarsa postpartum altı ay sonra sigaraya tekrar başlama riskleri olduğu gözlemlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütünün 2016 yılı sonu itibariyle Türkiye için bildirdiği kadınlarda (15+) sigara içme oranı %18,2'dir. Ülke genelini yansıtan sigara içme prevalansına 2013 TNSA raporlarında yer almadığı için 2008 verilerinden ulaşabiliyoruz. Bu rapora göre Türkiye'de 15-49 yaş evlenmiş kadınların % 22'si düzenli ya da düzensiz olarak sigara içiyorlar. Aynı çalışmada incelenen gebelerin %11'i ve emzirenlerin ise %17'si sigara içtiklerini ifade etmişler. Yapılan bölgesel çalışmalardaki prevalans % 11 ile %53 arasında değişiklik gösteriyor.

Gebelikte sigara içme oranları yoksulluk, günden 10'dan fazla içme, eş içimi, psikososyal sorunlar, multiparite, düşük eğitim düzeyi ve sorun çözme becerileri ilişkili olduğu gösterilmiştir. Gebe olduğunu anladıklarında yardım almaksızın kendiliğinden bırakanlar genellikle ilk izlemde bırakmış olarak geliyorlar. İlk izlemde halen içenler ise eğer yardım almazlarsa gebelik boyunca devam içmeye ediyorlar.

Bu özel gruptaki kadınlarda sigara bırakma tedavisi için kısa görüşme ve bilişsel davranışçı yaklaşımları içeren, non-farmakolojik yöntemler önerilmektedir. Motive olmuş anne adayında sigara bırakma tedavisi için ilk tercih edilen yöntem, 5A ve 5R yöntemlerinin kullanıldığı birebir görüşme ve sigarayı bırakma önerisidir. Sigara içen ancak gebeliği süresince bırakan kadınların bebeklerinde herhangi bir risk artışı saptanmamıştır. Ayrıca gebeliklerinin ilerleyen dönemlerinde bırakanlarda da risk azalması olduğu bulunmuştur. Bu iki önemli bilgi gebelerde düşünce ve düşünce öncesi dönemdeki gebelerle paylaşılmalıdır. 5A ve 5R yönteminin gebeler için özelleştirilmiş bir örneği için UpTodate kaynağı kullanılabilir.

Yüzü aşkın randomize kontrollü çalışmanın (RKÇ) (28,000 kadın) incelendiği 2017 yılında yayınlanan Cochrane sistematik derlemesine göre psikososyal girişimler yapılandırılmış olmak ve sürekli izlem süreci içermek koşullarıyla etkili görünmektedir. Aynı derlemeye göre 30 çalışmanın meta-analizi rutin hizmetle karşılaştırıldığında psikososyal girişimler için bulunan rölatif risk oranları; gebeliğin geç dönemlerinde bırakma [RR] 1,44 (% 95 CI 1,19-1,73); doğum sonrası 0-5. ayda halen içmeme [RR] 1,59 (% 95 CI 1,26-2,01); 12 – 17. ayda halen içmeme [RR] 2,20 (% 95 CI 1,23-3,96) şeklindedir. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde %17 azalma olduğu, doğum ağırlıklarının 55-60 g daha yüksek (% 95 CI 29,82-81,38g) ve yoğun bakım kullanımında da %22 azalma olduğu belirlenmiştir.

Henüz gebelerde rahatça önerilebilecek bir farmakolojik tedavi bulunmamaktadır. Nikotinin fetal bir toksin olduğunu, plasentayı geçip gelişmekte olan fetusta biriktiğini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Tütün dumanının nikotin yanı sıra diğer birçok toksini içermesi ve nikotin yerine koyma tedavilerinin (NYKT) ise yalnızca nikotin sağlaması nedeniyle, uzmanlar arasında gebelikte NYKT'nin maternal kullanımının fetüs için sigara içmeye devam etmekten daha güvenli olması gerektiği konusunda bir fikir bulunmaktadır. Ülkemizde mevcut olan nikotin replasman ürünlerinden flasterler gebelik için D, sakız formları ise C kategorisindedir. Cochrane sistematik incelemeler veri tabanında gebelikte sigarayı bırakmayı teşvik etmek için kullanılan farmakolojik müdahaleleri inceleyen bir sistematik derlemeye göre; daha yüksek uyunç oranları olan ve bebeklerin çocukluk dönemindeki sonuçlarını da izleyen plasebo kontrollü çalışmalar ile ve daha fazla araştırma kanıtı gerekli olduğu bildirilmiştir. Nikotin sakızının plasebo ile karşılaştırmalı inceleyen bir RKÇ'de bırakma oranları benzer bulunmuş. Bununla birlikte, nikotin sakızı grubundaki kadınların kotinin düzeylerinin daha düşük olduğu, daha az sayıda sigara içtikleri ve plasebo grubundakilerden daha yüksek doğum ağırlığına sahip bebekleri olduğu bulunmuştur. Gebeliğin geç dönemlerinde sigara bırakma oranlarını yaklaşık % 40 arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmakla beraber potansiyel bias, non- pla-

sebo RKÇ'ler analiz dışında tutulduğunda, plasebodan daha etkili olmadığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır. Doğum sonuçları üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri olduğuna dair bir çalışma bulunmamaktadır. Doğumdan sonra bebekleri takip eden tek çalışmaya göre bebeklerde sağlıklı gelişimsel sonuçları teşvik ettiğini göstermektedir. Bazı Avrupa ülkelerinde hamilelik, NYTK için kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir. Ancak sigara içmeye devam etmenin yüksek riskleriyle NYKT'nin olası etkileri kar-zarar dengesinde dikkatle değerlendirilmelidir.

Gebelik ve emzirme bupropion ve varenicline kullanımının kontrendikasyonları olarak listelenmiştir. Her iki etken madde için de çalışmalar çok sınırlıdır. Elektronik nikotin taşıyıcı araçların hamilelikte sağlığa etkileri belirlenmemiştir. Bu gruptaki ürünlerin yararları ve riskleri hakkındaki veriler, bu cihazların hamile kadınlarda kullanılmasını önermek için yetersizdir. Ek olarak, ısıtma bobininin solunan aerosol üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma buharının potansiyel olarak toksik metaller (krom, nikel ve kurşun) ve solunduğunda toksik olan metaller (manganez ve çinko) içerdiğini bildirmiştir.

Gebelerin sigara dumanından pasif etkilenim açısından da özel bir grup oluşturdukları unutulmamalı ve sigara içen içmeyen tüm gebelerin bu konu hakkında özenle uyarılmaları gerekmektedir. Özet olarak söylemek gerekirse:

1. Sigaranın en güçlü yan etkileri hamileliğin ikinci ve üçüncü döneminde ortaya çıkmaktadır.
2. Annenin sigarayı mümkün olduğunca erken bırakması yaşamsal öneme sahiptir.
3. Sigaranın gebelik öncesi bırakılması asıl hedef olmalı ve etkin prekonsepsiyonel bakımın içinde mutlaka değerlendirilmelidir.
4. Gebe ile her görüşmede sigara kullanım durumu sorulmalı,
5. Davranış tedavisi ilk planda düşünülmeli,
6. Uzun süreli ve yapılandırılmış izlem planlanmalı,
7. Ağır içiciler için kar-zarar ilişkisi gözetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, sigara bırakma, ilaç tedavileri

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 (TNSA-2008) Yayın No: NEE-HÜ.09.01, ISBN 978-975-491-274-6. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

2. Agrawal A, Scherrer JF, Grant JD, Sartor CE, Pergadia ML, Duncan AE, Madden PA, Haber JR, Jacob T, Bucholz KK, Xian H. The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. Prev Med. 2010;50(1-2):13-8.

3. Holbrook BD. The effects of nicotine on human fetal development. Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews. 2016;108(2):181-92.

4. Zhang D, Cui H, Zhang L, Huang Y, Zhu J, Li X. Is maternal smoking during pregnancy associated with an increased risk of congenital heart defects among offspring? A systematic review and meta-analysis of observational studies. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2017 Mar 19;30(6):645-57.

5. Sabra S, Gratacós E, Roig MD. Smoking-induced changes in the maternal immune, endocrine, and metabolic pathways and their impact on fetal growth: a topical review. Fetal diagnosis and therapy. 2017;41(4):241-50.

6. Ergin I, Hassoy H, Tanik FA, Aslan G. Maternal age, education level and migration: socioeconomic determinants for smoking during pregnancy in a field study from Turkey. BMC Public Health. 2010 Dec;10(1):325.

7. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.Cochrane Syst Rev. 2017;2:CD001055. Epub 2017

8. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-BeeJColeman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J.Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.Cochrane Database of Systematic Reviews2015, Issue 12. Art. No.: CD010078.DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.

9. Olmedo P, Goessler W, Tanda S, et al. Metal Concentrations in e-Cigarette Liquid and Aerosol Samples: The Contribution of Metallic Coils. Environ Health Perspect 2018; 126:027010.

10. Rodriguez D. Cigarette smoking in pregnancy: Cessation strategies and treatment options. Section Eds. Lockwood CJ, Stoller JK, Deputy Ed. Eckler K. UpToDate 2019, Wolters Kluwer.

Current Addiction Research 2019;3(2):63-64

ÇOCUK VE ERGENDE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Demet TAŞ[1]

[1] *SBÜ Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına göre (2017); 13-15 yaş grubunda tütün ürünü kullanım sıklığı %17,9 olup, Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre (2016); 15-34 yaş arası sigara kullanan kişilerde 18 yaşından önce sigaraya başlayanların oranı %57,5 bulunmuştur. Ergenlikte sigaraya başlayanların yaklaşık %75'i erişkin dönemde de devam etmektedir. Sigaraya ne kadar erken başlanırsa sigaraya bağlı komplikasyonların o kadar erken ortaya çıkma riski bulunmaktadır. Sigaraya başlayan ergene, tam bağımlılık gelişmeden müdahale edilebilirse başarı şansı erişkin döneme göre çok daha fazla olacaktır. Ergenlikteki beyin olgunlaşma sürecine bağlı olarak ergenlikte oluşan bağımlılıklardan erişkin yaşlarda kurtulmanın daha zor olduğu bilinmektedir (1). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ergenlerin sigara içmesi önlenmeli, içmeye alışanlara ise sigarayı bırakmaları için müdahale edilmesi önemlidir. Sigara içen ergene müdahale düşünüldüğünde ergenin gelişim dönemlerine göre psikososyal özellikleri göz önüne alınmalıdır (2). Erken ergenlik (adolesan) dönemi; 11-14 yaş arasında ergenlerde puberte başlamakta ve hızlı fiziksel büyüme olmaktadır. Fiziksel değişim ile başa çıkmaya çalışan ergende sıklıkla duygusal dalgalanmalar ve beden algısı ile kaygılar görülebilir. Ayrıca bu dönemde okul değişikliği ile çevresel ve sosyal değişimlere uyum zorlukları olabilir. Bu süreçte sigara ile karşılaşan ergen çok da düşünemeden sigara deneyebilir. Orta adolesan dönemi; 14-18 yaş arası olup, bu dönemde ebeveynlerinden ayrışma sürecine girer ve akran etkisi en üst düzeye çıkar. Orta adolesan dönemde dürtüsel davranışlar ve kolaylıkla risk alma davranışları görülür. Kolayca aile normlarına uygun olmayan arkadaş ve kötü alışkanlıklar edinebilir. Sigara içiyor olmanın, sigara paketi taşıma ve tutuşunun kendisini üstün kıldığını ve çekici olduğunu düşünebilir. Erken ergenlikte hemcinsi ile sosyalleşme ön planda iken, orta ergenlikte hemcinsi tarafından kabul görmek ve aynı zamanda karşı cinse çekici görünmek de ister. Ayrıca bu dönemde bana bir şey olmaz duygusu kronik hastalığı bulunan adolesanların da sigara içme davranışı göstermelerine ya da sürdürmelerine neden olmaktadır. Geç ergenlik dönemi olan 18-23 yaş arası; kimlik arayışı tamamlanır ve gelecek planı yapar. Ancak üniversite yıllarına denk gelen bu dönemde de evden uzak olmak ve sigara içen akranının olması ile sigara deneyebilir ya da düzenli kullanmaya başlayabilir (3). Sigara bırakma için erişkinlerde kullanılan ilaçların ergenlerde güvenilirliği ve etkinliği gösterilememiştir (4). Ancak adolesanın sigara bırakmasına yönelik ilaç dışı müdahalelerin faydalı olduğu görülmüştür (5, 6). Yapılan bir derlemede, sigara müdahalesinden 48 saat ile 1 yıl sonrası olmak üzere, farklı süreler için sigara bırakma oranının ortalama % 3-30 arası değiştiği belirtilmektedir (6, 7). Sosyal bilişsel teori, problem davranış teorisi, bilişsel davranışsal terapi ve motivasyonel terapiler ergenlerde kullanılmış ilaç dışı müdahalelerden en yaygın olanlarıdır. Ancak en etkili yöntemlerin bilişsel davranışçı terapi ile motivasyonel görüşmenin olduğu saptanmıştır (8). Bu yöntemleri uygularken ergenin bilişsel düzeyi, ergenlik evresi ve diğer çevresel faktörler göz önüne alınmalıdır. Müdahale sırasında kullanılacak dil ve ebeveyn desteğinin nasıl olabileceği ergenlik evresine göre değişkenlik gösterebilir. Ergenin sigara içtiğini ebeveyni bilmiyorsa o ergen için durumun ebeveyn ile paylaşmanın olumlu ve olumsuz yansımaları iyi hesaplanmalıdır. Aile biliyorsa erken ergenlikte sınır koymak etkili olabilirken, orta ergenlikte ergene daha fazla insiyatif vermek gerekebilir. Aile bilmiyorsa ebeveynin haberinin olmaması ergeni paket taşımaktan ve kullanımı artırmaktan koruyabilir. Erken ergenlikte bir spora başlatmak ara sıra içici bir ergeni tamamen sigaradan uzaklaştırabilir. Liseye giden bir genci spora yazdırmak hiç de kolay olmayabilir. Orta ergenlikteki bir genci sigarayı bırakmaya ikna etmek kolay değildir, ancak görüşmelerden sonra çoğunun bırakmayı düşünebileceği görülmüştür. Ancak sigara bırakma davranışını sürdürebilmesi için hastalık risklerinden bahsetmek pek ikna edici olmayabilir. Onun yerine güncel yaşamına yönelik motivasyonel görüşme işe yarayabilir. Kızlarda cildine dişine vereceği zarar, erkeklerde üreme sistemi ile ilgili olumsuz etkilerin vurgulanması sigaranın kalp hastalığı ya da kanser yapıcı etkisine vurgu yapmaktan daha etkili olabilir. Bazen de sadece bazı güçlerin sigaradan kazanç sağladığının hatırlatılması da işe yarayabilir. Ergenler ile yapılan görüşmelerde sigarayı bırakmasa da azaltılması desteklenmelidir. Görüşmeye gelmeye devam etmesi için cesaretlendirilmelidir. Bazen her geldiğinde sigarayı konuşmak yerine başka sıkıntıları ile ilgili çözüm getirmek ve güvenini kazanmak bir sonraki seferde sigara müdahalesini kolaylaştırabilir. Sigara bırakmaya yardımcı olabilen ilaç tedavilerinin ergenlerde sigara bırakmada ki etkinliği henüz kanıtlanamamıştır. Ancak nikotin replasman tedavilerinin (NRT) kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Davranışsal tedavilere NRT'nin eklenmesi fayda sağlayabilir (5, 9, 10). Sigara içen ergenin olası psikiyatrik semptomları ile kronik has-

talığı veya kullandığı ilaçları da sorgulanarak bütüncül bir yaklaşımda bulunulmalıdır.

Sonuç olarak sigara müdahalesinden önce ergenin bilişsel düzeyi, sosyoekeonomik durumu, akran ve ebeveyn ilişkileri iyi belirlenmelidir. Sigara bırakmasını etkileyebilecek çevresel ve aile içi faktörler değerlendirilerek bireye özgü en uygun müdahale yapılmalıdır. Ergen sigarayı bırakamasa veya azaltamasa bile her durumda tekrar gelmesi için cesaretlendirilmesi sigarayı bırakma şansını artıracaktır (11).

Anahtar Kelimeler: ergen, bilişsel düzey, akran, ebeveyn, sigara, müdahale

KAYNAKLAR

1. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. 2002;156(4):397-403.

2. Jessor R, Jessor SL. (1977) Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. Academic Press.

3. Çuhadaroğlu Çetin F. Ergenlikte Psikososyal Gelişim Özellikleri. Turkiye Klinikleri Pediatric Sciences-Special Topics. 2006;2(7):6-8.

4. Kim Y, Myung S-K, Jeon Y-J, Lee E-H, Park C-H, Seo HG, et al. Effectiveness of pharmacologic therapy for smoking cessation in adolescent smokers: Meta-analysis of randomized controlled trials. 2011;68(3):219-26.

5. Villanti AC, McKay HS, Abrams DB, Holtgrave DR, Bowie JVJAjopm. Smoking-cessation interventions for US young adults: a systematic review. 2010;39(6):564-74.

6. Milton MH, Maule CO, Backinger CL, Gregory DMJAJoHB. Recommendations and guidance for practice in youth tobacco cessation. 2003;27(1):159-69.

7. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FPJAJoPM. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. 2003;25(4):363-7.

8. Herman KC, Fahnlander BJJoCC. A motivational intervention to reduce cigarette smoking among college students: overview and exploratory investigation. 2003;6(1):46-55.

9. Harvey J, Chadi N, Society CP, Paediatrics AHCJ, health c. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. 2016;21(4):201-4.

10. Bandi P, Cokkinides VE, Westmaas JL, Ward EJ-JoAH. Parental Communication Not to Smoke and Adolescent Cigarette Smokers' Readiness to Quit: Differences by Age. 2008;43(6):612-5.

11. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce JJCDoSR. Tobacco cessation interventions for young people. 2017(11).

Current Addiction Research 2019;3(2):65-66

YAŞLIDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Hacer DOĞAN[1]

[1] *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Yaşlı nüfus tüm dünya genelinde artmaktadır. 2018 TÜİK verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı %8,5 olup, 2023 yılında bu oranın %10,2'ye, 2060 yılında %22,6'ya yükselmesi tahmin edilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireylerde sigara içme oranı, Avrupa'da %12, Amerika'da %9 iken Türkiye'de Van'da yapılmış bir çalışmada yaşlı bireylerde sigara içme oranı %25,5, (kadınlarda %13,4; erkeklerde %38,6) saptanmıştır.

Sigara kullanımı hangi yaş grubunda olursa olsun morbidite ve mortalite artışını beraberinde getirmektedir. Sigara içen yaşlı bireylerde, sigara içmeyen aynı yaş grubundaki bireylere göre daha kötü bilişsel performans test skorları görülmekte ve Alzheimer hastalığı gelişme riskinde artış olmaktadır. Gençlerde sigara kullanımına bağlı en önemli mortalite sebebi, koroner arter hastalığı iken, yaşlılarda sigara kullanımına bağlı mortalite sebebi, daha fazla oranda akciğer malignitesi olmakta ve KOAH'ın mortaliteye katkısı 65 yaş üzerinde belirgin olarak artmaktadır.

Yaşlı bireyler genç bireylere göre birtakım farklılıklar içermektedir. İlerleyen yaşla birlikte birtakım fizyolojik değişiklikler olmakta ve bu sebeple nikotin eliminasyonu yaşlılarda daha yavaş olmaktadır. Yaşlı sigara içicilerinin, gençlere göre genellikle daha uzun süre ve daha yoğun sigara içicisi olmaları sebebi ile daha fazla nikotin bağımlılıkları mevcuttur. Bütün bunların yanı sıra, yaşlı bireyler çoğunlukla daha fazla kronik hastalığa ve fonksiyonel kayıplara sahip olmaktadır. Tüm bu faktörler, yaşlı bireylerde sigara bırakmanın zor olabileceğine dair bir ön yargı oluşturabilmekte ve yaşlı bireylerde "Sigarayı bırakmak için çok geç. Artık bıraksam da faydası olmaz." gibi ön yargılar oluşturabilmektedir. Oysa yapılan çalışmalarda, 65 yaşında sigara bırakan erkeklerde 1.4-2,0 yıl, kadınlarda ise 2,7-3,7 yıl sağ kalım artışı olduğu gözlenmiştir. 80 yaş üzerinde bile sigara bırakılması durumunda artmış yaşam beklentisinden bahsedilmektedir. Ayrıca yaşlılarda sigarayı bırakanlarda; inme riski, alt solunum yolu hastalığı riski, kanser riski, miyokard enfarktüs ve ölüm riskinde, sigara içmeye devam edenlere göre anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca sigarayı bırakan yaşlılarda, kognitif performans testlerinde iyileşme gözlendiği bilinmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerde de sigara kullanımı sorgulanmalı ve sigara bırakma konusunda yeterli destek sağlanmalıdır.

Yaşlı bireylerde, her ne kadar gençlere göre daha fazla nikotin bağımlılığı ve daha yoğun sigara içiciliği mevcut olsa da sigara bırakma başarıları genç bireylerden daha iyi olabilmektedir. Özellikle hastane yatışı sırasında daha yüksek sigara bırakma oranları bildirilmektedir. Yaşlı bireylerin sigara bırakma başarısında, sigara içmenin yaşlı bireylerde daha fazla semptom oluşturması ve bu durumun bırakmaya yardımcı bir motivatör olması önemli etkenlerden biridir. Hastane yatışı bu anlamda sigara bırakmaya teşvik için önemli bir fırsat olabilmektedir.

Yaşlıda sigara bırakma tedavileri davranış destek tedavisi ve farmakoterapiyi içermektedir. Farmakoterapi; Nikotin replasman tedavisi, vareniklin, bupropion ve kombinasyon tedavilerini içerir. Günde 15 adet ve daha fazla sigara içen ve/veya günün ilk 30 dakikası içinde sigara içmeye başlayan bireylerde farmakoterapi verilmeli, 10-15 adet/gün sigara içenlerde veya içilen sigara sayısı <10 adet/gün olsa bile olgunun fiziksel bağımlılığı değerlendirilmelidir. Sigara içmediği zaman yoksunluk belirtileri nedeniyle zorlanıyorsa farmakoterapi başlanmalıdır. Davranış ve destek tedavisinin farmakoterapi ile kombinasyonu daha etkin sonuç vermektedir.

60 yaş üstü bireylerde sigara bırakmada farmakoterapinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendiren çok az sayıda randomize kontrollü çalışma mevcuttur. Yaşlıda en çok çalışması olan farmakoterapi nikotin replasman tedavileridir.

Nikotin replasman tedavisi, ventral tegmental nikotik reseptör stimülasyonu ile yoksunluk belirtilerini azaltarak etki göstermektedir. Türkiye'de bant ve sakız formu bulunmakta olup bant formu yavaş salınım özelliği ve uzun süreli etkiye sahipken, sakız formu daha hızlı ve kısa süreli nikotin salınımı ile ani yoksunluk belirtilerinin hafifletilmesini sağlamaktadır. Nikotin sakızının, 2 ve 4 mg olmak üzere iki formu vardır. Günde 20 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık form ile başlanır. Sakız yavaş çiğnenmeli ve çiğne park et tekniği doğru uygulanmalıdır. Günde en fazla 24 adet kullanılmalıdır. Takma dişli hastalarda sakız kullanımı zor olabilmektedir. Tedavi süresi 8-12 haftadır, risk durumuna göre tedavi süresi uzatılabilir. En sık yan etkiler ağız irritasyonu, ağızda acı tad, çenede ağrı, dispepsi, hıçkırık ve bulantıdır. Ülkemizde nikotin bandının 16 saattlik kullanım sırasında 25 mg, 15 mg, 10 mg nikotin salınan formları bulunmaktadır. Tedaviye hedeflenen bırakma gününde başlanır. Günde 20 adetten fazla sigara içenlerde 25

mg'lık bant ile başlanması, bu dozda 8 hafta devam edilmesi, daha sonra 2' şer hafta süreyle sırayla 15 mg ve 10 mg olarak tedavinin 12 haftaya tamamlanması önerilmektedir. Sigarayı bırakan hastalarda relaps riski yüksekse 2-3 ay idame tedavi önerilmektedir. Nikotin bandının yan etkileri; uygulama yerinde allerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemliktir. Niktotin replasman tedavisine uzun etkili (bant) ve kısa hızlı etkili form (sakız) kombinasyonu ile başlanması önerilmektedir. Nikotin replasman tedavisinin stabil kardiyovasküler hastalıkta ve akut koroner sendrom da bile güvenilir olduğu gösterilmiştir. Nikotin replasman tedavisi alan yaşlılarda davranış tedavisi ile kombinasyonda 6 aylık takipte %57,3' e varan bırakma başarı oranları mevcuttur.

Bupropion noradrenerjik ve dopaminerjik aktivitesi olan nontrisiklik bir antidepresandır. Nikotinik antikolinerjik reseptör antagonistidir. Yaşlılarda daha çok subgrup analizi şeklinde kısıtlı çalışma verileri mevcuttur. Stabil kardiyovasküler hastalık, nöropsikiyatik hastalık ve KOAH'da güvenli kullanıma sahiptir. Anoreksia/bulimia öyküsü, nöbet öyküsü olan veya nöbet eşiğini düşüren herhangi bir hastalığı veya ilaç kullanımı olanlarda kontrendikedir. Malnutrisyonu olan yaşlı hastalarda tercih edilmemelidir. Orta ileri karaciğer yetmezliklerinde doz ayarı mevcuttur. Çoklu komorbiditelere sahip, polifarmasinin sık olduğu yaşlı grupta, bupropionun ilaç etkileşimlerini göz önünde bulundurmak gereklidir. MAO inhibitörleri ile vareniklin kullanımı serotonerjik sendrom riskinde artış oluşturması nedeni ile kontrendikedir. Bunun yanı sıra vareniklin diğer antidepresan ilaçlar, teofilin ve kafein ile ciddi etkileşime sahiptir. Ayrıca yaşlıda sık kullanılan bazı kardiyovsaküler sistem ilaçları, diyabet ilaçlarından metformin, inkontinans tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar ve antiparkinson ilaçlarla etkileşimi olduğundan, bu ilaçlar ile dikkatli, yakın takip ile kullanılması gerekmektedir. Bupropionun en sık yan etkileri: bulantı, kabızlık, ağız kuruluğu, baş ağrısı ajitasyon, insomnia, tremor, ürtikerdir. Tedaviye sigara bırakma tarihinden 1 hafta önce başlanarak, 150 mg 1x1 /3 gün, 3-7. günler 2x1 ile 7-12 hafta tedaviye devam etmek önerilmektedir. Sigarayı bırakanlarda risk durumuna göre idame tedavi değerlendirilmelidir.

Vareniklin, selektif nikotinik asetil kolin reseptör parsiyel agonistidir. En son FDA onayı alan ajan olması sebebi ile yaşlı hasta grubunda çok fazla çalışması yoktur. Bununla birlikte yaşlı sigara içen ve içmeyen grupta test edilmiş ve güvenilir, iyi tolere edilebilir bulunmuştur. Yapılan çalışmalar vareniklinin nikotin replasman tedavisi ve bupropiondan daha etkili olduğunu göstermektedir. Nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler hastalıklar ve KOAH'da güvenli kullanımı mevcuttur. Tedaviye hedeflenen bırakma tarihinden 1 hafta önce başlanır. 0,5 mg/gün 3 gün, 4-7 günler arası 2x 0.5 mg, 7. günden sonra 2x1 mg dozunda, 12 hafta süreyle tedavi önerilmektedir. Riskli grupta idame tedavi düşünülebilir. Farmokokinetik genç hasta ile benzer olup yaşa göre doz ayarlamasına gerek yoktur. Renal doz ayarı bulunmaktadır. İlaç etkileşimi açısından, ibuprufen ve famotidin vareniklinin etkinliğini artırabilmektedir. Alkol ile birlikte kullanımda ise etanol toksisitesi riski mevcuttur. Hastalar bu açıdan bilgilendirilmelidir. En yaygın yan etkileri: bulantı, insomnia, başağrısı, anormal rüyalar, tat duyusunda bozulmadır.

Birinci basamak tedavi ile 4 hafta süreyle yeterli yanıt yoksa kombinasyon tedavileri düşünülebilir. Ancak yaşlı hastalarda bu konu ile ilgili randomize klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Relaps olması durumunda; daha önce etkili olan farmokoterapi ile daha yoğun davranış destek tedavisi veya 1. basamak tedaviler ile kombine tedavi düşünülebilir.

Sonuç olarak; yaşlı hastada sigara bırakmada, nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin etkili ve güvenilir görülmekte ancak daha geniş randomize kontrollü çalışmalar gereklidir. Davranış tedavisi ile farmakoterapi kombinasyonu daha etkindir. NRT yaşlı hastada en çok çalışılmış olan tedavidir. Bupropion kullanımında, yaşlı hastada ilaç etkileşimi açısından dikkat edilmeli, malnutrisyonu ve nöbet riski bulunan hastalarda tercih edilmemelidir. Vareniklin nispeten daha az ilaç etkileşimine sahip olması sebebi ile iyi bir alternatiftir. Renal doz ayarı mevcuttur. Kombine tedaviler dirençli olgularda düşünülebilir ancak yaşlı hastada güvenilirlik ve etkinliğine dair çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: sigara bırakma, yaşlı, ilaç tedavileri

KAYNAKLAR

1. Yüce GD, Duru S, Ulaşlı SS, Ardıç S. Sigara bırakma tedavisinin 65 yaş ve üzeri hastalardaki etkinliği. Turkish Journal of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi . 2013;16:309-14.

2. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008;179:135-44.

3. Bilir N, Aslan D, Özcebe H, Vaizoğlu S, Subaşı N. Van İli Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Sigara İçme Durumları. 1. Yaşlı Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Türk Geriatri Dergisi Kongre Özel Sayısı, 172, Antalya, 2004.

Current Addiction Research 2019;3(2):67-69

SİGARA BIRAKMA SONRASI KİLO ALMAK KAÇINILMAZ MI?

Özlem CİĞERLİ[1]

[1] *Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi*

Tüm dünyada ve ülkemizde sigara/tütün bağımlılığı önemli bir sağlık sorunudur ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl yaklaşık 7 milyon kişi sigara nedeniyle oluşan hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Kilo fazlalığı, şişmanlık ise; beraberinde kişiye yüklediği ek hastalıklar, yaşamsal ve toplumsal sorunlar nedeniyle kronik, ilerleyici, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tüm dünyada önlenebilir ölüm nedenleri sıralamasında sigaradan sonra ikinci sırada obezite yer almaktadır.

Kilo almak sadece aldığın kalori, harcadığın kalori dengesizliği değil, biyolojik, psikolojik, çevresel, ekolojik, sosyal ve duygusal, tüm yönleri ile ele alınması gereken bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin üçte ikisi aşırı kilolu veya obezdir ve obezitesi olan yaklaşık dokuz milyon yetişkinin sigara içtiği bilinmektedir. Bariyatrik cerrahi için başvuran hastaların yaklaşık üçte ikisinde sigara içme öyküsü vardır ve operasyon öncesi değerlendirme sırasında sigara içme oranı yaklaşık %30'dur. Hem obezite, hem de sigara kullanımı; Tip 2 Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Kardiyopulmoner hastalık gibi kronik hastalık risklerini arttırmaktadır (1-3).

Araştırmalar sigarayı bırakan kişilerin çoğunluğunun (%80-90) kilo almasına rağmen, kilo alımında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Sigarayı bırakanlar ile sigara içmeye devam edenler arasındaki 5 yıllık kilo artışları farkı, yaklaşık 2,6 ila 5,3 kg arasında değişmektedir. Sigarayı bırakanların sadece %10-%20'sinde 10kg ve üzerinde kilo alımı söz konusu olmaktadır (4).

Sigara içmeye devam edenlerle, bırakanların karşılaştırıldığı bir çalışmanın, 10 yıllık sonuçlarına bakıldığında, tütün bağımlılığı derecesinin (yani günlük sigara sayısının) aşırı kilo alımının temel belirleyicisi olduğu gösterilmiştir. Sigara bırakmadan önceki vücut kütle indeksinin (BMI, VKİ) yüksek oluşu da daha fazla kilo alımı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca; kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, kötü beslenme ve sınırlı fiziksel aktivite ile yeme bozukluğu öyküsü olanlarda daha fazla kilo alımı beklenmektedir (5).

Sigara bırakma sonrası kilo alımında temel faktörler, basitçe alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik olarak tanımlansa dahi, daha karmaşık mekanizmalar ve etkili faktörler olduğu bilinmektedir. Santral sinir sisteminde nikotinin etkisinin ortadan kalkması ile, doygunluk hissinde azalma, yüksek kalorili ve yağlı-şekerli gıdalara meyil başlamaktadır.

Sigaranın yarattığı el- ağız alışkanlığı ve bağımlılığın yiyecekle ikame edilmeye çalışılması, tat ve koku almanın artması ile iştah artması, azalmış uyku ile gece atıştırmaları, sigara bırakma sonrası özellikle ilk 3 günde kan şekerinde ani düşmeler yaşanması gibi nikotin çekilme semptomları önemli nedenleri oluşturmaktadır. Sigara bırakma sonrasında sigara ile tatmin edilen ve alışkanlık haline getirilen davranışların yerine, duygusal yemeler geçmektedir. Stresi ve sıkıntıyı önlemek, yalnızlığı gidermek, kendini ödüllendirmek, zaman geçirmek ve sosyalleşmek gibi çeşitli nedenlerle açlık ile ilişkisi olmayan yemek yemek söz konusu olmaktadır.

Araştırmalar, kilo alma kaygılarını sigara bırakma seanslarında ele almanın, yalnızca standart sigara bırakma tedavilerine kıyasla, sigara bırakma başarısını arttırdığını göstermektedir. Sigara bırakma sırasındaki ve sonrasındaki ağırlık artışı mutlaka izlenmelidir. Bu yaklaşım diyabet ya da obezite riski taşıyan bireylerde daha fazla önem kazanmaktadır (6).

Yalnızca eğitim veya beslenme tavsiyesi vermek, sigarayı bırakan kişilerin kilo almasını önlemek için yeterli olmamaktadır. Kişiselleştirilmiş davranışsal kilo yönetimi müdahalelerinin sigara bırakma tedavileriyle (aynı anda veya sırayla) birleştirilmesi, kilo alımını azaltmak ve sigara bırakma sonuçlarını iyileştirmek için güvenli ve başarılı bir yaklaşım sağlayacaktır.

Yeme davranışı homeostatik ve hedonik olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlenmektedir. Beslenme sadece homeostatik sistemler tarafından kontrol edilseydi herkesin ideal kilosunda olması gerekirdi. Beyin ödül sisteminin lezzet ve haz alma süreci ile olan ilişkisi haz veren bazı besin maddelerinin aşırı tüketilmesi ile sonuçlanmaktadır (7). İştah ve besin alımı, hipotalamus, beyinsapı ve korteks arasındaki karşılıklı iletimlerden oluşan karmaşık nöronal yolaklarla kontrol edilmektedir. Dopamin "ödül sistemini" aktive eden ana nörotransmitterdir. Endokannabinoid sistemdeki mu-opioid reseptörler, beğenme-haz duygusunda en önemli rolü oynar. Yüksek kalorili yiyecekler endojen opioid gen ekspresyonunu indüklemektedir. Mesolimbik dopamin yolağı, haz arayışı ve strese karşı yemek yeme cevabında önemli rol oynamaktadır. Ödül sisteminin tekrarlayan aktivasyonu ise madde bağımlılığı benzeri davranışa ve

aşırı yeme ile sonuçlanan nöroadaptif bir sürece neden olmaktadır.

Epidemiyolojik, klinik ve genetik araştırmaların sonuçları, yeme bağımlılığı modelini klinik olarak ortaya koymakta, nörobiyolojik araştırmalar obezite ve madde-tütün bağımlılığında ödül sisteminde ortaya çıkan benzerlikleri göstermektedir. Araştırmaların bir bölümü ise halen belirgin farklılıkların olduğuna vurgu yapmaktadır (8). Aşırı yeme davranışının sigara bırakma sürecindeki yoksunluk ve azalmış dopamin düzeylerinin telafisi için geliştiği ileri sürülmektedir (9). Prefrontal korteksin transkraniyal magnetik stimülasyon ile uyarılması sonucunda yiyecek aşırı isteğinin azaldığı saptanmıştır. Prefrontal korteks işlevlerinin yiyeceklerin ödül beklentisinde önemli bir bölge olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde prefrontal korteks stimülasyonunun sigara tüketimini azalttığı da bilinmektedir (10).

Egzersiz yaparak bağımlılık yapıcı madde kullanımında azalmanın söz konusu olabileceği William Glasser (1976) adlı bir psikiyatrist tarafından ilk kez ortaya atılmış ve "negatif bir bağımlılık" olan madde bağımlılığının "pozitif bir bağımlılık" olan egzersiz yapma ile çözümlenebileceği öngörülmüştür. Sigara bırakma araştırmalarının meta-analitik sonuçları, egzersizin vücut imajını iyileştirebileceğini, sigara bırakma oranlarını arttırabileceğini ve bırakma sonrası kilo alımını 12 aylık takip sürecinde önemli ölçüde azalttığını ortaya koymaktadır (11).

Egzersiz, sigaranın ödül etkisini taklit eder ve dopamin seviyesini yükseltir, anksiyete, yoksunluk semptomlarını azaltır. Kişiye özel hazırlanan egzersiz reçetesi, yoksunluk semptomlarını azaltacak, nüksü önleyecek ve sigara bıraktırmada devamlılığı sağlayacak şekilde planlanmalı ve aerobik, dirençli egzersizler ile solunum ve gevşeme egzersizlerini içermelidir.

Sigara bırakan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumunu değerlendirirken, öncelikle bireylerin günlük fiziksel aktivite düzeyleri, aktivite için olanakları ve egzersiz tercihleri belirlenmelidir. Bireye özgü belirlenen gereksinimler doğrultusunda bireysel aktivite programları geliştirmede destek sağlanmalıdır. Beslenme ile ilgili değerlendirme ve kilo alma risklerinin de aynı şekilde bireysel olarak klinisyen tarafından sigara bırakma sürecinde değerlendirilmesi gerekir.

İlk değerlendirme sırasında klinisyen mutlaka, kilo alma sorunu olan hastasına karşı yargılamayan destekleyici ve duyarlı bir tutumda olmalıdır. Ayrıca kilo problemi olan kişilere sağlık çalışanları tarafından daha düşük oranda sigara bırakma önerisinde bulunulduğu bilinmektedir. Her hasta için; beden ağırlığı öyküsü, daha önce sigara bırakma denemeleri var ise, bu deneyimlerinde kilo alma durumu ve kilo kaybetmek için girişimleri, çevresel stressörler ve aile dinamikleri, yeme bozuklukları öyküsü ve komorbid psikiyatrik durumlar değerlendirilmelidir.

Sigara bırakma sırasında kilo almak açısından risk faktörleri, yakın izlem ve beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine duyarlı bir yaklaşımla en aza indirilebilir. Uyaran kontrolünün sağlanması açısından, hazır ve ucuz ulaşılan sağlıksız gıdalar, açık büfeler, sınırsız yeme promosyonları, alışveriş merkezindeki bazı reyonlar, uygunsuz yeme ile ilişkili uyaranlar olarak kabul edilebilir ve bunlardan kaçınma önerilmelidir. Kilo alma konusunda olumsuz düşünceler ve kilo verme konusunda gerçek dışı beklentiler üzerinde çalışılarak, daha gerçeğe yakın hedefler ile değiştirilmeleri sağlanmalıdır. Hiçbir zaman başarılı olamayacağı düşüncesi, gerçek dışı az yeme ve düşük kilo hedefleri, fazla yeme ya da kilo kaybedemediği durumlarda aşırı eleştirel ya da umutsuz düşünceler konusunda terapiler yardımı ile destek oluşturulabilir.

Sigara bırakma yöntemlerinden özellikle nikotin replasmanı için ağız alışkanlığı ve atıştırma ihtiyacını baskılamak amacıyla kullanılabilecek nikotin sakızları ile, dürtü kontrolünde daha etkili olan bupropion daha etkin tercihler olabilir. Çok düşük kalorili diyetler ile yapılan müdahaleler, sigara bırakmanın ilk 6 ayında etkili gözükse de, takip eden dönemlerde nikotin yoksunluk bulgularını arttırabileceği ve nükslere neden olabileceği gibi, sonrasında aşırı yeme ataklarına yol açarak kilo almaya da neden olabilmektedir.

Sonuç olarak; güncel araştırmaların sonuçları, sigara içen kişinin aşırı kilo alma korkusunu azaltmanın ve bireysel beslenme ve fiziksel aktivite/egzersiz müdahalelerinin, sigara bırakma döneminde uygulanması ile, kilo alma sorununun sınırlanabileceğini göstermektedir. Sigara bırakmanın sağlık için yararları, kilo alımı olanlar da dahil olmak üzere ilişkili sağlık risklerinden daha fazladır. Sigara bırakma ile mortalite –morbidite riski azalmaktadır ve bu konu mutlaka bırakmayı düşünenlere verilecek önemli bir mesaj olarak vurgulanmalıdır. Klinik, davranışsal, farmakolojik ve genetik araştırma sonuçlarıyla ortaya konulacak çok yönlü müdahalelere ihtiyaç vardır ve bu müdahaleler tütün kontrolü ve obezite ile mücadelede bütünsel bir yaklaşım sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma, kilo alma, ilaç tedavileri

KAYNAKLAR

1. Healton CG, Vallone D, McCausland KL, Xiao H, Green MP. Smoking, obesity, and their co-occurrence in the United States: cross sectional analysis. Bmj. 2006 Jun 29;333(7557):25-6.

2. Sturm R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. Health affairs. 2002 Mar;21(2):245-53.

3. Freedman DM, Sigurdson AJ, Rajaraman P, Doody

MM, Linet MS, Ron E. The mortality risk of smoking and obesity combined. American journal of preventive medicine. 2006;31(5):355-62.

4. Tian J, et al. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Obes Rev. 2015

5. Pistelli F, Aquilini F, Carrozzi L. Weight gain after smoking cessation. Monaldi Archives for Chest Disease. 2009;71(2):81-87.

6. Spring B, Doran N, Pagoto S, Schneider K, Pingitore R, Hedeker D. Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: effect of concurrent versus sequential intervention. Journal of consulting and clinical psychology. 2004 Oct;72(5):785.

7. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. Neuron 2002;36:199-211.

8. Wilson GT. Eating disorders, obesity and addiction. Eur Eat Disord Rev 2010;18:341-51.

9. Wang GJ, Volkow ND, Fowler JS. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity. Expert Opin Ther Targets 2002;6:601-609.

10. Uher R, Yoganathan D, Mogg A, Eranti V, Treasure J, Campbell IC et al. Effect of left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation on food craving. Biol Psychiatry 2005; 58:840-2

11. American College of Sports Medicine Position Stand. Med Sci Sports Exerc. 2009

SİGARA VE ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

Muammer Melih ŞAHİN[1]

[1] *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Sigara içmek veya dumanına maruz kalmak tüm üst solunum yollarında farklı spektrumlarda hastalıklara neden olmaktadır. Kulak Burun Boğaz (KBB) pratiğinde sigara ile ilişkili hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Sigara, tüm üst solunum yolunda enfeksiyona yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Hemen her bölgede farklı seviyelerde fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir. Yine hemen her bölgede kanserler ile yakın ilişkisi gösterilmiştir.

Baş boyun bölgesi karmaşık bir anatomiye sahip olup, sigara ile ilişkili hastalıklar kulak, nazal kavite, oral kavite, larinks ve farinks hastalıkları başlıkları altında incelenmiştir. Sigara ile ilişkili kulak hastalıklarının başında efüzyonlu otit ve akut otitis media hastalıkları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda, özellikle çocukların maruz kaldığı pasif içicilik ile olan ilişkisine sıkça dikkat çekilmiştir. Nazal kavite ve sigara ile ilişkili hastalıkların başında enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan rinitler gelmektedir. Nazal kavitenin primer fonksiyonları olan nefes ve koku alma fonksiyonlarının bozuklukları ile ilişkisi gösterilmiştir. Bunun dışında nazal kavite kanserleri ile de sigaranın ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sigara ile birçok oral kavite lezyonu arasında ilişki gösterilse de KBB patriğinde en dikkat çeken oral kavite kanserleridir. Yapılan çalışmalarda oral kavitenin hemen her alt biriminde sigara kanser ilişkisi net bir şekilde ortaya konmuştur. Larinks kanserleri ile sigara ilişkisi uzun yıllardır bilinen bir durumdur. Günümüzde larinks kanserlerinin en önemli etiyolojik nedeni olarak sigara gösterilmektedir. Farinks farklı alt birimlerden oluşmaktadır. Nazofarinks kanserlerinde sigara ilişkisi nazal kaviteye benzerlik gösterip diğer anatomik bölgelere göre kısmen daha zayıf bir ilişki görülmektedir. Hipofarinks bölgesinde ise sigara ile kanser arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır.

Sigara maruziyetinin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması bahsedilen tüm üst solunum yolu hastalıklarında önemli bir gerileme sağlamaktadır. Sigara bıraktıktan sonra enfeksiyon ilişkili immünolojik belirteçlerinin yaklaşık 4 haftada gerilediği gösterilmiştir. Sigarayı bıraktıktan sonra tüm üst solunum yolu kanser riskinde belirgin azalmalar görülmektedir. Sigara bıraktıktan 5 yıl sonra baş boyun bölgesi kanser riski belirgin şekilde azalmaya başlamakta olup, hiç içmeyenler ile benzer kanser riskine ancak 20 yıl sonra ulaşılabilmektedir.

Ağız içerinde yara, tek taraflı kötü kokulu burun akıntısı ve kanama, ses kısıklığı ve yutma güçlüğü olan ve uzun süre sigara kullanan veya dumanına maruz kalan erişkin hastalarda aksi ispatlanana kadar üst solunum yolu kanserlerinden şüphelenilmesi faydalı olacaktır.

Sonuç olarak, sigara ve üst solunum yolu hastalıkları arasında belirgin bir ilişki olup, bu tablo basit bir fonksiyon bozukluğundan kanser oluşumuna kadar değişkenlik gösterebilir. En önemli önleyici yöntem, sigara maruziyetinin ortadan kaldırılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: sigara, üst solunum yolu, kanser

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE TÜTÜN BAĞIMLILIĞI

C. Onur NOYAN[1]

[1] Üsküdar Üniversitesi/İstanbul

Motivasyonel görüşme, danışanların kendi içlerinde yaşamış oldukları ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak, davranış değişikliğini ortaya çıkartmak için kullanılan danışan merkezli bir yaklaşımdır (1). Danışanın bakış açısını anlamak ve direnç gelişmesini en aza indirgemek için empatik dinleme, özetleme, geri bildirim verme gibi yapılandırılmış tekniklerin kullanıldığı bir terapi yöntemidir.

Motivasyonel görüşmenin ruhu ve ilkeleri temelleri üzerine kurulan bir yöntem olup yapılandırılmış teknikler içermektedir. Motivasyonel görüşmenin ruhu işbirliği sağlayarak, danışanların kendi içlerindeki motivasyonu açığa çıkartıp otonomi kazandırmak üzerine kuruludur. Motivasyonel görüşmenin ilkeleri ise danışanı empatik bir bakış açısı ile dinlemek, danışanı anlamaya çalışmak ve terapistin kendi düzeltme refleksine karşı koymasının sağlanmasıdır. Bu temeller çerçevesinde danışana açık uçlu sorular sormak, onaylama, yansıtmalı dinleme ve özetleme ise en sık kullanılan yöntemlerdir. Bu bağlamda nihai hedef danışanın değişim konuşmasını yapmasını sağlamak olmalıdır.

Motivasyonel görüşme ruhunu temsil eden en önemli faktörler şu şekildedir. Değişim motivasyonu, terapist tarafından değil danışan tarafından belirlenir. Danışanın kendi ambivalansını kendisinin çözmesinin sorumluluğuna sahip olduğunu düşünmesi sağlanması gereklidir. Önceden yapılandırılmış uygulamalar yerine bireye özgü yöntemler geliştirilmelidir. Mevcut sorunun varlığını inkar etmek ya da direnç ortaya çıkması terapistin yaklaşımı nedeni ile olma ihtimali yüksektir. Danışan ve terapist ilişkisinden öte işbirlikçi bir bakış açısı ile yaklaşılmalıdır.

Motivasyonel görüşme uygulayacak olan terapistin bazı danışmanlık becerileri geliştirmesi gerekmektedir. Empati ifade etmek, farklılıkları ya da tutarsızlıkları ortaya koymak, tartışmadan kaçınmak, dirençle çalışmak, kendi yeterliliğini desteklemek terapistin geliştirmesi gereken ana becerilerdir. Empati ifade etmenin faydası, yargılayıcı olmadan, yansıtmalı dinleyerek, kararsızlığı kabul ederek, danışanın gözünden dünyaya bakabilmek ve danışanı doğru bir şekilde anlamak değişimi kolaylaştırabilir. Farklılıkları ya da tutarsızlıkları ortaya koymak danışanın mevcut davranışları ile hedeflediği yaşam tarzı değişikliği arasındaki farkı algılamasına yardımcı olmaktır. Danışanlar kendilerinin gelecekteki bir hedefe ulaşmalarını sağlamayacak davranışları ile yüzleştiklerinde değişime daha fazla motive olurlar. Danışanla tartışmak direnç gelişmesine sebep olmaktadır. Direnç geliştiği anda terapistin yaklaşımını değiştirmesi gereklidir. Danışanın yeni bakış açılarını görmesini sağlamak, değişim için kendi sorumluluğunu alması önemlidir. Danışana umut vermek, özyeterliliğini arttırmak diğer önemli faktörlerdendir.

Motivasyonel Görüşme, Prochaska & DiClementi'nin değişim aşamaları modeli dikkate alınarak sigara bağımlılığı olan danışanlarda kullanılabilir. Amaç, danışanların sigara içme davranışlarını değiştirmeye hazır olma yönünde hareket etmelerine yardımcı olmaktır. Özellikle farkındalık öncesi dönemde olan danışanların farkındalık aşamasına geçmelerine yardımcı olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing?. Behavioural and cognitive Psychotherapy. 1995;23(4):325-34.

2. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. Journal of consulting and clinical psychology. 1983;51(3):390-9.

Current Addiction Research 2019;3(2):72-74

OLUMSUZ DUYGULARLA BAŞ ETMELERİ İÇİN HASTALARIMIZA NELER ÖNEREBİLİRİZ?

Nedim Yüksel ÇAKIR[1]

[1] *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)*

Duygu; mutluluk, üzüntü, korku, nefret ya da hoşlanma gibi bilinci etkileyen, bilme ve bilinçli irade durumlarını fark etme ve birbirinden ayırmayı sağlayan bir durumdur. Duygu, bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve bir dizi hareket eğilimi anlamında kullanmıştır.

Duygunun yansımasını; Düşünsel, Bilişsel, Vücut Bileşenleri, Biyolojik, Duyguların Eyleme Dönüşmesi ve Davranışsal olarak ifade edebiliriz.

Bireyin gerek iç faktörlerden gerek dış faktörlerden gelen uyaranlar karşısında öncelikle içsel olarak beliren, ardından beden dilini, duruşunu ve davranışını etkileyen; jest ve mimiklerle ortaya çıkan yüz hareketlerine yansıyan durumlar ve yapılandırılmış hisler olarak tanımlanabilir. Bu anlamda duygular, insan davranışının bir parçası olup bireyin iç dünyasından karşılıklı ilişkilere kadar birçok alanda belirleyicidir ve insan davranışında temel bir role sahiptir.

Duyguların Özellikleri ve İşlevleri

- Duygu dünyası önceden tespit edilemez ve duygular kendiliğinden, irade dışında gelişir.
- Herhangi bir duyguya kapıldığı zaman aynı anda heyecan da hissedilir.
- Duygularımız, davranışlarımızın temelini oluşturur. Davranışlarımızın harekete geçmesinde, yönelimlerinde ve şekillenmesinde duygularımız etkin bir rol oynamaktadır. Bu nedenle duygular; arzuları, amaçları ve hareketleri etkilerler.
- Duyguları bazen istenilen ve olumlu olarak değerlendirilirken; bazen de istenilmeyen ve olumsuz olarak değerlendirilebilir.

Duyguların Sınıflandırılması Passons'a (1975) göre duygular iki amaca hizmet ederler.

- Birincisi, kişinin harekete geçmesi için enerji temin etmeleridir.
- İkincisi ise, kişinin kendi gereksinimlerini karşılayabilmesi için çevreyi manipüle edebilmesi ya da bu gereksinimleri karşılayacak uygun davranışları yapabilmesi için, yönlendirici ya da değerlendirici fonksiyon göstermeleridir.

Bu enerji kişiyi gereksinimlerini karşılamak için harekete geçiriyor ya da çevreyi manipüle etmesine fırsat veriyorsa olumlu duygular ortaya çıkmakta; eğer enerji, gereksinimlerin karşılanmasında etkisi olmayan ya da zararlı etkisi olan unsurlara yöneltilirse olumsuz duygular ortaya çıkmaktadır.

Duyguların Sınıflandırılması Bazı araştırmacılara göre ise birbirinden bağımsız pozitif ve negatif olan iki temel oluşumu içermektedir. Olumlu duygu;'Hayattan alınan aktif haz ve keyif', Olumsuz duygu ise 'Kişinin stres, korku, kırgınlık gibi hoş olmayan duygularının aktife olması' olarak tanımlanmaktadır. Belirlenmesinde kültürel ve bireysel farklılıkların önemli yer tuttuğuna inanılmaktadır.

Olumsuz Duygular; Kaygı, Öfke, Stres ve üzüntüdür

- Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan; bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlike olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanılan bir duygudur.
- Öfke; 'engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi' biçiminde de tanımlanabilmektedir.
- Stres, 'bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir'
- Üzüntü; Olumsuz bir veya birden fazla olay karşısında kişinin mutsuz hissetmesi normal bir durumdur.

Duygu Yönetimi:

Duyguların ortaya çıkmasında neden olan olay değil; olayların nasıl yorumlandığıdır. Duygular, bireyin düşüncelerine, yorumlarına, inançlarına, beklentilerine, anlamlandırdıklarıyla ilişkilidir. Bu unsurlar bireyin birikimleri ve öğrenmesi sonucunda oluştuğundan kişinin doğasının bir parçası haline gelmiş ve farkında olmadan otomatik bir yapı halini almıştır. Duyguların düzenlenmesini içeren duygu yönetimi, insanların ne hissettikleri ve hislerini ifade etmeleri ile başkalarının duygularını etkileme yollarını kapsaması sebebiyle önem teşkil etmektedir.

Hastaların Bireysel Başa Çıkma Yolları:

- Mantığa bürüme (dudak tiryakisiyim, az içiyorum,

sigara içmeyen de kanser oluyor)

- Zihinsel boş verme (zaten hepimiz öleceğiz)
- Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (evet içiyorum, çok zararlı, günah)
- Aktif başa çıkma (ivedilikle bırakma davranışı, kendini kasarak içmeme)
- Yadsıma/inkar (sigara kanser yapsa önce ben olurum)
- Dini olarak başa çıkma (sigara israf ve hem kendime hem de başkasına zarar, günah)
- Mizah -şakaya vurma- (sigara üzerine espriler yapmak)
- Davranışsal olarak boş verme (tek derdim sigara mı, benim derdim bana yeter)
- Geri durma (sigaradan ve içilen yerlerden uzak durma)
- Duygusal sosyal destek kullanımı (arkadaş ve yakın desteği)
- Kabullenme (evet içiyorum yapacak bir şey yok; öleceksek, kanser olacaksak da olur)
- Diğer meşguliyetleri bastırma (sakız çiğneme, müzik dinleme, spor, oyun oynama)
- Plan yapma (sigaranın zararlarını bilip orta vadeli bırakma planları yapma)
- Bırakamama sorumluluğunu başkasına atmak (aile üyeleri, hekim/sağlık çalışanı, arkadaş)

Hekimler/Psikologların Hasta ile İlişkisi Nasıl Olmalı?

- Hasta ile empatik yaklaşımı sağlayıp, güvenli iletişimi kurabilmek (Karşılama, görüşme dışında uzmana ulaşma yolu aktarılmalı, merkezin telefonu, sosyal medya, e-posta).
- Güven ilişkisini kurabilmek (Hastalık ve tedavi sürecini bilgilendirmek, her hastaya 'özel' olduğunu hissettirmek, tedavide başarılı olan hasta öyküleri).
- Hastanın sigara bırakma isteğini/motivasyonunu iyi belirlemek.
- Tedavi programında; hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum gibi özelliklerine uygun hareket etmek (evli hastaların eşlerinin/çocuklarının sigara içme/içmeme öykülerini almak, ergenlerde/gençlerde akran ilişkilerini öğrenmek/bilgilenmek, yaşlı hastaların 'kendilerini yeterince değerli' görmemeleri üzerine aileleriyle ortak strateji belirlemek gibi..)
- Tedavi planının ortak (hasta/uzman) yürütülmesi/sorumlulukların belirlenmesi.
- Hastaya teorik bilgilerin yanı sıra somut önerilerde bulunmak.

Bilgilendirme

Tütün ve tütün mamullerinin içinde 'rahatlatıcı/strese iyi gelen' maddelerin olmadığını ve varsa- rahatlamanın kaynağının *'sahte iletişim'* olduğunu anlatmak.

Yanlış İnançları Düzeltmek

Sağlık personellerinin dışındaki kişilerin önerdikleri önerilen bitki özleri, e-Sigara, dini içerikli yazıların işe yaramadığını geçmiş hasta öyküleri ile ifade etmek.

Sigara İçme İsteği İle Başa çıkmak İçin Sunulacak Somut Öneriler

- Su içmek (Suyun rahatlatıcı özelliği olması, ağzın tadını değiştirmesi, bir eylem içermesi (suyu almaya gitmek ve içmek) bakımından önemlidir).
- Nefes egzersizleri (Kolay yapabileceği nefes egzersizleri önermek; ayakta, kolları iki yana açıp, burundan derin (çok derin değil) nefes almak ve ağızdan vermek gibi..).
- Hastanın yüz yüze veya telefonda en kolay ulaşabileceği bir yakını görüşmesi önerilir. Görüşmede sigaradan bahsedilmemesi önemle vurgulanmalı.
- Bu görüşmeden sonra veya görüşmenin olamadığı zaman hastanın, görüştüğü uzmana merkezin telefonundan ulaşması ya da kendisine verilen sosyal medya adresi/e-Posta yoluyla ulaşması önerilir.
- Hastaya; olumsuz duygular yaşadığında daha önce kendisine yapılan bilgilendirilmelerin hatırlamasını (Önceki hasta öykülerinden örneklerin de yer aldığı bilimsel verilerle sigaranın olumsuz duygularının giderilmesinde bir katkısının olmadığı hatırlatılmalı).
- Sigara içmediği zamanlarda kazandığı sağlık ve psikolojik durumları (özgüven artışı gibi) hatırlaması önerilir.
- Amatörce spor yapmak.
- Amatörce/yarı profesyonel sanat çalışmaları yapmak.
- Sigara içilen ortamlardan her zaman uzak durmak.
- Sigara içen arkadaşlarının, sigara içtiklerinde uzaklaşmak .
- Tütün bağımlılığının nüksü yüksek bir hastalık olduğunu kendisine ve çevresine hatırlatmak.

Hekimlerin/psikologların hasta olan ilişkisinde dikkat etmesi gerekenler

- Yardımcı personelin uyması gereken etik kurallara uymamak

- Hastaların çoğu zaman 'sorumluluklarından uzak durmak' adına söyledikleri 'sizin sayenizde bıraktım/sizin için bıraktım' gibi cümlelerini olumlamalarla beslememek.
- Sigarayı bıraktıktan sonra artacak 'yaşam kalitesi' vurgusundan çok, 'ölüm/hastalık' kavramlarını öne çıkarmak.

Current Addiction Research 2019;3(2):75-77

SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Fisun SÖZEN[1]

[1] *Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını "bireylerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacın, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca sağlanabilmesi" olarak tanımlanmıştır(1). Akılcı ilaç kullanımı (AİK) hastaya doğru tanının konmasından başlayıp, hastanın özelliklerine göre en etkin tedavinin seçilmesi, tedavinin başlanması, sonuçların izlenmesi ve değerlendirmesini içeren sistematik bir yaklaşımdır (2). İlaçtan beklenen en yüksek faydanın sağlanabilmesi için ilaçların bu şekilde kullanılması zorunludur. Akılcı ilaç kullanımı dışında kalan diğer uygulamalar akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak değerlendirilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı; hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur. Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri;

- Çoklu ilaç kullanımı
- İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
- Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi
- Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi
- İlaç kullanımında özensiz davranılması (uygulama yolu, süre, doz..)
- Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması
- Gereksiz yere antibiyotik tüketimi
- Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi
- Bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı
- İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi

Tedavi seçeneklerini İlaç endüstrisi, çevresel, ekonomik, yasal, sosyo-kültürel etmenler, alışkanlıklar ve iş yükü ve personel sıkıntısı gibi faktörler etkilemektedir. Hastasının durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki öğesini oluşturur. Hekimin bu işlevinin tam olarak yerine getirilip hastaya yansıtılmasında, reçetesini yaptırmak için ya da reçetesiz satılan bir ilacı almak için eczaneye gelen hastanın bilgilendirilmesi açısından en kolay danışabileceği kişi olarak eczacıya da rasyonel ilaç kullanımında önemli görev düşer. Hastane içinde ilaç kullanımında ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde hemşire ve diğer sağlık hizmeti personelinin de katkısı vardır. Bu nedenlerle, yalnızca hekimlerin değil, yukarıda sözü edilen tüm sağlık hizmeti gruplarının gerek mezuniyet– öncesi, gerekse mezuniyet–sonrası dönemlerde, rasyonel ilaç kullanımı ilkeleri ve kendilerine düşen rol açısından eğitilmeleri esastır (3).

AİK tanımı içinde hastaların, yani ilaç kullanıcısının rolü unutulmamalıdır Ülkemizde halkın sağlık eğitimi yetersizdir ve bunu gidermek için yapılmakta olan çalışmalar, halen nitelik ve nicelik bakımından sorunu çözmekten çok uzaktır. Kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarına bakıldığında;%77'si doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bırakırken,% 66'sı akraba/arkadaş/komşu tavsiyesine göre ilaç kullanmaktadır. İlaçlarını önerilen saatte alanların oranı %84 gibi yüksek oranlardadır (4).

Düzenleyici otorite olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar yaklaşık 20 yıldır sürmektedir. 12 Ekim 2010 'de **Akılcı İlaç Kullanımı Birimi** kurulmuştur.19 Mart 2012 'de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde **Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi** kurulmuştur. İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde **İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi** bulunmaktadır. **Hastane Hizmet Kalite Standartları** gereğince, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla **Akılcı İlaç Kullanımı Ekipleri** oluşturulmuştur. **AKILCI İLAÇ KULLANIMI (AİK) ULUSAL EYLEM PLANI 2014-2017 hazırlanmıştır. TÜRKİYE AKILCI İLAÇ KULLANIMI BÜLTEN**İ ise 2014'den beri düzenli olarak yayınlanmaktadır.

Sigara bırakma tedavisinde akılcı ilaç kullanımını sağlamak öncelikle hastadan iyi bir hikaye alınması ile doğru orantılıdır. Kişiye ait sosyo-demografik bilgiler, geçirdiği operasyonlar, hastalıklar, ilaç ve alkol kullanımı bilgilerinin edinilmesinden sonra Nikotin Bağımlılığının değerlendirilmesi gerekir. Fagerström Bağımlılık Skalası veya daha kısa bir form olan EMASH Skalası uygulanır. Fizik muayene esnasında nefes CO ölçümünün de yapıl-

ması kişinin farkındalığını artırmada önemlidir. Gerekli görüldüğünde laboratuvar tetkikleri (Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, lipid profili) ile birlikte EKG ve akciğer grafisi ile hastanın değerlendirmesi tamamlanır. En önemli basamak ise hastayı bilgilendirerek sigarayı bırakma konusunda motive etmek ve desteklemektir. Farmolojik tedaviye akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygun olarak hasta ile karşılıklı olarak karar verilerek başlanabilir.

Sigara bırakma tedavilerinde Nikotin replasman tedavileri (NRT) önemli bir dönüm noktası olmuştur. Amerikan İlaç ve Eczacılık Dairesi **(FDA)** nikotin bağımlılığında; ilk sıra tedavide **Nikotin Yerine Koyma Tedavileri (NYKT)** ,yavaş salınımlı **Bupropion** ve **vareniklin**i onaylamıştır.

Başlıca NYKT yöntemleri: **Nikotin sakızı**, **Nikotin bandı**, Nikotin nasal spreyi, Nikotin pastili, dil altı tabletleri, Nikotin inhaleri, Nikotin ağız spreyleridir. NYKT'de kullanılan formlar tek başına veya kombine olarak kullanılabilir (Nikotin bandı+Nikotin sakızı/Nikotin bandı+Nikotin spreyi). NYKT'leri ayrıca bağımlılık skorları yüksek olanlarda bupropion ve vareniklin ile beraber kullanılabilir. Bandın içerdiği nikotin deri ve derialtı dokusu aracılığıyla yavaş yavaş kana ve beyne ulaşır. Bant çıkarıldığında bile nikotin deriden beyne yayılmaya devam eder. Bağımlılık skorları orta ve düşük olanlarda ilk tercih olabilir. Maksimum 21 mg nikotin dozu uygulayan 24 saatlik bantlar, maksimum 25 mg nikotin dozu uygulayabilen 16 saatlik formları vardır. İlk 4 hafta yüksek doz, ikinci 4 hafta basamaklı azaltılarak kullanılabilir. Nikotin sakızı: 2-4 mg'lık dozlarda mevcuttur. Tadı ya doğaldır ya da nane, tarçın, portakal ya da meyve tadındadır. Çiğneme tekniği: Acı tat gelince ağız mukozasına yapıştırılır (çiğne-park et). 30dk/tadı geçene kadar(asitli yiyecekler emilimi bozabilir). 2 mg'lık sakız bağımlılık düzeyi düşük / orta derecede, 4 mg'lık sakız ileri derecede bağımlılara önerilebilir. Günde 24 adetten fazla alınmamalıdır. 12. hafta sayı azaltılarak kullanılabilir

Bupropion dopamin geri alınımını inhibe eder. Zayıf bir noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Nikotinik asetilkolin reseptörlerini antagonize ederek nikotinin ödüllendirici etkisini azaltır. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasını sağlamaktadır. Sigara bırakılmadan ilaca başlanır. İlk 3 gün 150 mg/g, 4. günden itibaren 150 mg x 2 doz ile devam edilir.65 yaş üstünde,45 kg'dan düşük ağırlığı olanlarda, ağır karaciğer ve böbrek yetmezliklerinde yarı doz kullanılır.7-14. günlerde sigara bırakma günü belirlenir. Tedavi süresi 8-12 haftadır, ancak 6 aya kadar uzatılabilir. Vareniklin, nikotinik asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonist ve antagonistidir.Başlangıçta0.5 mg lık tb 3 gün 1 adet olarak başlanır.4 günden itibaren 0.5 mg x 2 tb olarak artırılır. Devamında 2x 1mg doz 3 aya tamamlanır.8-14. günler arası sigarayı bırakma günü belirlenir.

Akılcı ilaç kullanımında hastaya verilmesi gereken asgari bilgiler de çok önemlidir;

1-İlacın Etkileri

- İlaç neden gereklidir?
- Hangi semptomlar geçecek, hangileri geçmeyecek?
- İlaç etkisi ne zaman başlayacak?
- İlaç düzensiz alınırsa ya da alınmazsa ne olması beklenir?

2-Yan etkiler

- Hangi yan etkiler oluşabilir?
- Hasta bunları nasıl fark edecek?
- Ne kadar sürecek?
- Ne kadar ciddi olacak?
- Bunlar için ne yapılabilir?

3-Talimatlar

- İlaç nasıl alınmalı?
- İlaç ne zaman alınmalı?
- Tedavi ne kadar devam etmeli?
- İlaç nasıl saklanmalı?
- Kalan ilaçları ne yapmalı?

4-Bilginin kontrolü

- Her şey açık mı?
- Hasta her şeyi anladı mı?
- Hastanın başka sorusu var mı?

"**En önemli bilgileri hastadan tekrarlaması istenir"**

5-Uyarılar

- İlaç ne zaman alınmamalı?
- Azami doz nedir?
- Tedavinin tümünün uygulanması neden gereklidir?

Sonuç olarak; akılcı ilaç kullanımı/tedavisi kararının başarıya ulaşması, hastanın tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Hastanın tedaviye uyumu ise iyi seçilmiş bir ilaç tedavisi, iyi bir hasta-hekim ilişkisi, önemli bilgi, talimat ve uyarılar için zaman ayrılması ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, akılcı ilaç, takip

KAYNAKLAR

1.WHO. The Rational use of drugs: report of the confer-

ence of experts, Nairobi, 25-29 November 1985: World Health Organization; 1987.

2. WHO. Guide to good prescribing: a practical manual. 1997:7-16.

3.Oktay Ş. Akılcı İlaç kullanımının Genel İlkeleri. Turkish Journal Of Geriatrics. 2006;1:15-8.

4. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 2016;3:44-55.

TÜRKİYE'DE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ

Nazmi BİLİR[1]

[1] *Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) Tütün Çalışma Grubu Başkanı*

Sigara bırakma hizmetleri hem DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi hem de MPOWER paketi içinde yer almaktadır. Ülkemizde de sigara bırakma hizmetleri konusundaki düzenleme **Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun** (No. 4207) içinde yer almıştır ve bu konudaki çalışmaların Sağlık Bakalığı tarafından yapılacağı belirtilmiştir. Bu Kanun'a dayalı olarak 2011 ylında yayınlanmış olan **Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik** sigara bırakma hizmetleri le ilgili düzenlemeleri açıklamaktadır. Buna göre çeşitli uzmanlık alanlarından temsilciler ile Bakanlık yetkililerinden oluşan Bilim Komisyonu kurulmasına işaret edilmiş ve tedavi usulleri ile tedavi birimlerinin standart personel ve donanımı açıklanmıştır. Yönetmelik gereğince merkezlerde doktor, hemşire, sekreter ve psikolog bulunması gerekmektedir ve merkezde çalışacak doktorun tütün kontrolü ve sigara bırakma konusundaki eğitimine işaret edilmektedir.

Halen ülke çapında 500'e yakın merkez Bakanlık tarafından sigara bırakma hzmetleri konusunda yetkilendirilmiştir. Ancak bu merkezlerin çok az bir bölümü standart kadro ve donanıma sahiptir. Ayrıca merkezlerin çok büyük bölümü il merkezlerinde bulunmakta, ilçelerde ve kırsal yerleşim yerlerinde sigara bırakma merkezi bulunmamaktadır. Sigara bırakma hizmetlerinde daha ileri başarıya ulaşmak bakımından hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gereklidir. Sigara bırakma tedavisinde birinci basamak düzeyinde sorun yaşandığı durumda ikinci ve üçüncü basamak düzeyindeki uzman kuruluşların desteği sağlanabilir.

Sigara bırakma hizmetlerinin sunulması ile ilgili önemli bir diğer husus, sigara bırakma hizmetlerinde başarıya ulaşmak için, sigara bırakma çalışmalarının, sigara kullanmaya başlamanın önlenmesi ve sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi çalışmaları le birlikte ele alınması ve sürdürülmesi gerektiği hatırda tutulmalıdır.

ÜLKEMİZDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ ÖRNEĞİ

Deniz YÜCE[1]

[1] *Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı*

Ülkemizde üniversite hastanelerindeki sigara bırakma polikliniki leri (SBP) göğüs hastalıkları, aile hekimliği, halk sağlığı, iç hastalıkları, vb. gibi farklı anabilim dallarının bünyelerinde ya da üniversitelerin medikososyal hizmetlerinin bir bileşeni olarak tesis edilmişlerdir. Bu SBP'lerden birisi olan Hacettepe Üniversitesi SBP ise HÜ Kanser Enstitüsü Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı yapısı içinde ve HÜ Onkoloji Hastanesi çatısı altında poliklinik hizmetlerini sürdürmektedir. Kurulduğu Ocak 2008 tarihinden bugüne dek yaklaşık olarak on bin kişi sigara bırakma tedavisi almak üzere merkezimize başvurmuştur. Halen 4 hekim ve 2 psikiyatri hemşiresi ile faaliyetlerine devam eden HÜ-SBP, haftada 2 gün ilk muayene polikliniği, 1 gün takip polikliniği ve psikososyal destek grubu görüşmeleri ile sigara bağımlılığından kurtulmak isteyen kişilere destek sağlamaktadır.

HÜ-SBP klinik hizmetlerinin yanında eğitim faaliyetlerinde de aktif olarak görev almaktadır. Bu kapsamda, HÜ Tıp Fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin müfredatlarına eklenmiş olan "Tütün Kontrolü Seçmeli Dersi" ile geleceğin hekimlerinin eğitimlerinin ilk safhasından itibaren dünyadaki ve ülkemizdeki tütün epidemisi hakkında bilgi sahibi olmalarına ve ulusal tütün kontrol faaliyetlerinin donanımlı birer savunucusu olarak yetişmelerine destek verilmektedir. Bunun dışında, HÜ Tıp Fakültesi 6. sınıf seçmeli stajlarından birisi olan Prevantif Onkoloji stajında rotasyoner intern doktorlar tütün kontrolü ile ilgili olarak teorik eğitim almakta ve HÜ-SBP faaliyetlerine katılarak sigara bırakmak üzere başvuranların klinik yönetimlerinin her aşamasında aktif olarak görev üstlenmektedir. Böylelikle, hekimlik hayatlarına atacakları ilk adımda, çalışacakları branş ne olursa olsun, hastalarının sigara bağımlılıklarına aktif olarak müdahale edebilecek donanımlı birer hekim olarak yetişmelerine katkı sağlanmaktadır. Son olarak ise, HÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalının uzmanlık eğitimi programına eklenmiş olan rotasyon programı ile halk sağlığı araştırma görevlileri bir aylık rotasyonlarını Prevantif Onkoloji Anabilim Dalında yapmakta, bu süre içinde de SBP faaliyetlerine aktif olarak katılmaktadırlar.

HÜ-SBP, klinik hizmetler ve eğitim faaliyetleri dışında diğer kurum ve kuruluşlarla tütün kontrolü alanında işbirliklerini sürdürmektedir. Bu işbirlikleri çerçevesinde 16 merkezde yürütülen Ankara Sigara Bırakma Merkezleri Platformu-Elektronik Kayıt Projesi gerçekleştirilmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programının ilk safhasında koordinatör merkez olarak görev üstlenilmiş, son olarak ise Başkent Üniversitesi ve Bilkent Üniversitesi ile birlikte "Tütünsüz Üniversite İçin Adım Adım" konsorsiyumuna destek verilmiştir. HÜ-SBP, diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte bulunduğu bu faaliyetlere, yine HÜ Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı bünyesinde kurulmuş olan Hacettepe Üniversitesi Tütün Kontrolü, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜTKOM – www.hutkom.hacettepe.edu.tr) faaliyetlerini destekleyerek katılmaktadır.

HÜ Prevantif Onkoloji AD, HÜTKOM ve HÜ-SBP ülkemizin en önemli halk sağlığı sorunu ve geleceğin sağlıklı nesillerine en büyük tehdit olan tütün ürünlerinin kontrol faaliyetlerinin her aşamasına destek vermeye devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma polikliniği, eğitim, tedavi

AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ VE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİ

Dilek TOPRAK[1]

[1] *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

Bilinen en önemli mortalite ve morbidite nedeni olan sigara ile mücadele amacıyla ülkemizde 23 Kasım 2011'de Resmi Gazete'de yayımlanan "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik" ile Sigara Bırakma Poliklinikleri (SBP) hizmet vermeye başlamıştır. Bugüne kadar yüzlerce hastanın başarıyla takip ve tedavisinin yapıldığı bu polikliniklerde çoğunlukla Psikiyatristler, Göğüs Hastalıkları uzmanları, Aile Hekimliği Uzmanları ya da (pratisyen)aile hekimleri görev almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra bilimsel ve idari açıdan SBP'nde ve öncesinde sunulan hizmetten temel beklentileri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Hekim her görüşmede sigarayı sorgulamalı
- Hekim hastasını geniş perspektiften değerlendirebilmeli
- Doğru hasta-hekim iletişim modeli uygulanmalı
- Hekimin iletişim becerileri gelişmiş olmalı
- Hekim hastasına vakit ayırarak eğitim ve danışmanlık hizmeti verebilmeli
- Hastalar hizmete kolay ulaşmalı

Aile Hekimliği bakış açısı ile SBP'lerinde hizmet sunmayı ele aldığımızda disiplinin hemen tüm özellikleri ile örtüştüğü ve bir SBP'nden beklenen tüm hizmetleri karşılayabilecek hizmet sunum ortamına sahip olduğu görülmektedir.

Önlenebilir bir sağlık sorunu olan sigara bağımlılığı ile mücadelede temel nokta, bağımlıların tedavisi kadar hatta ondan daha öncelikli olarak koruyucu hekimliktir. SBP'leri mücadelede büyük başarı gösterse de toplumun her noktasına ulaşmada yeterli olduğu söylenemez. Bu durumda ülkemizin en ücra noktasında bile topluma dokunabilen bir disiplin olarak Aile Hekimliği'nin yaklaşımı önem taşımaktadır.

Aile hekimliğinin temel ilkeleri incelendiğinde sigara ile mücadelede, aile hekimliği gibi **bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı** içinde barındıran bir disipline büyük ihtiyaç duyulduğu izlenebilir. Ayrıca gerek hizmet sunumundaki yeri, gerekse **ulaşılabilirliği** açısından aile hekimleri sigara bırakma konusunda önemli bir yaklaşım sergileyebilmektedir. Aile Hekimliğinin diğer temel özelliklerinden **koruyucu hekimlik, sürekli hizmet, birey merkezli, aile ve toplum yönelimli olma, gizlilik ve yakınlık, ekip hizmeti ve veri toplayıp değerlendirme** özellikleri ile birebir örtüşen sigara bağımlılığı tedavisinde Aile Hekimlerinin yer alması mücadelede başarıyı arttıracaktır.

Multidisipliner yaklaşım sergileyebilme ve ASM/EASM'lerle topluma dokunabilme özelliğinin yanı sıra diğer disiplinlerden oldukça fazla asistana sahip olması ve bu hekimlerin sahada hizmet vermek üzere sigara bırakma sertifikası/eğitimi alarak mezun oldukları düşünülünce Aile Hekimliğinin SBP'leri açısından olmazsa olmaz disiplini olarak değerlendirebiliriz.

Aile hekimlerine sigara bıraktırma hizmeti için herhangi bir zorunluluk getirilmemiş olsa da disiplinin yapısı ve özellikleri itibarıyla bu konuda belki de en sorumlu branş olduğu söylenebilir.

Ancak henüz yeterince değerlendirilemeyen birinci basamağın bu gücünde en önemli engel Aile hekimlerine verilen ve daha çok tedavi odaklı diğer sağlık hizmetleri görevleridir. Koruyucu hekimlik, danışmanlık ve eğitimin ötelendiği bir sistemde Aile Hekimleri sigara ile mücadelede daha aktif rol almalıdır.

Anahtar Kelimeler: sigara bırakma polikliniği, aile hekimliği,

FARKLI DİSİPLİNLERDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ İŞLEYİŞİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI ÖRNEĞİ

Özlem ERÇEN DİKEN[1]

[1] Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı Nisan 2019 güncel verilerine göre; 2019 yılı itibariyle 521 sigara bırakma polikliniğinde sigara bırakma hizmeti sunulmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde 2009 yılından bu yana yaklaşık 2,5 milyon muayene yapılmıştır. Sigara bırakma polikliniklerinin 2016 yılında %17.8 olan bırakma oranlarının, 2018'de %25'e ulaştığı görülmektedir. Branşlara göre ayrı bir kayıt sistemi ya da sigara bırakma poliklinik işleyişi gerekliliği ile ilgili farklılık bulunmamaktadır.

Kayıtlar tüm diğer branşlarda olduğu gibi "Tütün Bağımlılığı Tedavi İzlem Sistemi (TUBATİS)" **üzerinde bulunmaktadır. Ve yine ilaç atamaları da bu sistem üzerinden yapılmaktadır. Bu sisteme giriş yetkisi sağlık bakanlığı tarafından sertifikalandırılmış olan hekimlere mümkün olmaktadır.**

Ülkemizdeki sigara bırakma polikliniği hizmetleri, 23 Kasım 2011 tarihli ve 28121 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik" hükümleri kapsamında yürütülmektedir. **Göğüs hastalıkları** branşı **için de aynı yönetmelik** geçerlidir ve Göğüs Hastalıkları Uzmanları da bu yönetmeliğe uymaktadır. **İsteyen her hekim sağlık bakanlığı onaylı sertifikası olduğu takdirde sigara bırakma polikliniğinde çalışabilir. Ancak sıklıkla şu hekimler sigara bırakma polikliniği yaparlar; göğüs hastalıkları uzmanları,** aile hekimleri, halk sağlığı uzmanları, psikiyatri uzmanları, pratisyen hekimler. Konu ile ilgili olarak eğitim almış bir hekim, randevu sistemi ile polikliniğe başvuran kişilere sigarayı bırakmaya yardım hizmeti vermektedir. Her gün 2-3 yeni hasta, 3-5 kontrol hastası olmak üzere ortalama 5-7 hasta ile görüşme önerilmektedir. Bu sayı daha da fazla olabilmektedir. Her hastaya ilk görüşmede yaklaşık 30-45 dakika, kontrol görüşmelerinde 15-20 dakika zaman ayrılması önerilmektedir fakat G**öğüs h**astalıkları uzmanlığının yoğun iş yükü arasında bazen bu süre 10 dakikaya düşebilmektedir. Kan tetkikleri, EKG vb. tetkikler yanında solunum fonksiyon testi (SFT) ve akciğer grafisi çoğu göğüs hastalıkları uzmanı tarafından görülmek istenmektedir. KOAH GOLD A grubu hastalarda olduğu gibi semptomatik olmaması nedeniyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmayan hastalar sigara bırakma polikliniğinde SFT ile yakalanabilmektedir. Ayrıca semptomatik olmadıkça tanı alamayan akciğer kanseri hastaları da çekilen akciğer grafisiyle erken evrede yakalanılabilmektedir. Göğüs hastalıklarında sigara bırakma polikliniğinin olmazsa olmazı SFT ve akciğer grafisidir. Hem KOAH hem de akciğer kanserinin en büyük risk faktörünün sigara olduğunu bilmekteyiz. Bu testler sigara bırakmada hastalar için ayrıca motivasyon aracı olarak da kullanılmaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerimizde hemşire ayrı bulunmamakla birlikte, yönetmelikte önerilen ve bulundurulan hemşire SFT yapan hemşiredir. Tıbbi sekreterin çoğunlukla sigara bırakma polikliniği için ayrı eğitilmiş olmaması nedeniyle hastaya yaklaşımlarda sıkıntı yaşanabilmektedir. Psikolog varsa psikolog görüşü alınabilmekte yoksa gereklilik halinde psikiyatri konsültasyonları yapılmaktadır.

Sonuç olarak; göğüs hastalıkları Uzmanı tarafından yapılan sigara bırakma polikliniği hastaya hem bırakmada motivasyon olmakta hem de KOAH, akciğer kanseri gibi sigara ile ilişkisi yüksek olarak gösterilmiş hastalıklarının yakalanması **için fırsat olmaktadır. Göğüs hastalıkları sigara bırakma p**oliklinik işleyişini daha da iyileştirmek için göğüs hastalıkları uzmanının sigara bırakma poliklinik hastasına daha fazla zaman ayırabilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılması gereklidir. Ayrıca tıbbi sekreter ve hemşire eğitimi, ortamın uygunluğu gibi diğer faktörlerin düzenlenmesi sigara bırakma poliklinik işleyişini iyileştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma polikliniği, göğüs hastalıkları, konsültasyon

YAZARLARA BİLGİ

Tanımlama

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi alkol/madde ve davranışsal bağımlılıklar ile tedavileri konusunda günceli yakalamakla ilgilenen klinisyenler ve sağlık profesyonelleri için açık erişimli ve hakemli bir dergidir. Dergi orjinal makaleler, gözden geçirmeler, uzman görüşleri ve söyleşilere ev sahipliği ederek bağımlılık ve ilişkili bozuklukların tüm yönlerine ilişkin güncel bilgi sağlamaktadır. Güncel Bağımlılık Dergisi yayınlama ücreti talep etmemekte ve yılda dört kez yayınlanmaktadır.

Sunulan yazılar hızla değerlendirilerek 30 gün içerisinde ilk sonuca ulaşır. Kabul edilen yazılar 45 gün içerisinde online ilk olarak yayınlanır ve kabulden 3-6 ay sonra basılı şekilde yayınlanır. Dergi makale gönderme, değerlendirme ve izleme süreçlerinde online sistem kullanmaktadır. Yazıların değerlendirme süreci derginin danışma kurulu üyeleri tarafından yapılır; bir yazının yayınlanabilmesi için en az iki bağımsız değerlendirmecinin onayını takiben editörün onayı gerekmektedir.

Genel İlkeler ve Yayın Politikası

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisinin kapsamı madde ilişkili bağımlılıklar ve davranışsal bağımlılıklar üzerine genetik, nörobiyolojik, klinik ve psikolojik araştırmaları içeren bağımlılık pratiğindeki gelişmelerdir. Dergi madde ile ilişkili bozukluklar ve davranışsal bağımlılıklar üzerine orjinal araştırma, gözden geçirme ve uzman görüşü gibi tam makale ve vaka sunumları, mektuplar ve öneriler gibi kısa söyleşi sunumlarını kabul eder.

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi, uluslararası araştırma ve yayın etiği standartlarına uymaktadır. Bu bildirge Committee on Publication Ethics (COPE), Council of Science Editors (CSE), World Association of Medical Editors (WAME) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) adlı kuruluşların dergi editörleri için geliştirdikleri öneri ve kılavuzlar temel alınarak hazırlanmıştır ve COPE tarafından yayınlanan temel prensip klavuzlarını tavsiye eder. WAME http://www.wame.org/policies-and-resources ve ICMJE http://www.icmje.org/recommendations/browse/about-the-recommendations/

Daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirmede olmayan ve her bir yazar tarafından onaylanan makaleler Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisinde değerlendirilmek üzere kabul edilir. Yazıların daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka dergiye gönderilmemiş olması gerekir. Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların yayın hakları 'Telif Hakkı Devir Formu'yla dergiye devredilir. Yayımlanan yazılar için herhangi bir karşılık ödenmez, bir ücret alınmaz.

Editör ve dil editörleri dil, imla ve kaynakların Index Medicus'ta geçtiği gibi yazılmasında ve ilgili konularda tam yetkilidir. Eğer makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisine yayınlanmak üzere gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez ve yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez. Yayına kabul edilmeyen makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez. Dergimiz, yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda COPE tarafından geliştirilen Yayın Etiği Akış Şemalarını temel alır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için lütfen şu adrese başvurunuz: http:// publicationethics.org/resources/flowcharts

Yazarlık ve yazar sorumlulukları konusundaki ICMJE yönergeleri için şu adrese başvurunuz: http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi açık erişimli

bir dergidir. Bu nedenle bilimsel literatürün internet aracılığıyla finansal, yasal ve teknik bariyerler olmaksızın, erişilebilir, okunabilir, kaydedilebilir, kopyalanabilir, yazdırılabilir, taranabilir, dizinlenebilir, tam metne bağlantı verilebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir biçimde kamuya ücretsiz açık olması anlamına gelmektedir. Bu tanım Budapeşte Açık Erişim İnisiyatifi bildirisi ile uyumludur.

Dil

Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisi yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Yazım kuralları

Yazılar A4 boyutlarında her kenarda 2.5 cm. kenar boşluğu bırakılarak, çift satır aralıklı yazılmalı ve e-posta ile gönderilmelidir. Araştırmalarda ve özgün yazılarda kelime sayı sınırlaması yoktur. Kelime sayısı olgu sunumunda 1250, editöre mektup, kitap ve tez tanıtımında ise 500 sözcüğü geçmemelidir.

Makalelerde aşağıdaki sıra takip edilmelidir ve her bölüm yeni bir sayfa ile başlamalıdır: 1) başlık sayfası, 2) özet, 3) metin, 4) teşekkür / 5) kaynaklar ve 6) tablo ve/veya şekiller. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır.

Başlık

Başlık sayfasında, yazarların adları, akademik unvanları ve yazışılacak yazarın tam adres, telefon ve faks numaraları ile e-mail adresi mutlaka bulunmalıdır.

Özet ve Anahtar Sözcükler

Özetler bir makalenin birçok elektronik veri tabanında yer alan en belirgin kısmı olduğundan, yazarlar özetin makalenin içeriğini doğru olarak yansıttığından emin olmalıdır. Özet çalışmanın temeliyle ilgili bilgi vermeli ve çalışmanın amacını, temel prosedürleri, ana bulguları ve temel çıkarımları içermelidir. Çalışmanın ya da gözlemlerin yeni ve önemli yönleri belirtilmelidir.

Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler en az 400 ve en fazla 500 kelime arasında olmalı ve aşağıdaki gibi yapılandırılmalıdır. Yaz içerik olarak sırasıyla; Amaç/ Objective; Yöntem(ler)/ Method(s); Bulgular/ Results; Sonuç(lar)/Conclusion(s) kısımlarından oluşturulmalıdır. Başlıklarıyla Türkçe ve İngilizce özetler derleme ve olgu sunumlarında 100-200 sözcük arasında yazılıp Index Medicus'a göre 3-8 anahtar sözcük eklenmelidir.

Giriş

Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, hipotez ve çalışmanın amacından söz edilmelidir. Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir.

Yöntem

Yöntem bölümünde, veri kaynakları, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/ değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

Bulgular

Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla önce en önemli sonuçlar olacak şekilde verilmelidir.

Tartışma

Tartışma bölümünde, o çalışmadan elde edilen verileri yazın taramasında elde edilen verileri destekleyen ve desteklemeyen yönleri ile irdelenmeli benzer ve farklılıkları varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçları vurgulanmalıdır. Gerektiğinde yeni hipotezler ortaya konmalı, ancak bunların yeni hipotezler olduğu belirtilmelidir. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır.

Tablo, Grafik ve Şekiller

Tablo ve şekiller ayrı sayfaya konmalı, yazıdaki yeri belirtilmelidir. Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar numaralandırılmalıdır.

Teşekkür

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kaynaklar

Kaynaklar yazının sonunda 'Kaynaklar' başlığı altında bildirilmelidir. Kaynaklar metindeki geçiş sırasına göre numaralandırılıp dizilmelidir. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Metin içinde ise parantez içinde belirtilmelidir. Yazar sayısı altıdan azsa tümü, altıdan çoksa, ilk altısı belirtilerek 've ark.' ifadesi kullanılmalıdır.

Tek tip kurallar esas olarak Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine, NLM)

tarafından uyarlanmış olan bir ANSI standart stilini kabul etmiştir. Özetler, kişisel görüşmeler, yayımlanmamış yazılar kaynak olarak gösterilmemelidir. Dergi isimleri Index Medicus'taki şekilleriyle kısaltılmalıdır.

Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.

1. MedLine'da yer alan ve kısaltması MedLine'a göre yapılan dergi makalesi için;

Nurmedov S, Metin B, Ekmen S, Noyan O, Yilmaz O, Darcin A, Dilbaz N. Thalamic and Cerebellar Gray Matter Volume Reduction in Synthetic Cannabinoids Users. Eur Addict Res. 2015;21(6):315-20.

2. MedLine'da yer almayan ve kısaltması olmayan dergi makalesi için;

Güz H, Önder ME. Alkol bağımlılığının farmakolojik sürdürüm tedavisi. 3P (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji) Dergisi,1996; 4 (Ek Sayı 2): E37-E43.

3. Baskıdaki makale için;

Littlewhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. Science 2002 (in press).

4. Bildiri – Yayımlanmış;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Bildiri Adı. A. Editör (Ed.). Kitap Adı (sayfa numaraları). Yayın Yeri: Yayınevi.

5. Bildiri – Yayımlanmamış;

Konuşmacı,(Ay yyyy). Bildiri Adı [Bildiri]. Toplantı Adı, Toplantı Yeri.

6. Poster;

Yazar, A. (Ay yyyy). Posterin Adı [Poster]. Toplantı Adı, Toplantı Yeri.

7. Kitap bölümü için örnek;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Yayın adı. A. Editör (Haz./Ed.). Kitap adı (Yayının sayfa numaraları). Yayın yeri: Yayınevi.

8. Kitap çevirisi için;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Kitap adı (A. Soyadı, Çev.). Yayın yeri: Yayınevi. (Kaynak yapıtın yayın yılı).

9. Tez;

Yazar, A. (Yayın Yılı). Tez Adı. Yüksek lisans/Doktora/Sanatta yeterlik tezi, Üniversite Adı, Yer.

Makalenin Gönderilmesi:
Güncel Bağımlılık Araştırmaları dergisine yazı gönderimi, web sitesi www.currentaddiction.org &

http://my.ejmanager.com/car/ üzerinden yapılmakta olup hakem süreçlerinin takibi de bu yolla yapılabilmektedir.

Yazışma Adresi:
Prof. Dr. Nesrin Dilbaz
Elektronik posta adresi: car@uskudar.edu.tr
Tel & Faks: 02166330633
Adres: Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Sok. No:18 34768 Ümraniye/İstanbul/Turkiye

ÜSKÜDAR UNIVERSITY

With Üsküdar University's Master's and Doctorate Programs

TO HAVE A "BETTER" FUTURE

INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

Master's Degree Programs

- **Applied Psychology** (Thesis / Non-Thesis)
- **Clinical Psychology** (Thesis / Non-Thesis)
- **Family Counseling** (Thesis)
- **International Relations** (Thesis / Non-Thesis)
- **Media and Cultural Studies** (Thesis / Non-Thesis)
- **Neuromarketing** (Thesis / Non-Thesis)
- **New Media and Journalism** (Thesis / Non-Thesis)
- **Sociology** (Thesis)
- **Visual Communication Design** (Thesis / Non-Thesis)

Doctorate Degree Program

- **Psychology**

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Master's Degree Programs

- **Addiction Counselling and Rehabilitation** (Thesis / Non-Thesis)
- **Child Development** (Thesis / Non-Thesis)
- **Department of Nursing**
  - **Child Health and Diseases Nursing** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Community Mental Health Nursing** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Internal Diseases Nursing** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Psychiatric Nursing** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Women's Health and Diseases Nursing** (Thesis / Non-Thesis)
- **Health Informatics** (Thesis / Non-Thesis)
- **Health Management** (Thesis / Non-Thesis)
- **Neuroscience** (Thesis / Non-Thesis)
- **Occupational Health and Safety** (Thesis / Non-Thesis)
- **Physiotherapy and Rehabilitation** (Thesis)
- **Social Work** (Thesis / Non-Thesis)
- **Speech and Language Therapy** (Thesis)

Doctorate Degree Programs

- **Health Management**
- **Speech and Language Therapy**
- **Molecular Neuroscience**
- **Neuroscience**
- **Nursing**
- **Occupational Health and Safety**

INSTITUTE OF SCIENCES

Master's Degree Programs

- **Biotechnology** (Thesis / Non-Thesis)
- **Bioengineering** (Turkish / English) (Thesis / Non-Thesis)
- **Computer Engineering** (Turkish / English) (Thesis / Non-Thesis)
- **Cyber Security** (Turkish / English) (Thesis / Non-Thesis)
- **Electrical - Electronic Engineering** (English) (Thesis / Non-Thesis)
- **Molecular Biology** (Thesis / Non-Thesis)

INSTITUTE FOR SUFI STUDIES

Master's Degree Programs

- **Sufi Culture and Literature** (Thesis / Non-Thesis)

Doctorate Degree Programs

- **The Thought, History, and Literature of Islamic**

INSTITUTE OF ADDICTION AND FORENSIC SCIENCES

Master's Degree Programs

- **Criminal Justice** (Thesis / Non-Thesis)
- **Forensic Sciences**
  - **Forensic Informatics and Digital Evidence** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Crime Prevention and Analysis** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Crime Scene Investigation and Criminalistics** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Chemistry** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Genetics** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Molecular Biology** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Nursing / Midwifery** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Psychology and Behavioral Evidence** (Thesis / Non-Thesis)
  - **Forensic Toxicology** (Thesis / Non-Thesis)

Doctorate Degree Programs

- **Forensic Sciences**

ÜSKÜDAR UNIVERSITY
ISTANBUL 2011

Turkey's Brain Base

Online application continues!

+90 216 400 22 22 +90 216 400 22 22

uskudar.edu.tr/en

ÜSKÜDAR
UNIVERSITY

One more step to understand human...

www.uskudar.edu.tr facebook.com/uskudaruniversitesi twitter.com/uskudaruni