

Psikiyatri ve Bağımlılık Tedavisi Servislerinde Sigara Yasası

Mehmet Akif ERSOY *

ÖZET

Diğer bağımlılıklardan farklı olarak halen toplumsal kabul gören sigaranın topluma açık alanlarda içilmesi giderek daha yaygın olarak yasaklanmaktadır. Hastaneler yasaklı alanlardan başlıcası olmakla birlikte psikiyatri servislerinde sigaranın yasaklanması ayrıca tartışılması gereken bir konudur. Bu yazıda psikiyatri ve bağımlılık servislerinde sigara yasağının olası sonuçlarının neler olabileceği ve ortaya çıkan sorunlar karşısında neler yapılabileceği tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sigara bırakma, sigarasız hastane, nikotin bağımlılığı

Düşünen Adam; 2001, 14(1): 4-9

SUMMARY

Smoking which is still a socially acceptable addiction unlike other addictions, is more and more prohibited in public places. Hospitals are one of the major ones of the prohibited areas. In spite of this fact, establishing smoke-free psychiatric and dependency units is not an easy task and should be discussed. This paper aims to clarify the possible outcomes of smoking cessation and prohibition in psychiatric wards and dependency units, and solutions to possible problems that may arise.

Key words: Smoking cessation, smoke-free hospital, nicotine dependence

GİRİŞ

Psikiyatri hastaları içinde sigara kullanma oranı toplum geneline göre çok daha yüksektir. Ayaktan hastaların % 50'si, bipolar I hastalarının % 70'i, şizofrenlerin % 90'ı sigara kullanmaktadır. Diğer taraftan, depresyon ve anksiyete hastaları normal popülasyona göre sigarayla daha zor bırakılmaktadırlar ⁽¹⁾.

Halk arasında olduğu kadar sağlık çalışanları arasında da, tütün kullanımı sıklıkla diğer maddelerle aynı kapsamda değerlendirilmemekte ve bir madde bağımlılığı gibi görülmemektedir. Oysa, Amerika Birleşik Devletleri'nde tütün kullanımının verdiği zarar alkolün indirekt olarak yol açtığı trafik yaralanma-

ları, homisid ve suisid gibi zararlar da dahil olmak üzere, kötüye kullanılan diğer bütün maddelerin verdiği zarardan daha fazladır ⁽²⁾. Türkiye'de de durumun benzer olduğu düşünülebilir.

Sigara firmaları sigaranın bağımlılık olmadığını ileri sürmektedirler. Hatta R. J. Reynolds firmasının bir yetkilisi işi "Sigara içmenin bağımlılık olduğunu iddia etmek şeker yemek, kahve içmek, video oyunları oynamak ve TV seyretmek gibi pek çok zevkli şeyleri bağımlılık saymak gibi kötü bir eğilimin parçasıdır" demeye kadar vardırabilmiştir ⁽³⁾. Bu yaklaşım sigarayla savaşı daha da zor hale getirmektedir.

Toplum, eğer kullanılan madde yalnızca kullanana

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

zarar veriyorsa daha toleranslı davranmaktadır. Sigaranın başkalarına zarar vermesine rağmen sigara için bu tolerans halen geçerlidir. Bu zarar hem çevreye yayılan duman hem de sağlığa bütçeden ayrılan büyük miktardaki para yoluyla olmaktadır. Toplumun, sigaranın çevreye bu şekilde zararını kavramasıyla sigara içenler giderek daha fazla baskı altında kalacaktır. İşe alma, sigorta masrafları gibi maddi zorluklar ve sosyal kabul edilirliliğin azalması sigara içenleri bekleyen sorunlar arasındadır⁽⁴⁾.

Sigara içiminin yasaklanması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek yaygınlaşıyor. Sigaranın yalnız içene değil çevresindekilere de verdiği zarar nedeniyle kamu binalarında ve halka açık bazı diğer yerlerdeki sigara yasağı günden güne kapsamını genişletiyor.

Psikiyatride sigara yasağı

Psikiyatri kliniklerinde sigara içiminin yasaklanmasının hastalar üzerindeki etkileri incelendiğinde konunun tartışılması gerektiği görülmektedir. bir yandan hastalıklarıyla uğraşan diğer yandan kapalı serviste kalmanın ve zaman zaman diğer hastalarla etkileşimin zorluklarını yaşayan hastanın sigara içmesini yasaklamanın, kompliansı ve primer rahatsızlığı nasıl etkilediği dikkate alınmalıdır.

Greeman ve McClellan 60 yataklı kapalı serviste uygulanan sigara yasağı sonucunda ortaya çıkan problemlerin beklenenden çok daha az olduğunu söylüyorlar⁽⁵⁾. Greeman ve McClellan'ın karşılaşmaya hazır olunması gerektiğini söylediği önemli bazı sorunlar şöyledir: Özellikle gönüllü olarak yatmayan ve uzun süre hastanede kalmaları gereken hastalarda bırakma sonrası ortaya çıkan sorunlarla başetmek zor olabilir. Psikotik bir hasta, sağlığı için sigaranın yasaklandığını anlayabilecek ve danışma, nikotin sakızı gibi sigara bırakma tedavilerine uyum göstermesi için gerekli bilişsel becerilerden yoksundur. Eğer tam bir yasaklama uygulamak isteniyorsa sigara içiminin aniden kesilmesinin zor olduğu hastaların barındırılması için bazı önlemlerin alınması gerekecektir. Serviste sigara alışkanlığı olan hastaların % 10'unda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yazarların örnek verdiği, mahkeme kararıyla yatırılan paranoid şizofreni tanılı, yatış öncesi günde iki paket sigara içen bir hasta daha önceki yatışlarında sorun-

suz olmasına karşın sigara yasağından sonraki yatışında hemşire ve personele pek çok kez saldırgan davranışta bulunuyor. mahkeme kararıyla yatırılmış olması nedeniyle de başka bir yere nakli mümkün olmuyor. Hasta sigarayı bırakma yardım ve tedavisi önerilerine koopere olmuyor. Bipolar bozukluk ve demans tanısıyla yatırılan günde 3 paket içen bir hasta ise sigara içme yasağını demansı nedeniyle anlayamıyor ve tedavi ekibi bütün tedavi çabalarını sigarayı bırakmaya bağlı stresle başetmek için harcıyorlar. Bir süre sonra hasta sigara yasağının olmadığı başka bir hastaneye nakledilmek zorunda kalınıyor. İntihar girişiminde bulduktan sonra kendi isteğiyle yatan başka bir hasta kısa süre sonra taburcu olma talebinde bulunuyor ve mahkeme kararıyla buna izin verilmiyor. Hastanın intihara eğilimli olması nedeniyle servis dışında sigara içmesine de izin verilemiyor. Daha önceki yatışlarındaki saldırgan davranışları bilinen başka bir hastanın servis dışında sigara içmesine izin verilip verilmemesi tedavi ekibi arasında ciddi bir çatışmaya neden oluyor. Bu çalışmada sigara yasağının üzerinden iki yıl geçmesine rağmen az da karşılaşılsa bu türden ciddi sorunların sıklığında herhangi bir azalma görülüyor.

Sigara yasağı sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlarla başedebilmek için Greeman ve McClellan şu öneri ve uyarılarda bulunuyorlar: ❶ Yatırılan hastaların sigarayla ilgili kısıtlamalar konusunda bir an önce bilgilendirilmesi, alternatif ayarlamaların yapılabilmesi için gereklidir; ❷ Özellikle kendi istekleri dışında yatan ve sigarayı bırakamayan hastalar için ayrı bir bölümün ayrılması gereklidir; ❸ Bu yapılamıyorsa daha iyi durumdaki bir hastayla birlikte servis dışında sigara içilmesine izin verilebilir; ❹ Hastanın dışarıya çıkarılmadığı durumda servisin iyi havalandırılmış bir bölümünde sigara içilmesine izin verilebilir; ❺ Sigara kısıtlamasında hastayla direkt olarak muhatab olan personelin eğitimi ve desteklenmeleri gereklidir; ❻ Sigara yasaklanmasının duygusal, etik ve kanuni yönlerinin gözden uzak tutulmaması ve üzerinde düşünülmesi gereklidir; ❼ Yasaklama yoluna giderken hastanenin özel koşulları ve hizmet verilen hasta popülasyonunun özellikleri dikkate alınmazsa ciddi sorunlarla karşılaşılabilir.

Bizim tecrübelerimiz kapalı serviste izlemi gerektirecek kadar ağır psikiyatrik sorunları olan has-

talarda sigaranın tamamen yasaklanmasının son derece güç olduğu yönündedir. Şimdilik uygulama sigara içilebilen ama konforsuz bir mekanın sigara içimi için ayrılması şeklindedir.

Sigarayı bırakmanın psikiyatrik teşhis ve tedaviye etkisi de dikkate alınması gereken diğer bir konudur. Nikotin yoksunluk belirtilerinden olan anksiyete, yalnızca bir yoksunluk belirtisi olabildiği gibi anksiyete bozukluğu olan bir hastada nikotin anksiyeteyi azaltıcı etkisinin kalkması sonucu da gelişebilir (6). Eğer anksiyete zaman içinde azalırsa yoksunluk belirtisi olduğu düşünülebilir. Uzamış yoksunluk belirtilerinin sigara bırakıldıktan sonra görülmemesi nedeniyle, eğer anksiyete devam ederse altta yatan bir anksiyete bozukluğuna bağlı olma ihtimali daha fazladır. Nikotin yoksunluğu 1-2 hafta içinde zirveye ulaşır, 3-4 hafta içinde bırakma öncesi seviyeye iner. Nikotin yoksunluğu belirtilerinden olan nabzın düşmesi (tipik olarak dakikada 6-12 atım düşer) alkol-madde yoksunluk belirtilerini, anksiyete bozukluklarını veya trisiklik antidepresanlara bağlı taşikardiyi maskeleyebilir. Sigara bırakıldıktan sonra 1 ay içinde alınan 1-2 kilo hasta tarafından kullanılan antidepresanlara bağlanabilir ve ilaç kompliansı düşebilir. Nikotin yoksunluğu uyku arasında uyanmaları ve muhtemelen REM yoğunluğunu artırarak rüyaların yoğunluğunu artırır. Bu belirtiler ortaya çıktığında tedavi edilen asıl psikiyatrik bozukluğa değil nikotin yoksunluğuna bağlı olabileceği unutulmamalıdır. Anksiyete, öfke, huzursuzluk, sabırsızlık, irritabilite nikotin yoksunluğunun en rahatsız edici belirtileridir. Sigarayı yatış sırasında mecburen bırakan hastalarda bu belirtiler direkt olarak nikotin yoksunluğuna bağlı olabileceği gibi, sigara içme ayrıcalığı elinden alınmasına bağlı olarak da gelişebilir.

Bağımlılık tedavi biriminde sigara yasağı

Alkol kullananlar arasında nikotin bağımlılığının oranı diğer popülasyona göre 2-3 kat daha fazladır (7,8). Sigara ve alkolün sinerjistik etkiyle daha fazla kanser riskine yol açtığını gösteren epidemiyolojik veriler artmaktadır. Alkol ve sigara kullanımını birlikte sinerjistik etkiyle motorlu kazaları, özofagus, ağız ve farinks kanseri risklerini arttırıyorlar (4). Nikotin bağımlılığı diğer yasadışı maddelerle aynı ölçüde sosyal, iş ve hukuki sorunlara yol açmamakla

birlikte, tıbbi sakıncaları ve yaşamın erken dönemlerinde düzenli kullanımının zamanla diğer maddelerin kullanımına yol açması (9) nedeniyle psikiyatrik müdahaleyi önemli kılmaktadır.

Hastanede yatan hastalarda, psikiyatrik hastalarda, lise öğrencilerinde alkol kullananların kullanmayanlara göre daha fazla sigara içtikleri gösterilmiştir (10). Mintz ve arkadaşları yaptıkları deneyde laboratuvar koşullarında alkol alımından sonra daha fazla ve hızlı sigara içtikleri, içtikleri sigaradan aldıkları dumanın daha fazla olduğunu göstermişlerdir (10). Deneysel olarak alkol alınan fakat sigara içilmesine izin verilmeyen günlerde deneklerin sigara aramaları (craving) daha fazla olmuştur. Alkol almadıkları günlerde daha az sigara içenler ise, alkol kullandıkları günlerde içtikleri sigara miktarını göreceli olarak daha fazla arttırıyorlar. Alkolün yalnızca sigaranın yakılması ve elde tutma davranışını değil dumanın içe daha fazla alınmasını arttırması önemli bir bulgudur. Alkoliklerin % 90'ından fazlası sigara kullanmaktadır ve bu oran genel popülasyondaki sigara kullanım oranından daha fazladır. Fazla miktarda alkol kullananlar sigarayı bırakmaya daha az teşebbüs etmektedirler (4).

Bağımlılık birimlerinde sigara yasağı öncesi ve sonrası dönemde başvuran hastalar arasında bağımlılık tedavi programını erken sonlandırma açısından fark bulunamamıştır. Sigarasız tedavi programı öncesinde diğer bağımlılıklar için başvuran hastaların % 24'ü sigarayı bırakmak istediklerini söylerken, sonrası dönemde % 61'i istemiştir. Sigarasız bağımlılık ünitesinde tedaviden bir yıl sonraki sonuçlara bakıldığında sigara yasağı sonrası yatan hastaların önceki döneme göre sigarayı biraz daha fazla bıraktıkları, sigara yasağının diğer madde bağımlılıklarının tedavi sonuçlarını etkilemediği bulunmuştur. Araştırmacılar bu bulgularla sigaranın bağımlılık tedavisi sırasında bırakılmasının fizibilite ve sigarayı bırakma motivasyonunu artırma açılarından olumlu olduğunu söylüyorlar. Miller ve arkadaşları alkol tedavisi öncesi sigarayı bırakanların alkol içme davranışını daha iyi kontrol ettiklerini söylüyorlar (11). Sigarayı bırakmış olanların relaps oranları ise alkol aldıklarında artmaktadır (12).

Bunu destekleyen çeşitli hipotezler vardır: Arama davranışıyla başatmede yardımcı becerilerin öğ-

retilmesi, stresi azaltıcı teknikler ve alternatif davranış paternleri geliştirme gibi nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan teknikler, alkol ve madde tedavisi teknikleriyle büyük ölçüde benzeşiyor. Bağımlılık davranışları sıklıkla birbirini tetikleyici rol oynuyor ve sigara içmeye devam etmek alkol ve madde kullanımı için uyarıcı oluşturabiliyor. Alkol kullanırken sigara içmeyi sevenlerin alkolü bıraktıktan sonra sigarayı daha kolay bırakabildikleri söylenmektedir (13). Alkol, madde ve sigara için iyileşme süreci ve tedavi prensipleri birbirine benziyor. Ayrıca alkol, sigara ve opiatlar için relaps oranları birbirine yakındır (4).

Alkol ve nikotin arasında önemli bazı farklılıklar da vardır. Nikotin beyne alkolden çok daha çabuk ulaşmaktadır; yarılanma ömrü daha kısadır ve bu nedenle daha sık alınır. Sigara içenlerin % 90'ı fiziksel bağımlı iken, alkol kullananların çoğunluğu ara sıra kullanmaktadırlar (4).

Alkol ve sigara arasındaki ilişkinin ve bunun mekanizmasının daha iyi anlaşılması sigara içmeye iten motivasyonları ve bırakmış olanlarda abstinansı tehdit eden faktörleri anlamamız açısından yardımcı olacaktır.

Bağımlılık tedavisi biriminde yatmakta olan hastalarda sigaranın yasaklanması ayrıca değerlendirilmiştir. ASAM (American Society of Addiction Medicine) tarafından nikotin bağımlılığı komitesi ilk kez 1985 yılında oluşturuldu ve tütünden arındırılmış bir bağımlılık tedavisi 1991 yıllık toplantısında workshop olarak gündeme getirildi (15). Sigaradan arındırma politikası içicileri tedavi etmek için önemli olmasına karşın başlı başına bir tedavi seçeneği değildir. Bununla birlikte bazı önemli sonuçlar doğurur. Sigara içenler için sigara içme olanaklarını kısıtlar, böylelikle içilen sigara miktarı azalır ve bırakma girişimlerini teşvik edebilir. Dolaylı olarak sigara içme davranışı üzerine etkileri olabilir. Sigaranın sosyal kabul edilirliliği hakkında kuvvetli bir mesaj niteliği taşır ve sigara içmemenin norm olduğu algısını kuvvetlendirir. Oldukça önemli diğer bir faktör de sigara içmenin diğer bağımlılık tedavilerini engelleyici etkisinin olabilmesidir.

Alkol sorunu olan birinin sigarayı bırakmasıyla ilgili cevaplanması gereken bazı sorular vardır. İlk sorun

zamanlamayla ilgilidir. Düzelmekte (recovering) olan alkol bağımlısı içme davranışını kontrol edildikten hemen sonra mı sigarayı bırakmayı denemeli yoksa belirli bir sürenin geçmesini mi beklemelidir? Daha ciddi alkol ve sigara kullanım öyküsü olanların sigarayı bırakmada, daha ılımlı kullananlara göre başarı şansları daha mı azdır? Sigarayı bırakma girişimi düzelen alkol bağımlısının abstinansını sürdürmesine etkisi var mıdır? Bu sorulara verilecek olan yanıtlar alkol ve sigaranın birlikte bırakılması konusunda daha kesin bir tutum takınılmasını sağlayacaktır.

Bobo ve arkadaşları son altı ayda hiç alkol almamış, en az bir yıl günde bir paket veya daha fazla sigara kullanan ve yatarak alkol tedavisinden sonra en az bir kez "ciddi" sigara bırakma girişimi olan 77 alkol bağımlısı hastada yaptıkları araştırma sonuçlarına dayanarak alkol bağımlılarının, ayıklıklarını (abstinans) tehlikeye atmadan sigarayı başarıyla bırakabileceklerini söylüyorlar (16). Ancak bu araştırma sonuçlarına göre alkol bağımlıları arasında Michigan Alkolizm Tarama Testinde daha fazla puan alanlar, yatarak alkol tedavisi için daha fazla başvurmuş olanlar, alkolizm tedavisi sırasında daha yoğun biçimde sigara içenler ve sigaraya bağlı daha fazla sağlık sorunları olanlar için sigarayı bırakma girişiminin daha zor olduğu anlaşılıyor. Bobo ve arkadaşlarına göre, yatarak alkol tedavisini takibeden ilk altı aydan sonraki sigarayı bırakma girişimlerinin başarılı olma olasılığı biraz daha fazladır.

Sigara; hem hastalar hem de bağımlılık tedavi merkezlerinde çalışan ekip tarafından diğer madde bağımlılıklarından farklı algılanıyor (17). Sigarasız bir tedavi ünitesi oluşturmadaki temel çekingenlik hastaların böyle bir servise yatmayı istemeyecekleri ve sigara içen tedavi ekibinin direncidir. Sigara içen sağlık ekibi hastaların sigara içmelerine içmeyenlere oranla daha az karışmaktadır.

Bağımlılık birimine başvuran alkol ve diğer madde bağımlılarının % 53'ünün sigarayı bırakmak istedikleri; % 46'sının aynı zamanda sigara bırakma programına dahil olmaya istekli oldukları bildirilmiştir (18). Bobo ve arkadaşları alkol bağımlılığıyla eş zamanlı olarak sigaranın da bırakılabileceğini, alkol relapsının sigara relapsına da yol açabileceğini bildiriyorlar (19).

Goldsmith ve arkadaşları ABD genelinde sigara kısıtlaması uygulamasının yapıldığı 19 bağımlılık tedavi biriminde bu uygulamayı incelemişler ve uygulamanın yerleşmesinde rol oynayan en önemli üç faktörü hastanın sağlığı, anahtar rol oynayan bir liderin bulunması ve sigara dumanı kirliliğine karşı değişen tutumlar olarak bildirmişlerdir (20). Uygulamanın yapıldığı 19 birimden beşinde sigara içmekte olan personelin en az yarısı sigarayı bırakmışlardır. Araştırmamanın çok önemli bir diğer sonucu da sigara yasağının potansiyel hastaları uzaklaştırmadığıdır. Tedavi birimlerinden hiçbiri hastalarda herhangi ters bir etkiden bahsetmemişlerdir. Nikotin bağımlılığı tedavisinin diğer bağımlılık tedavileriyle aynı zamanda nasıl yapılacağına dair henüz bir fikir birliğine varılamamıştır. Gönüllü mü olmalı yoksa zorla mı? Farmakolojik bir tedavi uygulamalı mı? Aynı sigara grupları mı yapılmalı yoksa genel bağımlılık grupları yapılabilir mi? Bu sorulara cevap henüz verilmiş durumda değil. Şu açık ki, amacı bağımlılığı tedavi etmek olan birimlerde sigara bağımlılığına izin verilmesi bir tezat oluşturuyor.

Naranjo ve arkadaşları fluoksetinin alkollü ve alkolsüz içecekler, sigara içimi ve kilo alımı üzerindeki etkilerini araştırdıklarında 60 mg/gün dozunda 4 hafta boyunca kullanıldığında alkol alımını azaltmasına karşılık sigara içiminde az da olsa artma olduğunu görmüşlerdir (21). Bobo ve Davis Nebraska'daki bağımlılık tedavi birimlerinde yaptıkları araştırmada klinisyenlerin alkol bağımlılığı tedavisindeki hastalarda en çok tavsiye ettikleri sigara bırakma yöntemlerinin sırayla destek gruplarına katılma (% 69), Adsız Alkolikler prensiplerine uyma, birden bırakma (% 45), kademeli bırakma (% 42) ve nikotin sakızı kullanma olduğunu bildiriyorlar. Araştırmaları sonucunda ortaya koydukları bazı noktalar şöyledir: 1. Alkol sorunlarının olması sigaranın bırakılması için çok büyük bir engel değildir; 2. Alkolle ilgili daha az sorunu olan kişilerin sigarayı bırakmaları daha kolaydır; 3. Tedavi aşamasında olan alkol bağımlılarının ve problemlili içicilerin aniden bırakma yöntemi ve nikotin sakızı kullanmaları durumunda uzun süreli bir içmeme dönemleri olabilir (8).

Fishman ve Earley madde, alkol ve nikotin bağımlılığı, yeme bozuklukları, seks ve kumar bağımlılığı gibi hastalıkları tedavi ettikleri merkezlerinde bütün bağımlılıkların temelinde aynı dürtünün yer aldığını

temel prensip olarak alıyorlar (22). Hastalara sigara dahil olmak üzere bütün madde bağımlılıklarının temelindeki "bağımlılık bozukluğu"yla bağlantılı olduğunu vurguluyorlar. Araştırmacılar sigara arındırma programı başladıktan sonra sigara bağımlısı olan bazı ekip üyelerinin aleyhte olmalarına rağmen bir süre sonra politikanın kabul görmesi ve desteklenmesi sonucunda sigarayı bıraktıklarını ve politikayı desteklemeye başladığını bildiriyorlar. Nikotin sakızı ve patch kullanarak yoksunluk bulgularını tedavi ediyorlar. Hergün yapılan toplantılarda hastalar öfke, hayal kırıklığı veya üzüntü gibi nikotin bağımlılığıyla mücadeleleri sırasında ortaya çıkan duygularını paylaşıyorlar.

Joseph ve arkadaşları tarafından, benzer bir yaklaşımla duygudurumu etkileyen bütün maddelerden kalıcı arınma, tedavideki tek amaç olarak alındı (17). Program uygulanmaya başladıktan sonra yatan hastalara, birincisi hastane genelinde uygulanan sigara içme yasağı, ikincisi nikotin bağımlılığı, yoksunluk belirtileri ve stresle başetme yöntemlerini içeren didaktik dersler, yazılı materyal, filmler ve nikotinle ilgili konuların görüşüldüğü tartışma gruplarından oluşan program olmak üzere iki uçlu bir bırakma girişimi uygulandı. Program öncesi ve sonrası yatan hastalar karşılaştırıldığında Joseph ve arkadaşları her iki grupta sigara içme oranları ve patternleri arasında fark olmamasına rağmen; programın uygulanmaya başlanmasından sonra sigara bırakmaya bağlı tedaviyi erken bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik olmadığını, her iki grubun da bina içindeki yasağa tam uyum gösterdiklerini, program sonrası yatanların % 41'inin, program öncesi yatanların ise % 9'unun hospitalizasyon sonrası bir haftadan uzun bir süre sigarasız kaldıklarını bildiriyorlar.

Bağımlılık birimindeki sigara yasağına uyulmadığı durumlarda ne yapılması gerektiği konusu henüz net değildir. Bir tek sigara içildiğinde ne tür bir uygulamaya gidilecek veya sigara yasağı tekrar tekrar çiğnendiğinde nasıl bir uygulamaya gidilecek sorusunun cevaplanması gereklidir (18).

Pletcher sigara içiminin de tıpkı diğer relapslar gibi görülmesi gerektiğini söylüyor. Taburculuk bir ihtimal olsa bile, olayın bireysel ve duruma göre değerlendirilmesi ve önce tedavi yoğunluğunun artırılmasının denenmesi önerilmektedir (23).

Son söz olarak sigaranın psikiyatri servislerinde bırakılması ya da en azından içiminin kısıtlanması hem diğer hastaların sağlığı açısından gerekli bir uygulamadır, hem de sigara içmemenin bir norm olarak yerleşmesi açısından gereklidir. Bağımlılık tedavisi birimlerinde ise gerekli önlemler alındığı ve tedavi programları düzenlendiği takdirde, sigaranın tamamen yasaklanmasının diğer bağımlılık tedavilerindeki başarıyı arttırması mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 8. Baskı, Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.
2. Solberg LI, Kottke TE: Smoking cessation strategies. "Flemming MF, Barry KL: Addictive Disorders" İçinde. Mosby-Year Book, Inc, St.Louis, 1992.
3. Gilbert DG: Smoking Individual Differences, Psychopathology, and Emotion, Taylor & Francis, 1995.
4. Joseph AM: Nicotine Treatment at the drug dependency program of the Minneapolis VA Medical Center A researcher's perspective. Journal of Substance Abuse Treatment 10:147-152, 1993.
5. Greeman M, McIellan TA: Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatry service. Hosp Community Psychiatry 42(4):408-412, 1991.
6. Hughes JR: Possible effects of smoke-free inpatient units on psychiatric diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 54:109-114, 1993.
7. Klatsky AL, Friedman GD, Siegelau AB, et al: Alcohol consumption among white, black, or Oriental men and women: Kaiser-Permanente multiphasic health examination data. American Journal of Epidemiology 105:311-323, 1977.
8. Bobo JK, Davis M: Cigarette smoking cessation and alcohol treatment. Addiction 88:405-412, 1993.
9. Henningfield JE, Clayton R, Pollin W: Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. Br J Addict 85(2):279-291, 1990.
10. Mintz J, Boyd G, Rose JE, et al: Alcohol increases cigarette smoking: A laboratory demonstration. Addictive Behaviors 10:203-207, 1985.
11. Miller WR, Hedrick KE, Taylor CA: Addictive behaviours and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers. Addictive Behaviors 8:403-412, 1983.
12. Shiffman SM: Relaps following somking cessation: A situational analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 50:71-86, 1982.
13. Zimmermann RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, et al: The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. Addictive Behaviors 15:197-207, 1990.
14. Pomerleau OF: What does research on nicotine and tobacco use have to offer alcohol researchers? British Journal of Addiction 85:247-250, 1990.
15. Karan LD: Towards a broader view of recovery. J Subst Abuse Treat 10(2):101-105, 1993.
16. Bobo JK, Gilchrist LD, Schilling II RF, et al: Cigarette smoking cessation attempts by recovering alcoholics. Addictive Behaviors 12:209-215, 1987.
17. Joseph AM, Nichol KL, Willenbring ML, et al: Beneficial effects of treatment of nicotine dependence during an inpatient substance abuse treatment program. JAMA 263(22):3043-3046, 1990.
18. Goldsmith RJ, Knapp J: Towards a broader view of recovery. Journal of Subs Abuse Treat 10:107-111, 1993.
19. Bobo JK, Schilling RF, Gilchrist LD, et al: The double triumph: sustained sobriety and successful cigarette smoking cessation. J Subst Abuse Treat 3(1):21-25, 1986.
20. Goldsmith RJ, Hurt RD, Slade J: Development of smoke free chemical dependency units. J Addict Dis 11(2):67-77, 1991.
21. Naranjo CA, Kadlec KE, Sanhueza P, et al: Fluoxetine differentially alters alcohol intake and other consummatory behaviors in problem drinkers. Clin PharmacolTher 47(4):490-498, 1990.
22. Fishman ML, Earley PH: Treatment centers-The sext challenge The Counterpoint unit at CPC Parkwood Hospital. J Subst Abuse Treat 10(2):133-137, 1993.
23. Pletcher VC: Nicotine treatment at the Drug Dependency Program of the Minneapolis VA Medical Center. A program director's perspective. J Subs Abuse Treat 10(2):139-145, 1993.