

Tütün İçimi Önlenmesinde Pratik Uygulamalar Ne Kadar Etkili?

Are Practical Approaches Effective in Tobacco Control?

Şule AKÇAY^a

^aGöğüs Hastalıkları AD,
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence:
Şule AKÇAY
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları AD,
Ankara, TÜRKİYE
msuleakcay@gmail.com

ÖZET Sigara bırakma tedavilerinin uygulanması hekim sorumluluğundadır. Tüm hekimler bu görevi üstlenmelidir. Ülkemizde varolan düzenlemeler hastaların sigara bırakma tedavi hizmetine ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır. Bu derlemede tüm bu düzenlemeler, tütün kontrolü basamakları ve sigara bırakma tedavileri gözden geçirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme; sigara bırakma; tedavi

ABSTRACT Smoking cessation treatment is under physicians' responsibility. All physicians including from primary care's to smoking cessation clinic's should be aware of smoking addiction treatment. The official requirements of national tobacco control programmes have been completed and facilitated to reach patients. In this article, it was reviewed the current status of smoking cessation treatment and developments of tobacco control programmes in our country.

Key Words: Smoking; smoking cessation; treatment

Türkiye Klinikleri Arch Lung 2012;13(Suppl):S81-S86

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bağımlılığı kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak tanımlar. Tütün kullanımı için de bu bağımlılık tanımı aynen geçerlidir. Düzenli olarak günde bir adet sigarayı en az bir aydır kullanan kişi nikotin bağımlısı olarak kabul edilir.¹

Bu derlemede tütün bağımlılarına yönelik ilaçla, ilaçsız veya her iki yöntemle de yapılan, bilimsel kanıta dayalı sigara bırakma yöntemleri güncel gelişmeler ışığında özetlenecektir.

TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TANIMI

Tütün bağımlılığı, DSM IV-TR'e göre; 12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası ile ortaya çıkan klinik olarak bozulmaya yol açan durum olarak tanımlanır:¹

1. Tolerans gelişmiş olması (aynı miktarda sigara kullanımı ile etkinin azalması, giderek artan miktarda kullanma)
2. Yoksunluk olması (sigara içilmediği zaman sinirlilik, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk ya da uykuya meyil, kabızlık vb)

3. Kişinin tasarladığından daha fazla miktarda veya daha uzun süre sigara kullanması
4. Sigara kullanımının bırakılması için sürekli bir istek ve çaba gösterilmesine rağmen bırakılamaması
5. Sigara kullanımı için çok fazla zaman ve para harcama
6. Sigara kullanımı yüzünden sosyal, mesleki ve boş zaman etkinliklerinin kısıtlanması
7. Sigaranın neden olduğu ya da alevlendirdiği hastalıklara rağmen (KOAİ, koroner arter hastalığı, kanser, tekrarlayan sinüzit vb) içimine devam edilmesi

■ TÜTÜN KONTROLÜ İLE İLGİLİ KÜRESEL VE ULUSAL MEVZUAT, YASAL DÜZENLEMELER

Tütün kontrolü, kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak, herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır. Bu amaca yönelik olarak herhangi bir tütün ürününün içimine başlanmaması, içenlerin bırakmasının sağlanması, tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi basamaklarını eşzamanlı olarak içeren bireye ve topluma yönelik faaliyetlerin tamamını içerir.

Ülkemizde 2008 yılının Ocak ayında ilk basamağı, 2009 yılının Temmuz ayında da ikinci basamağı yürürlüğe giren 4207 sayılı yasa, iç ortamlarda tam dumansız hava sahasını zorunlu kılması ile bir dönüm noktası olmuştur. Bu arada toplum sağlığı açısından son derece önemli olan bu gelişme, hekim sorumluluklarını daha da arttırmıştır. Tütün kontrolü kavramının en önemli basamaklarından biri olan yasal düzenlemeler, bu kavramın diğer önemli bir basamağı olan sigara bırakma tedavilerinin etkili uygulanması basamağı ile desteklenmelidir. Çünkü birincisi pasif etkilenimi önlemekte, ikincisi ise aktif içenleri sigaranın zararlarından kurtarmayı hedeflemektedir. Bu iki hedefe başarı ile ulaşabilmek, diğer vazgeçilemez tütün kontrolü basamağı olan gelecek nesilleri sigaranın zararlarından korumak koşulunu da beraberinde getirecektir.

Dünya Sağlık Örgütü 2008'de KÜRESEL SALGIN RAPORU, MPOWER paketini hazırlamıştır. Bu pakette MPOWER kelimesinin ilk harfleriyle sembolize edilen 6 yaklaşım ile tütün kontrolü politikaları özetlenmektedir.¹

1. Salgını ve önleme politikalarını izlemek (**M**-Monitor, tobacco use and prevention policies)

2. Toplumu pasif sigara maruziyetinden korumak (**P**-Protect people from tobacco smoke)
3. Sigara bırakma konusunda yardım etmek (**O**-Offer help to quit tobacco use)
4. Sigaranın zararları konusunda toplumu uyarmak (**W**-Warn about dangers of tobacco)
5. Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları uygulamak (**E**-Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
6. Tütüne uygulanan vergi miktarını artırmak (**R**-Raise taxes on tobacco)

Biz hekimler, bu paketin 3. maddesi olan “offer help to quit tobacco use”, yani “sigara bırakma konusunda yardım etmek” maddesinin hayata geçirilmesi ile doğrudan ilgilenmekle, diğer maddelerin de gerektiğinde desteklenmesiyle yükümlüyük. Bu noktada birbiri ile kopmaz ilişkide olan Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” bileşenlerinden de kısaca söz etmek uygun olacaktır. Zira bu bileşenlerin içinde “Tütün İçiminin Önlenmesinde Pratik Uygulamalar” başlığı barınmaktadır.

■ ULUSAL TÜTÜN KONTROL PROGRAMI

“Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012” altta belirtilen 10 ana başlıktan oluşmaktadır:²

1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim:

Dumansız Hava Sahası (DHS) Yasası'nın 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla yürürlüğe girmesinin ardından yasayı tanıtmak, sigara ve çevresel tütün dumanına maruz kalmanın zararları konusunda halkı bilgilendirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “Havayı Korumak” ve “%100 Dumansız Hava Sahası” sloganlarıyla kapsamlı bir Ulusal Medya Kampanyası başlatılmıştır. Bu kapsamda TAPDK, SSUK, Yeşilay ve DSÖ ile Uluslar arası Verem ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Birliği (UNION) gibi uluslararası kuruluşlarla yapılan çalışmalarla belirlenen web, broşür, kitapçık, afiş gibi kampanya materyalleri kullanılmıştır. Kampanya kapsamında oluşturulan internet sitesinde, 4207 sayılı ve uygulamalarına ilişkin dokümanlara yer verilmekle birlikte özellikle kurumlardan ve vatandaşlardan gelen sorular da cevaplanmaktadır.

DHS yasaasının tanıtımı kapsamında, 81 ilde görevli üst düzey yöneticilerine, belediye görevlilerine ve medya mensuplarına yönelik toplantılar ve etkinlikler düzenlenerek söz konusu yasaasının tanıtımı, tütün mamullerinin zararları ve kapalı mekân-

larda tütün mamullerinin içilmemesi ile yasanın nasıl uygulanacağı konularında bilinçlendirilmeleri sağlanmıştır.

DHS tanıtım faaliyetlerine sivil toplumun katkısı göz ardı edilemez. Özellikle DHS yasası kapsamında, SSUK tarafından DHS yasasına uyum çerçevesinde yapılan değerlendirmelere göre başarılı bulunan illere verilen ödüller hem bu illerde DHS yasasının uygulanmasına olan halkın motivasyonunu artırmış hem de DHS yasasının ulusal medyada yer alarak tanıtımına büyük katkı sağlamıştır.

Ayrıca 4207 kanun gereğince, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika, asgari otuz dakikasını 17:00-22:00 saatleri arasında olması öngörülen tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar sürekli olarak gösterimdedir.

2. Sigarayı Bırakma: Sigara bırakma ve tütün bağımlılığı tedavisi bütüncül bir tütün kontrol programının ana unsurlarıdır.

Bırak-Kazan kampanyaları özellikle topluma yönelik yeni girişimlerin ve iletişimin yaygınlaşması ile sigarayı bırakmaya teşvik amacıyla kullanılmaktadır. Bir bırakma günü belirleyerek sigarayı bırakma fikrini oluşturmak, bırakmak isteyenleri harekete geçirerek yardımcı olmak, sigaranın zararları ve sağlıklı yaşam konusundaki genel bilinçlenmeye katkı sağlamak amacıyla, 4207 sayılı kanunun hazırlık sürecinde Sağlık Bakanlığı tarafından 01-28 Mayıs 2008 tarihlerinde “2008 Bırak-Kazan Kampanyası” düzenlenmiştir. 31 Mayıs Sigarasız Dünya Günü’nde de kazanan kişiye ödül verilmiştir.

Bırakma yardım hatları kapsamında, Sağlık Bakanlığı’na verilen bir hizmet olan ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı Ekim 2010’dan beri 24 saat/gün çalışmaktadır. 27 Ekim 2010 tarihinden 31 Mart 2012 tarihine kadar ALO 171 Sigarayı Bırakma Danışma Hattı’na gelen çağrı sayısı 2.809.712’dir. ALO 171 Hattı çalışanları kısa klinik müdahaleyi uygulama konusunda aldıkları eğitimi başarıyla uygulamakta, bunun yanında “zor olgu” olarak tanımlanan bağımlı olgu grubunu en yakın sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmektedir.

Tütün kontrolü alanında çalışan sağlık çalışanlarının ve özellikle sigara bırakma tedavisi veren hekimlerin bu konudaki söylemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek amacıyla 2010’da Sağlık Bakanlığı tarafından “Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı”

basılmıştır. Bu rehber, ülkede tütün kontrolü için uğraş veren bilim insanları tarafından yazılmış, tütünle mücadelede çalışan tüm sağlık çalışanlarına dağıtılmıştır.

3. Fiyat ve Vergilendirme:

4. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi (Çevresel Tütün Dumanına Maruz Kalma): Ulusal Tütün Kontrol Programının uygulanması ve planda yer alan görevlerin yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi ile, tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere illerde İl Tütün Kontrol Kurulları (İTKK) kurulmuştur.

İl Tütün Kontrol Kurullarına bağlı olarak Kanun hükümlerine yönelik il uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilebilmesi için il denetim ekipleri kurulmuştur. Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberleri doğrultusunda yapılan denetimler ile yasanın uygulanmasında görülen ihlal ve aksaklıkların tespit edilmesi amaçlanmıştır. İl denetimlerine ait bazı veriler altta verilmektedir:

- 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren denetimlerde 81 ilde 2848 denetim ekibi ve bu ekiplerde 9496 memur görevlendirilmiştir.

- 31 Ağustos 2011 tarihine kadar ülke genelinde 2.107.159 denetim gerçekleştirilmiştir.

- 19.440 kişiye sigara içtiği için

- 35.072 işletmeye ise sigara içilmesine müsaade ettiği için olmak üzere toplam 54,512 adet cezai işlem uygulanmış ve yaklaşık 22 milyon TL idari para cezası kesilmiştir.

- Denetimlerde yasaya uyum oranı %96 olarak tespit edilmiştir.

5. Reklam, Promosyon ve Sponsorluğun önlenmesi

6. Yasadışı Ticaretin Engellenmesi

7. Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

8. Gençlerin Ulaşabilirliği

9. Tütün Üretimi ve Alternatif Politikalar

10. Tütün Kullanımının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi: Programın izlenmesi, değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde, eylem planında yer alan tüm kurumların işbirliği ile gerçekleştirilmektedir. Ayrıca kanunun uygulama başarısını ölçmek için ulusal ölçekli çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiştir.

2008 yılında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2003 ve 2009 yıllarında Küresel Gençlik Tütün Araştırması yapılmıştır. 2010 yılı Aralık ayında Küresel Yetiş-

kin Tütün Araştırmasının tekrarı yapılmış olup, 2012'de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması yapılmaktadır.

TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tütün ürünleri arasında en yoğun tüketilen maddenin sigara olması nedeniyle bundan sonraki bölümde anlatım, sigara bağımlılığı tedavileri başlığı ile devam edecektir.

Sigara bağımlılığı bugün ülkemizde oluşturulan alt yapı ile birinci basamakta görev yapan hekimlerden, yoğun tedavilerin uygulandığı sigara bırakma polikliniklerine kadar değişen geniş yelpazede tedavi edilebilmektedir. Sigara ülkemizde yoğun tüketilen bir tütün ürünü iken, tütün mamüllerinin kullanımının azaltılması kapsamında yukarıda ayrıntılı olarak anlatılan çalışmalar sonucu son 2 yılda 2 milyon 200 bin bağımlı sigarayı bırakmıştır. Bu bırakma oranına ulaşmada elbette ki politik iradenin etkisi kadar, tütün kontrolünün sağlanması için çalışan hekimlerin katkıları büyüktür.²

Sigara bağımlılığını ölçmede hastanın kendi beyanından yararlanarak yapılan değerlendirmeler sık ve güvenli olarak kullanılmaktadır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi bu değerlendirmeler arasında en çok tercih edilen ankettir.^{3,4}

Sigara bırakma önerisini her branştan hekim yapmalıdır. Polikliniklere hangi nedenle olursa olsun başvuran hastanın sigara öyküsünü almak ve bırakma önerisinde bulunmak "kısa klinik görüşme" olarak adlandırılmaktadır. Hekiminden bir kez bile olsa "sigarayı bırakın" mesajını alan içicilerin %5'i sigarayı bırakmaktadır. Kısa klinik görüşmeler aşağıda sıralanan üç farklı olgu grubunda önerilmektedir.

1. Sigara bırakma konusunda istekli hastaya yaklaşım 5A ile özetlenebilir (Tablo 1).

2. Kısa klinik görüşme sırasında hastanın sigara bırakma konusunda isteksiz olduğu farkedilirse, 5R yaklaşımı ile hastanın sigarayı bırakması önerilmelidir (Tablo 2).

TABLO 1: Sigarayı bırakma konusunda istekli hastada izlenecek yaklaşım.

Sor (Ask)
Bırakmasını öner (Advice)
İlk bir ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir (Assess)
Tedaviyi planla ve yardım et (Assist)
Nüksü önlemek için izle (Arrange)

3. Sigarayı yeni bırakmış olguda ise hedef nüksü önlemek olmalıdır. Sigara bırakmaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar ve nükse neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin sunulması bu gruptaki olgularda uygulanacak kısa klinik görüşmelerin amacıdır.

Kısa klinik görüşme ile sigara bağımlılığının aşılması durumunda sigara bırakma poliklinikleri devreye girmektedir. Sigara bırakma polikliniklerinde uygulanan tedavi yaklaşımı "yoğun klinik görüşme" olarak adlandırılmaktadır.

Yoğun klinik görüşmeler, sigara bırakma tedavisi konusunda eğitim almış ve tütün kontrolü konusunda uzmanlaşmış hekimler tarafından uygulanmalıdır.

1. Bilişsel ve davranışsal yöntemler

2. Farmakoterapi

olarak iki ana yaklaşım yoğun klinik görüşmenin temelini oluşturur.⁴

1. BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL YÖNTEMLER:

Tütün bağımlılığının patogeneğinde diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, psikolojik, davranışsal ve nörobiyolojik olmak üzere üç boyut birlikte sorumludur. Sigara bırakma tedavilerinde bu üç boyutun eşit oranda dikkate alınması önemlidir. Davranışsal ve psikolojik boyut, motivasyon tedavileri olarak adlandırılır. Nörobiyolojik boyuta müdahale etmek için ise farmakoterapi devreye girer.

Sigara içiminin psikolojik ve davranış boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışsal teda-

TABLO 2: Sigarayı bırakmada isteksiz hastaya kısa klinik yaklaşım.

Kişiyi özel hastalık durumunu veya riskleri, aile ve sosyal durumunu ele alarak bırakmaya cesaretlendirmek (Relevance)
Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçları vurgulamak (Risks)
Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendirmek (Rewards)
Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörleri belirlemek ve çözüm yolları geliştirmek (Roadblocks)
Motivasyonel desteği, olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarlamak (Repetition)

vileri uygulamak tedavi başarısını artırmaktadır. Hastalardan sıkça duyulan bir cümle vardır: “Sigara bırakma beyinde çözülür”. Bu cümle, motivasyonun yadsınamaz önemi nedeniyle doğrudur.

Davranışçı ve bilişsel tedavilerde yanıtı aranan sorular şöyledir;

1. Sigara içimini kıskırtan faktörler nelerdir?
2. İçme davranışı hangi durumlarda ortaya çıkmaktadır?
3. Sonuçları ne olmaktadır?
4. Sorunun sürmesini sağlayan faktörler nelerdir?

Hekim broşür, kitapçık gibi görsel materyali de sunarak, hastalık riskleri konusunda bilgi vermelidir. Davranışsal ve bilişsel tedavi olarak adlandırılan hastanın sigarasız hayata yönlendirilmesi sürecinde, hekim dışı sağlık personeli de motivasyonun artırılması için yardımcı olabilir. Motivasyon kişiden kişiye değişen bir yaklaşımla sağlanabilir. Sigara bağımlısının yukarıda sıralanan sorularla, bırakmayı kolaylaştırıcı faktörleri belirlenebilir, bunlara yönelik girişimlerle bırakma süreci desteklenebilir. Motivasyon tedavisi için “konfeksiyon değil, terzi işidir” tanımı yanlış olmaz.

Sigara bırakma izlemi en az 4 görüşme ile gerçekleştirilmelidir, her görüşme en az 10 dakika olmalıdır. Hastanın 1 yıl süre ile sigara içmemesi sigara bırakma sürecinin başarıyla tamamlandığı anlamına gelir. Nüks genellikle sigara bırakmanın ilk yılında gerçekleşmektedir. Motivasyon ve destek tedavisine, kontrendikasyon yoksa farmakoterapi eklenmelidir.⁵

2. FARMAKOTERAPİ

Günümüzde tedavi rehberlerinde birinci grup farmakoterapi ajanları olarak;

1. Nikotin replasman tedavileri (NRT)
2. Nikotin içermeyen farmakoterapi:
 - a. Bupropion HCL,
 - b. Vareniklin
 yer almaktadır.^{4,5}

Diğer nikotin içermeyen ilaçlar (nortriptilin, klonidin), birinci grup farmakoterapi ajanlarının kullanılmadığı olgularda denenebilir. Henüz hastaların kullanımına sunulmamış olan rimonabant, CYP2A6 inhibitörleri ve nikotin aşılmasının etkileri üzerinde çalışmalar sürmektedir. Bilimsel yöntemler ile etkinliği kanıtlanmamış alternatiflerinin ise (akupunktur, elektrostimülasyon,

hipnoz, lazer) Cochrane analizine göre plasebo etkilerinden yararlanmak olanaklıdır.⁴

BİRİNCİ SEÇENEK FARMAKOTERAPİ AJANLARI

Nikotin Replasman Tedavileri

1. Nikotin bandı
2. Nikotin nazal sprey
3. Nikotin oral formları
 - Nikotin sakızı
 - Nikotin sublingual tablet
 - Nikotin pastil
 - Nikotin inhaler

Ülkemizde nikotin bandı, nikotin sakızı ve nikotin pastil bulunmaktadır. NRT, nikotin yoksunluğu semptomlarını azaltmak amacıyla önerilir. Eş zamanlı sigara içilemeyeceği önemle vurgulanmalıdır. NRT başlangıç dozu olarak; 21 mg nikotin bandı yüksek bağımlılıkta, 14 mg bant ise 15 adet/gün'den az sigara tüketenlerde önerilmektedir. 8-12 hafta süre, doz giderek azaltılarak, hekim kontrolünde kullanılmalıdır. Nikotin bandı ve sakızı birlikte kullanıldığında bırakma başarısını artırabilir. Nikotin sakızları relapsın önlenmesinde de yararlı olmaktadır. Hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği, hipertiroidi, karaciğer ve böbrek yetmezliği olan olgularda dikkatli kullanılmalıdır.

Nikotin İçermeyen Farmakoterapiler

Bupropion

Nontrisiklik, aminoketon bir antidepressif bir ajandır. Norepinefrin ve dopaminin nöronal geri alınımının zayıf inhibitörüdür. Dopaminerjik ve/veya noradrenerjik mekanizma ile aktivasyon gösterip, nikotin yoksunluk belirtilerinin yoğunluğunun azalmasına neden olur. Bupropionun sigara bırakma tedavisinde kullanılan formları 150 mg'lık yavaş salınımlı tablet formundadır. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. İlacın iki dozu arasında en az 8 saatlik bir süre bırakılmalıdır. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedaviyi aynı dozda sürdürülür. İlacın nikotin yerine koyma tedavileri ile kombinasyonları sigara bırakma başarısını arttırabilir. Tedavi süresi en az 8 hafta olarak önerilmelidir, ancak 6 aya kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Relaps riski yüksek olan olgularda tedavi süresi uzatılabilir.

En sık bildirilen yan etkiler, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı ve ağız kuruluğudur. Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvulsiyon ve konvulsiyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya MSS travması öyküsü veren olgular, kontrolsüz hipertansiyon, anoreksi ya da blumia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlar, 18 yaş altı sigara içenler, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlar, santral sinir sistemi tümörü olanlar, bipolar hastalığı olanlar, çok ağır siroz olgularıdır. Bupropion kullanılırken alkol alınmaması önerilir.⁵

Vareniklin

$\alpha 4$, $\beta 2$ subüniteleri içeren nöronal nikotik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Nikotik reseptörlerden $\alpha 4$, $\beta 2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin, nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar (agonist etki), izleyen dönemde de vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller.

Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken, tedavi 0,5 mg/g ile üç gün, takiben 4-7. günler arası günde iki kez 0,5 mg tablet, 8-14. günler arası günde iki kez 1 mg tablet dozu ile uygulanır. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun, 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır. İlacın ana yan etkisi hafif şiddette bulantı olmakla birlikte, vareniklinin 12 hafta-

dan uzun kullanıldığı iki araştırmada da ilacın iyi tolere edildiği ve uzun süreli kullanılabilceği saptanmıştır.

Vareniklin şizofreni, bipolar hastalıklar ve major depresyon geçiren olgularda kullanılmamalıdır. Psikiyatrik hastalık tanısı almış tüm olgularda sigara bırakma tedavileri psikiyatri hekimleri tarafından yönetilmelidir. İlacın dikkatte azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiğinin bildirilmesini takiben, özellikle uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde emniyetle kullanılmayacağı bildirilmiş, takiben pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir.⁵

2011 yılı içinde Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizde hizmet veren tüm sigara bırakma polikliniklerine ücretsiz ilaç tahsis etmesi ile Bupropion ve Vareniklin ile ilgili deneyimler artmıştır. Uygun hasta grubunda verilen bu tedavilerle ilk sonuçlarda bırakma oranlarının yüz güldürücü olduğu belirlenmiştir. Her iki nikotin içermeyen preparat için de birbirine yakın oranlarda, %60 civarında bırakma oranı saptanmıştır.⁶ Halen ülkemizde sayısı 400'ü aşan sigara bırakma polikliniği bulunmaktadır. Bu sayının yaklaşık yarısını SB Kansere Savaş Daire Başkanlığı'na bağlı KETEM poliklinikleri oluşturmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde çalışabilecek hekim ve yardımcı sağlık profesyoneli konusunda Kasım 2011'de bir yönetmelik yayınlanmıştır.⁷ Bu yönetmelikte tanımlanan koşulları karşılayan hekimlerin sertifikaları SB tarafından onaylanmıştır. Tütün kontrolü konusunda dünyada örnek ülke gösterilen bir ülkenin hekimleri olarak sigara bağımlılığının etkin tedavilerinin başarıyla yapıldığını gururla söyleyebiliriz. Ülkemizde sigara bırakma oranlarının her geçen yıl daha da azalacağı aşikardır.

KAYNAKLAR

1. Ergüder T. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. Aytemur AZ, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları; Sayı 10. 2010. p. 81-92.
2. Altan P, Aygül F. Ülkemizde Tütün Kontrolü'nün Başarılı Öyküsü. Akçay Ş, editör. Türkiye Klinikleri Sigara Özel Sayısı Eylül 2012 (Basımda).
3. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratiou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases. Eur Respir J 2007;29(2):390-417.
4. Akçay Ş. Sigara bırakma tedavileri. Çöplü L, Kaya A, editörler. Solunum Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Poyraz Yayıncılık; 2007. p.110-6.
5. Clancy L, Kabir Z. Treatment of tobacco dependence. In: Palange P, Simonds A, eds. ERS Handbook of Respiratory Medicine. 1st ed. UK: European Respiratory Society; 2010. p.295-7.
6. Dr. Çelik İ. Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı Ankara Sigara Bırakma Merkezleri Platformu Ağustos 2010-Şubat 2011. Preventif Onkoloji Sempozyumu, Antalya, 2012
7. Resmi Gazete (23.11 2011, Sayı: 28121) Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik; 2011.