**TÜTÜN BIRAKMA**

***Prof. Dr. Zeynep Pınar ÖNEN***

***Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı***

**TÜTÜN**

Tütün antik çağlardan itibaren bilinen ve özellikle de kıta Amerikası yerlileri tarafından keşfedildiği öne sürülen bir bitkidir. Avrupa ve tüm dünyaya yayılması ise Christopher Columbus’un 1492 yılında Amerika kıtasını keşfedip bu bitkiyi Avrupa’ya getirdiği 16. yüzyıla karşılık gelmektedir. Keşfedilmesinden günümüze kadar tütün kullanımı tüm dünya üzerinde salgın bir hastalık gibi yayılmaktadır. Öyle ki günümüzde dünyada 1.3 milyar kişinin sigara içtiği tahmin edilmektedir ve bu salgının engellenmezse 2025 yılında 1.7 milyar kişiyi etkileyeceği düşünülmektedir.

Her ne kadar bu denli yaygın kullanılsa da tütün ve dumanı incelendiğinde 6000’nin üzerinde sağlığa zararlı madde olduğu görülmüştür (Resim 1 ve Tablo 1).

**Tablo 1.** Sigara dumanında bulunan bazı kimyasallar

|  |
| --- |
| **NİKOTİN:** Bağımlılık yapar  **KARBONMONOKSİT:** Kanda oksijenin yerini alır  **KANSER YAPICI MADDELER (**bazıları**)**  Arsenik            Kurşun             Polonium 210               Benzen             Nitrozamin      Formaldehit               Krom               Nikel                Vinil klorür               Asetaldehit      Benzopiren        DDT  **İRRİTANLAR VE ZEHİRLER**  Laktik asit      Formik asit               Azotoksit        Akrolein               Bizmut           Uçucu aminler  **TÜTÜN DUMANINDA BULUNAN DİĞER BAZI ZARARLI MADDELER**  Boya sökücü ASETON             Akü yapımında kullanılan KADMİYUM             Roket yakıtında bulunan METANOL            Çakmak gazı BÜTAN            Temizlik maddesi AMONYAK            Fare zehiri ARSENİK            Öldürücü zehirler SİYANÜR ve NAFTALİN |

**Resim 1.** Sigarada bulunan zararlı maddeler

**NİKOTİN BAĞIMLILIĞI**

Sigara ve dumanı içerisinde yer alan maddelerden nikotin ise bağımlılık yapan en önemli kimyasal ajandır. Tütün dumanındaki nikotin lipid bazlı olduğu için inhalasyondan hemen sonra alveol yüzeyine ve kapiller sisteme, oradan da 7-10 sn sonra hızla beyine ulaşır ve nikotinik reseptör parçası başta olmak üzere kolinerjik reseptörler üzerinden etkisini gösterir. Norepinefrin (uyarıları kontrol eder), serotonin (relaksasyon yapar, stresi azaltır), dopamin (memnuniyet mutluluk) salınımını artırırarak ruh halinde ve dikkatte iyileşme yapar. Kullanıma bağlı olarak tolerans gelişir ve kullanılmadığı zaman ise çok iyi tanımlanmış yoksunluk sendromuna yol açar (Tablo 2).

**Tablo2.** Nikotin yoksunluk belirtileri

|  |
| --- |
| Sıkıntı hissi  Sinir bozukluğu, kızgınlık  Hassasiyet  Uyuma güçlüğü  Konsantrasyon bozukluğu  Baş ağrısı  Yorgunluk  İştah artışı  Bradikardi |

İnhalasyon dışında bir yöntemle alınan nikotinin santral sinir sistemine ulaşma hızı daha yavaştır, tolerans gelişme olasılığı hemen hemen hiç yoktur, uyarıcı özelliği çok sınırlıdır ve bağımlılık potansiyeli çok düşüktür. Bu nedenle nikotinin farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerinden yararlanılarak aynı zamanda nikotin replasman tedavisi adı ile sigara bırakma yöntemi olarak kullanılması da yaygındır.

Dünya sağlık örgütü tablo 3 de yer alan 6 maddeden en az 3’nün varlığı durumunda ‘tütün bağımlılığı’ tanımlamasını kullanır ve bu durumun hekimler tarafından tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunu olduğunu bildirir.

**Tablo 3.** Dünya Sağlık Örgütü, Tütün bağımlılığı kriterleri

|  |
| --- |
| **1)** Sigara içme isteği (çok güçlü)  **2)** Sigara miktarını kontrol edememe  **3)** Zararlı etkilerine rağmen içmeye devam etme  **4)** Birçok aktivite ile kıyaslandığında önceliğinin olması  **5)** Artmış tolerans  **6)** Fiziksel bağımlılık |

Nikotin bağımlığı günümüzde çocukluk çağından itibaren önemli bir sorun halini almaktadır ve sigaraya başlama yaşı ülkemizde 11.9’a düşmüştür. Diğer taraftan tablo 4’de yer alan sebeplerden dolayı sigarayı bir kez deneyen 4 kişiden üçünde nikotin bağımlılığı geliştiği görülmektedir.

**Tablo 4.** Sigara başlama nedenleri

|  |
| --- |
| Akran etkisi    Sigaranın kolay ulaşılabilirliği    Rol modellerin sigara içici oluşu    Görsel basın, film, klip    Gizli reklam ve promosyonlardır |

Hangi yaşta olursa olsun tütün ve tütün ürünleri kullanan kişilerin bağımlıklarını değerlendirmek için **Fagerström** bağımlılık testi kullanılır (Tablo 5).

Fagerström bağımlılık testinde her soruya alınan cevaplara göre toplam puan elde edilir ve puanın tablo 5 de karşılık geldiği aralık kişinin nikotin bağımlılık oranını subjektif olmaktan çıkararak objektif bir tanımlama haline getirilmesini sağlar (Tablo 6).

**Tablo 5.** Fagerström bağımlılık testi

|  |
| --- |
| Günde kaç sigara içiyorsunuz ?      10 taneden az…………………. 0  puan                                                          11 – 20  tane……………………1  puan                                                            21 – 30  tane ……………………2  puan                                                           31 ve daha fazla…………...........3  puan   İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz ?                                                            İlk 5 dakika içinde……………...3  puan                                                           6 – 30 dakika içinde……………2  puan                                                           31 – 60 dakika içinde ………….1  puan                                                           1 saat  sonra ……………………0  puan   Sigara içilmesi yasak olan sinema kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz ?                                                          Evet………………………………1   puan                                                          Hayır…………………………….. 0  puan  En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir ?                                                          Sabah ilk içilen sigara…………1  puan                                                           Diğerleri…………………………. 0 puan  Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere oranla daha sık içiyor musunuz ?                                                          Evet………………………………1   puan                                                            Hayır…………………………….. 0  puan  Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz ?                                                        Evet………………………………1   puan                                                         Hayır…………………………….. 0  puan |

**Tablo 6.** Fagerström bağımlılık testini değerlendirme

|  |
| --- |
| 0 – 2      Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı  3 – 4      Düşük düzeyde nikotin bağımlılığı    5          Orta düzeyde nikotin bağımlılığı  6 – 7      Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı  8– 10    Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı |

**SİGARA ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI SORUNUDUR**

Sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur ve yaygınlaştıkça tütünle ilişkili hastalık sıklığı da artmaktadır. Tütün kullanımına bağlı; fiziksel ve psikolojik bağımlılık, çeşitli kanserler, infeksiyonlar, anatomik/fizyolojik bozukluklar, genetik bozukluklar, allerjiye duyarlılık gibi tüm vücudu ilgilendiren ellinin üzerinde hastalık görülebilir, kullanım süresine bağlı olarak farklı organ ve sistemleri etkileyebilir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Tütün kullanımının kısa ve uzun dönem etkileri

|  |  |
| --- | --- |
| **KISA DÖNEM**        Hafıza sorunları        Enerji sorunları        Hareket sorunları        Uyku bozuklukları        Kalp hızı ve kan basıncı artışları        Solunum sayısı artışları | **UZUN DÖNEM**         Solunum sistemi hastalıklar         Kardiyovasküler hastalıklar         Diğer organ ve sistem hastalıkları         Çeşitli kanserler         Bağışıklık baskılanması         İnfertilite |

**SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI**

Sigara kullanımından etkilenen sistemlerin başında solunum sistemi yer almaktadır ve üst solunum yollarında; sinüzit, rinit, otit ve işitme kayıplarına yol açmaktadır. Alt solunum yollarında ise santral hava yolları, periferik hava yolları ve alveolakapiller membranda tablo 8’de tanımlanan birbirinden farklı pek çok patoloji ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 8.** Tütünün alt solunum yolları üzerine etkileri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Santral Hava Yolları**  Silia kaybı  Mukus bez hiperplazisi  Goblet hücre sayısında azalma  Epitelde histolojik değişiklikler | **Periferik Hava Yolları**  İnflamasyon-atrofi  Goblet hücre metaplazisi  Skuamoz epitel hücre metaplazisi  Mukus tıkaçları  Düz kas hipertrofisi  Peribronşial fibrozis | **Alveola-Kapiller**  Peribronşial alveol harabiyeti  Küçük arter sayısında azalma  Bronkoalveolar lavaj anormallikleri  Ig A-Ig G seviyesinde azalma  Aktive makrofaj, nötrofil  ve eozinofil sayısında artış |

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI**

Sigara kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişen kişilerin %80-90’nında sigara içme öyküsü bulunmaktadır. Diğer taraftan KOAH gelişimi ve sigara kullanımı arasında doz bağımlı bir ilişki de bulunmaktadır; özellikle ağır içicilerde KOAH gelişme riski daha yüksektir. Ancak pasif sigara içiciliğinin de KOAH gelişiminde dozdan bağımsız önemli bir risk faktörü olduğu da unutulmamalıdır.

Sigara içerisinde bulunan oksidan maddeler doğrudan ve/veya inflamatuar hücreler tarafından oksidan madde salınımını tetikleyerek amfizem gelişimine yol açabilir.  Bu süreç içerisinde sigara dumanıyla temas devam ederse proteazlar ve antiproteazlar arasındaki denge daha da bozulur ve tamir mekanizmalarının çalışması engellenir, sonuçta hasarın boyutları artar.

Sigara tüketimine bağlı goblet hücre metaplazisi, buna bağlı öksürük ve sekresyon artışı ile giden kronik bronşit gelişimi ise sigara içenlerin %50’sinde görülür.

**ASTIM**

Sigara astım etyopatogenezinde tartışmalı bir yere sahip olsa da, astım hastalığı olan kişilerin semptomlarının sayı ve sıklığını artırarak kişilerin yaşam kalitelerini bozar. Hava yolu inflamasyonunu artırarak akut bronkokonstriksiyonu tetikler ve FEV1 değerini düşürür. Tedavide kullanılan teofilin klirensini artırır ve kortikosteroidlerin etinliğini azaltır.

**KANSER**

Sigara içerisinde bulunan karsinojenlerin bir kısmı tümör tetikleyici, diğer grubu ise ilerletici özelliğe sahiptir. Bu nedenle kanser gelişiminde aynen KOAH da olduğu gibi kesin bir risk faktörüdür. Toplam tüketilen miktarla doğru orantılı olarak farklı organlarda tablo 9’de tanımlanan oranlarda kanser gelişme riski artmıştır. Ayrıca kanser gelişimi sonrasında sigara içmeyenlere göre mortalite oranları 15-25 kat daha fazladır.

**KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI**

Sigara kullanımı akut ve kronik süreçte pek çok kalp ve damar sistemini ilgilendiren hastalığa neden olmaktadır (Tablo 10). Hiperkolesterolemi ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler sistem hastalıklarında etkili bir risk faktörüdür. Tüm hastalıklarda olduğu gibi sigara içme miktarı ile doğru orantılı olarak; direkt endotelial hasar, taşikardi, hiperlipidemi (LDL artışıyla), dolaşımdaki nötrofillerde ve kan koagülabilitesinde artış gibi etkilere yol açabilmektedir. Diğer taraftan Nikotin, damar endotelinde morfolojik değişiklikler yapar ve damar endotel hücresinde DNA sentezini uyararak vasküler proliferasyona yol açar. Sigara dumanındaki CO’in hemoglobine olan yüksek afinitesinden dolayı, oksijen taşınmasında azalma ve oksijen disosiasyon eğrisinde sola kayma yapar. Doku hipoksisine cevaben salınımı artan eritropoetin periferik eritrosit sayısında artış ve sekonder polistemi oluşturur.

**Tablo 9.** Sigara kullanımına bağlı organlara göre kanser görülme oranları

|  |
| --- |
| Akciğer kanseri olma riskini  13 - 22  kat  Ağız kanseri olma riskini  3 - 30  kat  Dişeti kanseri olma riskini  5 - 14  kat  Dil kanseri olma riskini  4 - 33  kat  Bademcik kanseri olma riskini  7 - 11  kat  Gırtlak kanseri olma riskini  16  kat  Yemek borusu kanseri olma riskini  8 - 10  kat  Mesane kanseri olma riskini  3 - 5  kat  Pankreas kanseri olma riskini  2  kat  Böbrek kanseri olma riskini   5  kat  Prostat kanseri olma riskini  2  kat  Rahim ağzı kanseri olma riskini  17  kat  Kan kanseri olma riskini  2 - 3  kat artırır |

**Tablo 10.** Kardiyovasküler sistem hastalıkları

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASKH**     Koroner arter hastalığı     Karotik vasküler hastalık     Abdominal aorta anevrizması | **Diğer**     Aritmi     Koroner arter spazmı | **Periferik vasküler hastalıklar**       Tromboangitis obliterans       Derin venöz trombozisi       Pulmoner embolism |

Sigara içenlerde miyokard infarktüsü riski 2.5 kat artarken, pasif içicilerde kalp hastalıklarına bağlı ölüm oranları %30’lara varan artış gösterir. Sigara akut olarak kan basıncında 10 mmHg’lık artış yapar ve hipertansif hastalarda sigara bırakıldığında koroner arter hastalığı riski de %35-40 oranında azalır.

**SİGARANIN YOL AÇATIĞI DİĞER SAĞLIK SORUNLARI**

Sigara tüm organ ve sistemleri etkileyebilir; nikotin sinir sistemi üzerinden etki eden bir ajan olduğu için erken bunama gibipek çok nörolojik soruna neden olabilir. Parkinson hastalığının belirtilerinin ortaya çıkmasını geciktirerek geç tanıya sebep olur. Sigara içenlerde santral sinir sitemindeki damar hastalıklarının görülme olasılığı ise 2-4 kat oranında artış gösterir.

Oral mukozadan başlayarak tüm gastrointestinal sistem hasarı artar. Oral aftlar, özefagus mukoza iritasyonu, artmış gastrik asit salınımı, *Helicobacter pylori* kolonizasyonu, peptik ülser nükslerinin ve komplikasyonlarının artışına neden olabilir. Diğer taraftan Crohn hastalığının gelişiminde ve hepatosellüler karsinom için önemli bir risk faktörüdür.

Sigaranın içindeki kadmiyum kronik toksik tubuler hasara bağlı nefrit gelişimine yol açar. Sigara içenlerde proteinüri, hematüri ve renal hücreli karsinom riski içmeyenlere göre çok daha fazladır.

Tüm dünya üzerinde kadınlar arasında, özellikle de üniversite mezunu kadınlar arasında sigara içimi giderek yaygınlaşmaktadır. Oysa sigara kadınlarda; menstrüel siklus düzensizlikleri, infertilite, ektopik gebelik riski, abortus, prematür menapoz, osteoporoz, üriner inkontinans, cilt kırışıklıkları gibi düzeltilmesi çok kolay olmayan pek çok soruna neden olmaktadır.  Gebelikte sigara kullanımı ise hem anne hem de bebeğin sağlığını tehdit eder (Tablo 11).

**Tablo 11.** Gebelikte sigara kullanımına bağlı gelişen sorunlar

|  |
| --- |
| Prematür doğum                                             Erken membran rüptürü  Düşük doğum ağırlığı                                     İntrauterin büyüme geriliği  Ani bebek ölümü                                            Konjenital anomaliler  Solunum problemleri                                      İntraventriküler hemoraji  Persistan pulmoner hipertansiyon                   Kraniosinostozis  Retinal vasküler anomaliler                            İnfantil kolik |

Ayrıca sigara içen annelerin çocuklarında; büyüme gelişme geriliği, ateşli havale, davranış bozukluğu, alerjik hastalıklar, akciğer gelişme bozukluğu, solunum yolu infeksiyonları, astım, kronik bronşit ve akciğer kanseri gelişme riski artmıştır. İlerleyen yaşlarla birlikte bu sorunlara bağlı morbidite ve mortalite riski daha da artar.

**PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ**

Pasif sigara içiciliği ise günümüzde özellik de ülkemiz için en az sigara içiciliği kadar önemli bir sorundur. Pasif içicilikte solunan havanın ana dumana göre daha fazla nikotin içerdiği ve karsinojenlerin daha yüksek konsantrasyonda olduğu gösterilmiştir.

Eğer ev içersinde sigara dumanına maruz kalınırsa, çocuklar ortalama günde 5 sigara içmiş olmakta, bebekler hastaneye 3 kat daha fazla başvurmakta, ani bebek ölümü riski 2.5 kat, bebeklerde kolik tarzı karın ağrısı, çocuklarda astım ve solunumsal enfeksiyon riski 2 kat ve kocası sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden ölüm oranı 2-3 kat artmaktadır.

**SİGARA BIRAKMA**

Sigara bağımlılığı bir hastalıktır ve her hastalık gibi tedavisi hekimler tarafından yapılmalıdır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hekimler kişinin sigara içim durumunu sorgulamalı ve tedavi edebilmelidir. Hekiminden bir kez bile olsa “Sigarayı Bırakın” mesajını duyan içicilerin %5‘i sigarayı bırakmaktadır. Hekimler sigara bırakmak için yardım isteyen hastalarını tedavi etmelidir.

Sigaranın bırakılmasıyla bırakan kişinin sağlayacağı sağlık yararı çok önemlidir. Bırakma ne kadar erken gerçekleşirse, bu yarar o ölçüde artmaktadır. Sigarayı bırakma çabası, güçlü bir bağımlılık söz konusu olduğu için gerekli desteklerin yokluğunda genellikle başarısızlıkla sonlanmaktadır. Öyle ki sigara içen kişilerin %75’i sigarayı bırakmak istediklerini ama bu konuda başarılı olamadıklarını dile getirmektedirler. Diğer taraftan yetişmiş insan gücünün, ilaç ve hekim desteğinin devreye girmesi halinde ise başarı şansı önemli ölçüde artmaktadır.

**GENEL YAKLAŞIM**

Herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran hastalar resim 2 deki basamaklara göre 3-5 dakikalık görüşmelerle sigarayı bırakma konusunda genel yaklaşım uygulanabilir. Bu kısa görüşmeler 3 tip hasta grubunda uygulanır;

1-Sigara içen ve bırakmak için istekli olanlar

2-Sigara içen ve bırakmak için istekli olmayanlar

3-Önceden içmiş ve yeni bırakmış içiciler

**Resim 2.** Poliklinik hastalarında kısa sigara sorgulaması

Birinci grupta yer alan bırakmak için istekli olgularda; hekimlerin hastalarının sigara içme durumlarını, alışkanlıklarını ve bağımlılıklarını belirleyebilmesi için 5Ö olarak tanımlanan ve tablo 12’de yer alan yaklaşım klinik uygulama adına oldukça kolay, güvenilir ve kısa sürede uygulanabilen bir yöntemdir.

**Tablo12.** Poliklinik hastalarında 5Ö uygulaması

|  |
| --- |
| **1. ÖĞREN:** Muayeneye gelen her bireyin sigara içme durumunu öğrenin    **2. ÖNERİN:** Sigara içen her hastaya bırakma önerisinde bulunun    **3. ÖLÇ:** Hastanın nikotin bağımlılık düzeyini ölçün    **4. ÖNDERLİK EDİN:** Bırakma girişimindeki hastaya davranışsal ve/veya farmakolojik tedavi                                      metotları ile yardım edin    **5. ÖRGÜTLEYİN:** Bir sonraki görüşmeyi planlayın |

Sigara bırakma önerileri içerisinde kişileri cesaretlendiren ve kaybettiklerinden çok sigarayı bırakmaları durumunda hangi sağlık durumlarının ne zaman düzeleceğini gösteren tablo 13 deki gibi şemalar verilebilir.

**Tablo13.** Sigarayı bıraktığınızda neler kazanacaksınız?

|  |
| --- |
| 20. dakika : Kan basıncı ve kalp hızı normale döner  8. saat       : Kanda oksijen düzeyi normale döner  24. saat     : Karbonmonoksit vücuttan atılır. Akciğerler temizlenmeye başlar  48. saat     : Nikotin vücutta saptanamaz  72. saat     : Nefes almak kolaylaşır  2-12 hafta : Dolaşım düzelir  3-9 ay       : Nefes darlığı ve öksürük azalır  5. Yıl         : Kalp krizi riski yarıya iner  10. Yıl       : Kalp krizi riski sigara içmeyenlerle eşitleşir ve akciğer kanseri riski yarıya iner |

İkinci grupta yer alan ve sigara bırakma konusunda isteksiz olgularda ise 5R olarak adlandırılan basamaklı strateji sistemi kullanılabilir.

**Tablo 14.** Sigarayı bırakma konusunda isteksiz olgular için kısa stratejiler

|  |
| --- |
| **1.)** Kişiye özel hastalık durumunu veya riskleri ailesel ve sosyal durumunu ele alarak bırakmaya cesaretlendirme (Relevance=İlgilenme)  **2.)**Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçları vurgula (Risks=Riskler)  **3.)**  Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendir (Rewards=Kazançlar)  **4.)** Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörleri belirle ve çözüm yolları geliştir (Roadblocks=Engeller)  **5.)**  Motivasyonal desteği olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarla (Repetition=Tekrarlama) |

Sigarayı yeni bırakmış kişilerde ana amaç tekrar başlamayı engellemek olmalıdır. Bu nedenle ortaya çıkabilecek sorunlar belirlenerek farklı çözüm önerileri sunulmalıdır.

**ÖZEL YAKLAŞIM (UZMAN DESTEĞİ = YOĞUN KLİNİK GÖRÜŞMELER)**

Konuyla özel olarak ilgilenen sigara bırakma poliklinikleri tarafından uygulanması beklenen işlemlerdir.

**Tablo15. Sigara bıraka polikliniklerinde uygulanması gereken uzman desteği**

|  |
| --- |
| **1.)** Sigarayı bırakmak isteyen tüm sigara içenlere yoğun bir tedavi programı uygulanmalıdır  **2.)** Klinisyen hastalık riskleri ve bırakmanın yararları konusunda bilgi vermeli, gerekirse psikososyal yardım ve davranış eğitimi ve ilaç tedavisi açısından yardımcı olunmalıdır. Kitapçık broşür gibi yazılı malzemeler sağlanabilmelidir  **3.)** Program 4 veya daha fazla görüşmeden oluşmalıdır. Görüşme süreleri 10 dakikadan kısa olmamalıdır. Hastalar bırakmayı takiben ilk 15. Gün içerisinde en az bir kez görülmelidir. Daha sonra izleyen 3 aylık sürede ayda bir kez ve sonrasında 3 ayda bir kez olmak üzere toplam 1 yıl süreyle izlenmelidir  **4.)** Görüşmeler bireysel veya grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri de oldukça tkin olup hekim tarafından belirlenen sıklıklarda yapılabilir  **5.)**             Destek ve davranış tedavileri, pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırasında ve sonrasındaki sosyal desteği kapsamalıdır  **6.)**             Fiziksel bağımlılığı saptanan kişilere, kontrendikasyonu yoksa, ilaç tedavisi önerilmelidir. İlaç tedavisinin sigara bırakma başarısını artırdığı ve yoksunluk belirtilerini azalttığı olgulara açıklanmalıdır |

Sigara bırakma tedavileri ilaç dışı tedaviler ve ilaçlar olmak üzere iki temel gruba ayrılabilir. Ama hangi tedavi şekli kullanılırsa kullanılsın sigara bıraktırılmak istenen her hastada davranış tedavisi verilmelidir. Davranış tedavisi oldukça geniş kapsamlı olup, kişinin günlük yaşamını her açıdan ele almasını ve yapılan hatalı davranışları ortadan kaldırmasını hedefleyen bir uygulamadır. Ödül ve ceza sistemine dayanmaktadır.

İlaçsız tedaviler içerisinde bilimsel değeri olmayan tamamen ticari kaygılar üzerine kurulmuş yöntemlerin etkinliği ve geçerliliği bulunmamaktadır.

**FARMAKOTERAPİ**

Tütün, psikolojik ve fiziksel bağımlılık yapan bir maddedir. Bağımlı kişilerde sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Bu durum sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli sorundur. Bu güne kadar geliştirilen tüm tedavilerde temel hedef nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm klavuzlarda yer alan ve onaylanmış 3 grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır:

1)     Nikotin replasman tedavisi (NRT)

2)     Nikotin içermeyen farmakoterapi; bupropion hidroklorür

3)     Nikotin içermeyen farmakoterapi; vareniklin

**Farmakoterapi kimlere uygulanmalıdır?**

Tüm bağımlılar hekim gözetimi altında kontrendikasyon yoksa farmakoterapi alabilir. Günde 15 adet veya daha fazla içen olgular ve/veya günün ilk 30 dakikasında sigara içmeye başlayan olgular standart dozlarda tedaviye başlamalıdır. Diğer gruplarda olguların ihtiyaçlarına göre NRT dozu ayarlanmalıdır. Nikotin içermeyen farmakoterapilede ise dozlar sabittir.

**Nikotin Replasman Tedavisi**

Dört formu vardır;

1)    Nikotin sakızı

2)    Nikotin bandı

3)    Nikotin nazal spreyi

4)    Nikotin inhaler

***Nikotin Sakızı***

İki ve 4 mg olmak üzere iki farklı dozu vardır. Günde 25 tane ve altında sigara içenlerde 2mg olan formundan 24 adet sakızı çiğnemeleri önerilir. Günlük sigara sayısı 25 den fazla olan kişilerde ise 4mg’lık sakızların yine 24 adet gün olacak şekilde çiğnenmesi önerilir. Sekiz ila 12 hafta kullanılması yeterlidir. İki sakız arasında en az yarım saat olmalıdır. Diğer taraftan sakız yavaş çiğnenmeli ve bu sürede herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. En önemli yan etkileri ağız iritasyonu, çene ağrısı, hıçkırık, bulantı ve dispeptik yakınmalardır.

***Nikotin Bandı***

24 saatte bir ve 16 saatte bir olmak üzere kullanılan iki farklı formu vardır. Ülkemizde sadece 24 saatte bir kullanılan formları vardır. Ticari olarak 10, 20 ve 30 olmak üzere 3 farklı TTS formunda sırasıyla 7, 14 ve 21 mg lık nikotin bulunur. 2-4 saatte kan tepe konsantrasyonuna ulaşılır ve bu kararlılık 24 saat süreyle devam eder. Toplam süre en az 8 hafta olmalıdır. Bantlar kol veya gövdede tüysüz bir alana uygulanmalıdır. Suyla temas ettirildiğinde veya çıkartıldığında tekrar yapıştırılamaz. En sık yan etkisi yapıştırıldığı alanda lokal cilt reaksiyonuna yol açmasıdır. Aritmi, taşikardi baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri bulgular, uykusuzluk, bulantı, kas ağrıları, eklem ağrıları ve emosyonel değişiklik yapabilir ve kesildiğinde hızla geriler.

Nikotin replasman tedavisi uygulamalarından inhaler ve nazal spreyler diğer formlara göre etkinlikleri değişmeyen ama daha pahalı olmaları nedeniyle ülkemizde bulunması genellikle zor olan yöntemlerdir.

**BUPROPİON**

Nontrisiklik, aminoketon antidepresan bir ilaçtır. Nikotinerjik asetilkolin reseptörlerini uyarır ve dopaminerjik ve nonadrenerjik aktiviteye sahiptir. Nikotin eksikliğine bağlı yoksunluk semptomlarını azaltır.

150 mg’lık tabletleri vardır. İlaç kullanımı ilk 3 gün 150 mg/gün, daha sonra 300 mg/gün olmak üzere 7-12 haftalık sürelerde kullanılır ve süre 6 aya kadar uzatılabilir.

18 yaş altı, MSS travması, anoreksiya, MAO inhibitörü kullanımı, nöroleptik  ve alkol kullanımı, gebelik , süt verme döneminde kontrendikedir.

Baş ağrısı, ağız kuruluğu ve uykusuzluk gibi hafif yan etkileri vardır ve ilaç kesilmesi ile geriler.

Ciddi yoksunluk belirtileri olan veya monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion tedavileri kombine olarak kullanılabilir.

**VARENİKLİN**

Son yıllarda tüm dünya üzerinde etkinliği kanıtlanmış sigara bırakma tedavileri arasındaki yerini alan ve 2008 yılında ülkemizde de satışa sunulan Vareniklin; a4 b2 nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir ve bu reseptörler üzerinden dopamin salınımını artırarak agonist etki gösterir. Eş zamanlı tedaviye eklenen nikotinin, dopamanin salınımını artırmasını da engelleyerek antagonist etki yapmaktadır. Kombine etki ile nikotin bağımlılığının ve yoksunluk semptomlarının azalmasına yol açmaktadır.

Tablo 16 da anlatılan şemadaki gibi düşük dozdan başlanarak kişilerde mide bulantısı gibi yan etkilerin ortaya çıkması engellenir ve tolere edildikçe tam doza çıkılır.

Bulantı, uykusuzluk ve anormal rüyalar gibi hafif yan etkileri bulunmaktadır. Çeşitli psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde kullanımları kontrendikedir. İlaçla ilgili etkinlik ve güvenilirlikler kanıtlanmıştır ama henüz yeni bir ilaç olması nedeniyle çalışmalar devam etmektedir.

**Tablo 16.** Vareniklin tedavisinin uygulama dozları

|  |
| --- |
| İlk 3 gün 0.5 mg  Sonraki 4 gün 2 x 0.5 mg  Daha sonrada 2 x 1 mg |

**Kaynaklar**

1. West R, McNeil A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
2. Rennard SI, Hepp LM, Daughton DM. Cigarette Smoking and Disease. In Fishman AP, ed. Fishman’s pulmonary diseases and disorders, vol 1. fourth ed. New York: Mc Graw Hill; 2008:745-761.