

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI

(Hekimler İçin)

2010

ANKARA



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI

(HEKİMLER İÇİN)



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı
(Hekimler İçin) 2010**

Bu yayının tüm hakları Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “*Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010*” şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978-975-590-325-5

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 796

Ayrıntılı Bilgi İçin:

T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşa Caddesi No: 3,

Sıhhiye 06430, Ankara, Türkiye

Telefon: (0312) 585 10 00 (50 hat)

e-posta: saglik@saglik.gov.tr

Tasarım ve Baskı:

Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. • Tel:(0312) 229 37 41



YAZARLAR (Alfabetik soyadı sırası)

Dr. Dilek ASLAN
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Dr. Nazmi BİLİR
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Dr. Nesrin DİLBAZ
*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği*

Dr. Oğuz KILINÇ
*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Türk Toraks Derneği*

Dr. Osman ÖRSEL
*Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Dr. Hilal ÖZCEBE
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*

Dr. Gülay SAIN GÜVEN
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği*

Dr. Esra UZASLAN
*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*



Tütün Bağımlılığı İle Mücadele

YAYIN KURULU

Dr. Yasin ERKOÇ
Müsteşar Yardımcısı

Dr. Seraceddin ÇOM
Genel Müdür

Dr. Hasan IRMAK
Genel Müdür Yardımcısı

Dr. Hüseyin İLTER
Daire Başkanı

Dr. Sertaç POLAT
Şube Müdürü

Dr. Peyman ALTAN
Proje Koordinatörü





KATKIDA BULUNAN KİŞİ VE KURUMLAR

Dr. Derya AKBIYIK
*Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim
ve Araştırma Hastanesi*

Dr. Őule AKÇAY
BaŐkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Türk Toraks Derneği

Dr. Recep AKDUR
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Ecz. Bilgi ALPAN
Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Dr. Zehra ARIKAN
*Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Psikiyatri Anabilim Dalı*

Dr. Havva ATASOY
*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*

Dr. Ebru AYDIN
*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*

Dr. Zeynep Ayfer AYTEMUR
*İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
*Türk Toraks Derneği**

Dr. Banu BAYAR
Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Adil BURKAY
*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel
Müdürlüğü*



Tütün Bağımlılığı İle Mücadele

Dr. Osman ELBEK

*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Türk Toraks Derneği*

Dr. Salih EMRİ

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*

Ecz. Halime ERGÜN

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Handan T. ERGÜN

*Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*

Ecz. Öznur S. EVRANASOĞLU

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Dr. İsmail FAKI

*Bursa Prof. Dr. Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları
Hastanesi*

Dr. İnci İLHAN

Türkiye Psikiyatri Derneği

Dr. Rabia KAHVECİ

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Dr. Ertan KAVASOĞLU

*Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*

Dr. Burhanettin KAYA

Türkiye Psikiyatri Derneği

Dr Emire OLCAYTO

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı

Dr. Çağdaş ÖZDÖL

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı*



Onur ÖZEN

*Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*

Dr. Pınar PAZARLI

*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Türk Toraks Derneği*

Dr. Tijen ŞENGEZER

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AMATEM*

F. Sevil TANER

*Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sigara İçilmeyen
Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi,
Sigara Karşıtı Politikaların Etkin Uygulanması
Projesi (Dumansız Hava Sahası)*

Dr. Selda TEKİNER

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

Rıfat TURGUT

*Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri
Genel Müdürlüğü*



Tütün Bağımlılığı İle Mücadele



ÖNSÖZ

Bugün bütün dünya kronik hastalıkların sağlık sistemlerine yönelik tehdidini bertaraf etmek üzere çalışıyor. Dünyada beklenen yaşam süresinin uzaması ile giderek yaşlanan toplumlarda sağlıklı yaşlanmak kavramını tartışıyoruz. Risk faktörleriyle mücadele ederek, kronik hastalıkların kişide ve sağlık sisteminde oluşturacağı yükün azaltılmasını sağlamak, insanların daha uzun ve sağlıklı bir yaşam geçirmelerini sağlamak hayal değil. Önlenabilir risk faktörleri arasında da tütün en önde geliyor. Bu anlamda tütünle mücadele için sağlık çalışanlarının gösterecekleri gayret, sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında öncelikli amaçlar arasında yer almalıdır.

Ülkemiz, 19 Temmuz 2009 itibarıyla tütün kontrolüne yönelik 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” içeriği ile Dünya’daki altıncı ve Avrupa’daki üçüncü ülke konumuna gelmiştir. Bugüne kadar dünyanın en çok sigara içilen ve üreten ülkelerinden biri olan Türkiye’nin bugün bu konuma gelmesi ve tüm dünyada sigara ile mücadele konusunda örnek gösterilmesi, son yıllarda kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşlarının ortak çalışması ve halkın büyük desteği neticesinde yürüttüğümüz kararlı faaliyetlerin ve çabaların sonucudur.





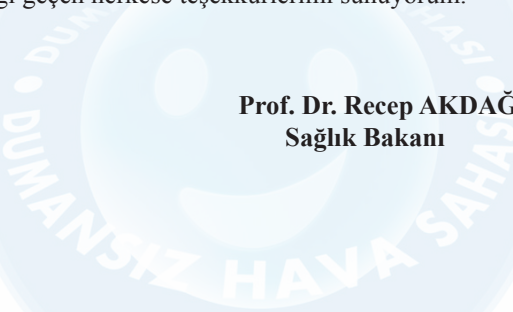
Tütün Bağımlılığı İle Mücadele

Tütün mücadelesinde öncü ülkeler arasına girmiş bir ülkenin Sağlık Bakanı olmanın mutluluğunu yaşıyorum. Bu başarının sağlanmasında desteklerini esirgemeyen başta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) olmak üzere tüm uluslararası kuruluşlara, ülkemiz akademisyenleri ve sivil toplum kuruluşlarına, basın ve medya organlarına, ilgili tüm kamu kurumu çalışanlarına teşekkür ederim. Bu işbirliğinin bu yüzyılda milyonlarca kadın, erkek ve çocuğun yaşamını tehdit eden küresel tütün salgınıyla başa çıkmamızda çok önemli olduğuna inanıyorum.

Tütün kontrol çalışmalarının başlıca bileşenlerinden birisi olan sigaranın bırakılmasına yönelik çalışmalar kapsamında, sağlık mensuplarının konuyla ilgili bilgilerinin güncellenmesi büyük önem taşımaktadır.

Yoğun ve gayretli bir çalışma neticesinde hazırlanan elinizdeki eserin siz hekimlere faydalı olacağına inanıyor, emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunuyorum.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı





SUNUŞ

Değerli meslektaşlarımız,

Bildiğiniz gibi dünyada ve Türkiye’de en önemli ölüm ve hastalık nedeni olan tütün kullanımı DSÖ tarafından da küresel bir mücadele alanı olarak kabul edilmiştir. Bu gelişme, tütün kontrolünün sağlık çalışanının temel sorumluluklarından birisi olduğu gerçeğini bizlere bir kez daha hatırlatmıştır. Ülkemizde uzun yıllardan bu yana önemli çabalarla sürdürülen tütün mücadelesinin sağlık çalışanları arasında da güçlenerek gelişmesi gerekmektedir. Bu konuda sağlık çalışanları arasında kanıta dayalı olarak üretilen evrensel bilgi, tutum, beceri ve yaklaşımların kazanılması için çalışmalar sürdürülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tütün kontrolü alanındaki çalışmalarını konunun bütün bileşenleri ile birlikte sürdürme gayreti içindedir. Ancak doğal olarak kendi bünyesindeki hizmet veren çalışanlarına yönelik bilgi üretme duyarlılığını da destek aldığı bilim insanları ile birlikte yürütmektedir. Bu çalışmaların bir örneği elinizde bulunan TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI (HEKİMLER İÇİN) olmuştur. Rehber niteliğindeki bu kitabın başlıca amaçları tütün kontrolü alanında çalışan sağlık çalışanlarının bu konudaki söylemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek, kendilerine başvuran bireylere yönelik aktarılması gereken bilgilerin ve yapılması gereken uygulama ayrıntılarını öğrenmelerine katkı sunabilmek, 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’un ayrıntılarını ve gereklerini bilmelerini sağlayarak toplumda liderlik ve yönlendirme kapasitelerini geliştirmek olarak sıralanabilir.

İçeriği uzun ve titizlikle sürdürülen çalışmaların sentezteziyle oluşturulmuş dökümanın bütün sağlık çalışanları için yararlı olabilmesi dileğiyle...

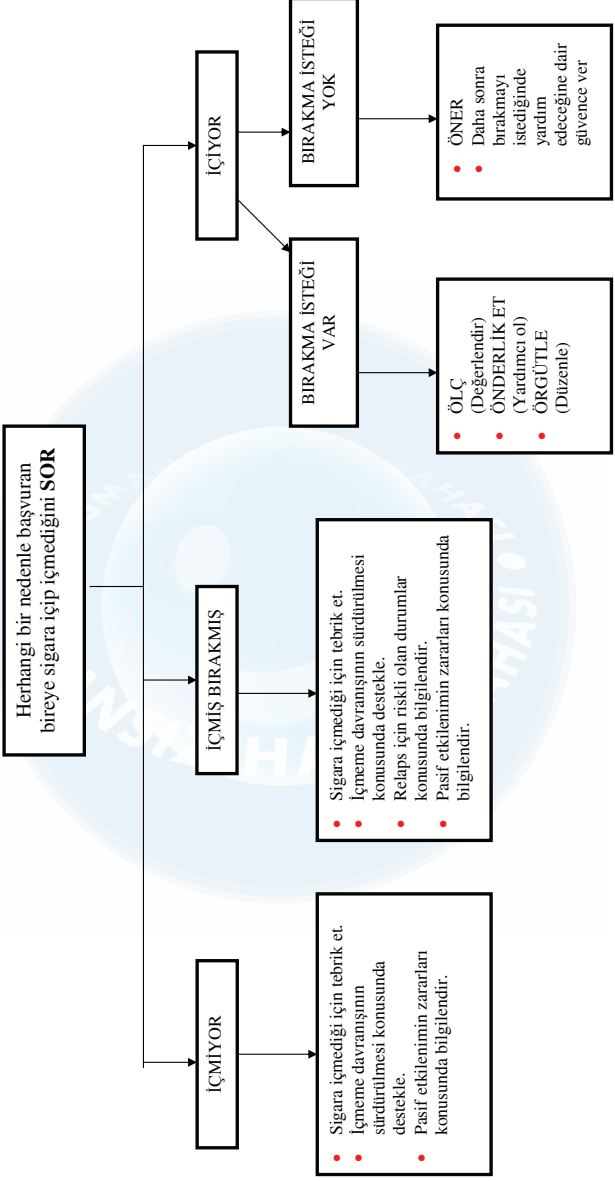
Yazarlar



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BÖLÜM 1	15
1. Tütün Kullanım Sıklığı ve Sağlık Üzerine Etkileri	17
1.a. Tanımlar	17
1.b. Tütün Kullanım Sıklığı	20
1.c. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri	23
2. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Tarihçesi	27
2.a. 1983 Öncesi Dönem	27
2.b. 1983–1996 Arası Dönem	28
2.c. 1996 Sonrası ve Günümüz	31
3. Tütün İle Mücadelede İl Tütün Kontrol Kurullarının Önemi	40
4. Tütün İle Mücadelede Hekimin Rolü	49
BÖLÜM 2	51
1. Sigara İçen Hastaya Yaklaşım ve Psiko-sosyal Destek ve Tedavi Programı	53
i. Değerlendir	54
ii. Doğru Bilgi Ver/Kesin Tavsiye	55
iii. Derecelendir	56
iv. Destek Ol	61
v. Düzenli Olarak İzle	65
2. Sigarayı Bırakmada Uygulanan Farmakolojik Tedaviler	70
a. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi	70
i. Nikotin Bandı	71
ii. Nikotin Sakızı	72
b. Bupropion HCL	73
c. Vareniklin	75

BİRİNCİ BASAMAK YAKLAŞIMDA SİGARA BIRAKMA TEDAVİ ALGORİTMASI





Tütün Bağımlılığı İle Mücadele





BÖLÜM 1



TÜTÜN KULLANIM SIKLIĞI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

1.a. Tanımlar

Tütünden üretilen ve “tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen yada kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeler” tütün ürünüdür. Dünyanın değişik yerlerinde kullanılan başlıca tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür (Resim 1).

Resim 1. Tütün Ürünlerine Ait Bazı Örnekler



1a. Sigara



1b. Snus



1c.Nargile



1d.Bidi



1e.Kreteks



1f.Guthka



Bu ürünler arasında en yaygın olarak kullanılan sigaradır ve bu nedenle tütün ve sigara sözcükleri çoğu kez birbirinin yerine kullanılmaktadır. Türkiye’de de en çok sigara olmak üzere, nargile, az miktarda puro ve pipo ile yerel olarak sarmalık tütün ve Maraş otu tüketilmektedir.

Tütün ürünlerinin kullanım şekli değişiklik gösterebilmektedir. Bu konuda en sık kullanılan tütün ürünü olan sigara üzerinden örnekler verilebilir. Bazı kişiler her gün düzenli olarak sigara içerken bazıları arada bir sigara içen kişilerdir, kimi kişiler ise sigarayı bırakmış olanlardır. DSÖ sigara içimine dair aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır:

A. Sigara içen

1. Her gün düzenli içen (*regular daily smoker*): Son 30 gün içinde her gün en az bir adet sigara içen kişiler

2. Her günden seyrek içen (*less than daily smoker*): Sigara içen ama son 30 günde her günden daha seyrek içen kişiler

3. Ara sıra içen (*occasional smoker*): Ara sıra sigara içen kişiler

B. Sigara içmeyen

1. Yaşam boyu hiç sigara içmeyen (*life-long non-smoker/never smoker*): Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş kişiler

2. Sigarayı bırakmış olan (*ex-smoker*): Önceden sigara içmiş olup halen içmeyen kişiler

Bu tanımlamalar dışında DSÖ sigara içen ve içmeyen kişilerin ayırımı için daha net bir tanımlama getirmektedir. Buna göre yaşamı boyunca toplam 100 adet sigara içmiş olan kişi yaşamı boyunca sigara içicisi (*life time smoker*) olarak kabul edilmektedir.



1.b. Tütün Kullanım Sıklığı

Tütün ürünleri bütün ülkelerde oldukça yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bununla birlikte, tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konduğu son 50–60 yıl içinde çeşitli ülkelerde tütün kullanım sıklığı bakımından önemli değişiklikler yaşanmıştır. Bu süre içinde özellikle gelişmiş ülkelerde tütün ürünü kullanımı azalma yönünde bir seyir izlerken gelişmekte olan ülkelerde tütün ürünü kullanımı artmaktadır. Örneğin İngiltere’de 50–60 yıl önce yetişkin yaş grubundaki kişilerin yarısından fazlası sigara içiyorken günümüzde bu değer yüzde 20 dolaylarına düşmüştür. Gelişmiş ülkelerin çoğunda benzeri bir seyir izlenmesine karşılık örneğin ülkemizde 1980’li ve 1990’lı yıllarda sigara kullanımında yüzde 80 dolayında artma olmuştur. Dünya genelinde gelişmekte olan ülkelerde tütün kullanımı, gelişmiş ülkelere göre, erkeklerde de kadınlara göre daha yüksektir. Bazı ülkelerde tütün kullanım sıklığına ilişkin değerler Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Bazı Ülkelerde Tütün Kullanım Sıklığına İlişkin Veriler (2006) (%)

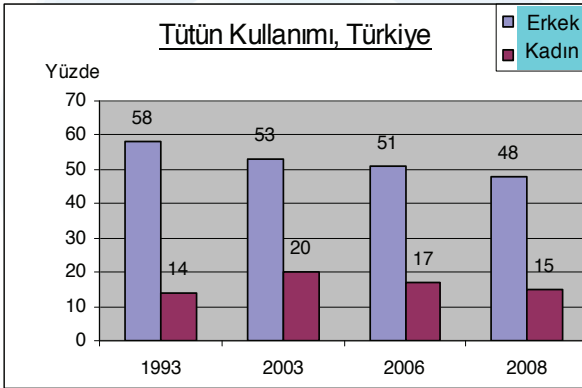
Ülke	Erkek	Kadın
Rusya	70	28
Çin	59	4
Tayland	43	2
Japonya	42	13
İspanya	37	27
Fransa	36	27
Hindistan	33	4
Mısır	28	1
Kanada	24	18
Avustralya	22	19

M-POWER 2008



Türkiye’de 15 ve üzeri yaş grubunda tütün kullanımı gelişmiş ülkelere göre halen yüksek olmakla birlikte son 15 yıllık süre içinde dikkate değer bir azalma olduğu gözlenmektedir. Ülke genelini temsil eder nitelikte yapılan çalışmalarda sigara içilme sıklığı erkeklerde 1993 yılındaki %58 değerinden 2008 yılında %48’e düşmüştür. Kadınlarda biraz daha az olmakla birlikte 2003 yılından sonra hafif bir azalma söz konusudur (Şekil 1). Bununla birlikte ülkemizde halen 20 milyon dolayında sigara içen kişi vardır ve bu değerle Türkiye dünya ülkeleri arasında en fazla tütün tüketen onuncu ülke konumundadır.

Şekil 1. Yıllara Göre Türkiye’de 15 ve Üzeri Yaş Grubunda Sigara İçme Durumu, 2008 (%)



1993 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması
2003 Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması, Sağlık Bakanlığı
2006 Aile Yapısı Araştırması, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK),
Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (ASAGEM)
2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması



Yetişkinlerde tütün kullanım sıklığı konusunda 2008 yılında yapılan çalışmada (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; GATS; Global Adult Tobacco Survey) erkeklerde kırsal-kent farkı görülmezken, kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda (%7,2) sigara kullanım sıklığı kentteki kadınlardan (%18,7) oldukça düşük bulunmuştur. Türkiye’de sağlık personeli arasında da sigara kullanımı oldukça fazladır. Son 10 yıl içinde bu konuda da azalma olmasına rağmen hekimlerin de içinde olduğu sağlık personeli arasında sigara içimi yaygın bir davranıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye’de Sağlık Personelinde Sigara İçme Durumu, 2008

Sağlık personeli	%
Uzman hekim	22,0
Diş hekimi, eczacı	25,0
Hemşire, ebe	30,0
Pratisyen hekim	31,0
Teknisyen	34,0

Türkiye’de gençler arasında da sigara içimi oldukça yaygındır. Bu konuda 13–17 yaşlar arasındaki öğrenciler arasında yapılan çok sayıda çalışmada %0,9 ile 41 arasında değişen sıklık değerleri bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS; Global Youth Tobacco Survey) 2009 yılı yayınlanmış verilerine göre erkek öğrencilerin %10,2’si ve kız öğrencilerin de %5,3’ü çalışmanın yapıldığı tarihte sigara içmekte olduklarını belirtmişlerdir. Aynı araştırmanın 2003 yılı verileri erkek öğrencilerin %9,1’inin ve kız öğrencilerin de %5,0’inin çalışmanın yapıldığı tarihte sigara içtiğini ortaya koymuştur.

Sigara içiminin olumsuz etkileri yalnızca sigara içen kişilerle sınırlı değildir, sigara dumanından pasif olarak etkilenenlerde de ciddi sağlık sorunları ortaya



çıkılmaktadır. Türkiye’de özellikle meskenlerde olmak üzere sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) de çok yaygındır. Çeşitli çalışmalarda evlerin %60-80’inde sigara içen en az bir kişinin bulunduğu ortaya konmuştur. Tütün kontrolü yasalarının yüksek olan bu durumun azalmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Sigara içimi bakımından önemli bir grup da gebelerdir. Gebeler sigara içtikleri takdirde hem kendi sağlıkları hem de bebeğin sağlığı açısından önemli tehlikeler doğmaktadır. Öte yandan gebelerin, özellikle ev ortamında sigara dumanından pasif olarak etkilenmeleri de söz konusudur.

1.c. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün kullanımı çok sayıda hastalık ve ölüme sonuçlanmaktadır. Bu hastalıklar arasında kalp ve damar hastalıkları, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) öne çıkmaktadır.

(a) Kalp ve damar hastalıkları: Özellikle yetişkin yaşlarda insanlar arasındaki en önde gelen ölüm nedeni olan koroner kalp hastalığının bilinen nedenleri arasında en büyük etkisi olan faktörlerden birisi de sigara içimidir. Sigara içenler arasında koroner kalp hastalığı riski 2–4 kat artmıştır. Öte yandan sigara içiminin koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri olan hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerden herhangi birisinin varlığında sigara içilmesi hastalık riskini daha da artırmaktadır.

(b) Kanser: Kanser insidans ve mortalite hızlarının yaşın ilerlemesiyle arttığı bilinmektedir. İnsanlarda kanserlerin en az 10 tanesinin meydana gelmesinde de sigara içimi önemli rol oynar. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 90 kadarı sigara nedeniyle meydana gelir. Akciğer kanseri dışında larinks kanseri, ağız boşluğu, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. İnsanlardaki bütün kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır.



(c) Kronik akciğer hastalıkları: Sigara içiminin etkisi ile mukosilyer aktivite ve alveolar makrofaj aktivitesi bozulur, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofi meydana gelir. Sigara dumanı bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açarak hava yolu direncinin artmasına neden olur. Bu anatomik ve fonksiyonel değişimler sonucunda zaman içinde kronik akciğer hastalığı tablosu gelişir.

(d) Sindirim sistemi hastalıkları: Sindirim kanalında çeşitli kanserlerden ayrı olarak gingivitis, diş çürüğü, özofajit, ülser gibi hastalıklar bakımından sigara içimi risk yaratmaktadır.

(e) Kas-iskelet sistemi hastalıkları: Postmenopozal dönemdeki kadınların sık karşılaştıkları sorunlardan birisi osteoporozdur. Osteoporoz gelişmesinde beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi değişik faktörlerin yanı sıra sigara içmek de etkilidir. Sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur.

(f) Nöro-psikiyatrik sorunlar: Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaşlarda en sık ölüm nedenleri arasındadır. Yaşlanmaya paralel olarak artan bir tablo da Alzheimer hastalığıdır. Önceleri sigara içmenin bu hastalık bakımından koruyucu rol oynadığı şeklinde bilgiler yayılmışsa da geniş kapsamlı ve uzun süreli izleme çalışmalarında sigaranın herhangi koruyucu etkisi olmadığı, hatta eğer bir etki varsa bunun olumsuz yönde olduğu bilgisi ortaya konmuştur. Algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların da sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bunun dışında sigara içimi bir tür bağımlılıktır ve DSÖ sigara bağımlılığını bir hastalık olarak tanımlamıştır. Sigara, bağımlılık yapan diğer maddeler kadar güçlü bağımlılık yapabilir. Bağımlılığın mekanizması nikotin etkisi ile meydana gelen dopamin salınımıdır. Bu şekilde sigara haz duyusu oluşturmakta ve sigara içenler bu haz duyusunu aradıkları için tekrar tekrar sigara içmeyi istemektedir. Başlangıçta haz duyusu tatmini için istemli olarak sigara içilirken bir süre sonra bağımlılık yerleşmekte ve sigara içilmesi istem dışı olarak sürdürülmektedir. Sigara içmekte olan pek çok kişi sigara içmeyi sürdürmek



istememedikleri halde bağımlılık nedeniyle bu isteklerinde başarılı olamamaktadır.

(g) Diğer sağlık sorunları: Yaşın ilerlemesi ile birlikte üzerinde durulan hastalıklar dışında da bazı sağlık sorunlarının ortaya çıkması beklenir. Bu sorunların bir kısmında vücudun kan dolaşımının bozulması ve yetersiz kalması rol oynamaktadır. Sigara içilmesi de damar bozukluğunun (arterioskleroz) meydana gelmesi bakımından önemli bir faktördür. O halde sigara içen kişilerde kan dolaşımı yetersizliğine bağlı sorunların daha fazla olması beklenir. Bunlar arasında derinin erken dönemde yaşlanması, deri enfeksiyonları, vücudun uç kısımlarında, özellikle ayak parmaklarında dolaşım bozukluğuna bağlı sorunlar sayılabilir. Ayrıca yaşlıların soğuk havada daha çok üşümesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle beslenme ve emilim bozuklukları gibi durumların da sigara içenlerde daha fazla olması, dolaşım sistemindeki bozukluğun sonuçlarıdır. Sigara içenlerde derinin beslenmesi de azalacağı için deride erken yaşlanma meydana gelir. Öte yandan sigara içimi, bazı hastalıkların oluşunda etkili olmasa bile, hastalık ile birlikte sigara içildiği zaman olumsuz etkiler daha fazla görülmektedir. Örneğin hipertansif sigara içicilerinde koroner kalp hastalığı riski daha da artar. Benzeri şekilde diyabetik içicilerde de damar komplikasyonları daha erken olarak meydana gelir.

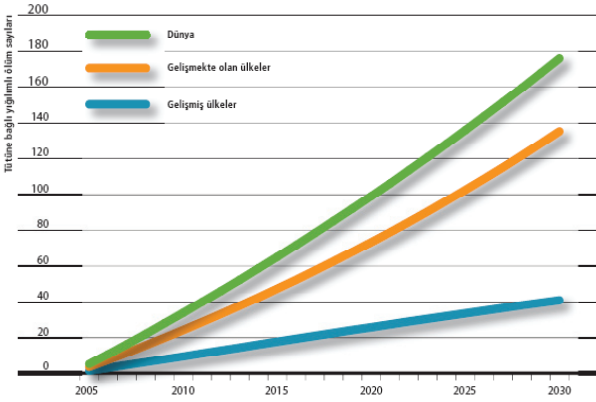
Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarından bazıları öldürücü hastalıklardır. Sigara içenlerinin yarısı sigaraya bağlı bir sağlık sorunu nedeniyle ölmektedir. Dünyada her yıl 5,4 milyon kişi sigaraya bağlı bir nedenle hayatını kaybetmektedir. Bu sayı her 6,5 saniyede bir kişinin ölmesi demektir. Sigara içiminin kontrolü yönünde etkili önlemler alınmadığı takdirde bugün için 5,4 milyon olan sayının önümüzdeki 25–30 yıllık sürede 10 milyona ulaşacağı ve gelecekteki ölümlerin daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (Şekil 2). Ülkemizde de sigara içimi her yıl 100 bin dolayında kişinin ölmesine neden olmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyıl boyunca dünyada 1 milyar kişinin tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir.



Şekil 2. Dünyada Tütün Kullanımına Bağlı Ölümler (2005–2030)

BUGÜN İLE 2030 YILLARI ARASINDA TÜTÜN NEDENİYLE 175 MİLYONDAN FAZLA KİŞİ ÖLECEKTİR

Tütüne bağlı yığılımlı ölümler, 2005-2030



Kaynak: Mathers CD, Loncar D, Küresel ölümler ve hastalık yükü, 2002 – 2030 *PLoS Medicine*, 2006, 3

Bldürücü sağlık sorunlarının yanı sıra tütün kullanımı çok ciddi çevre kirliliğine ve ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Sigara dumanı kapalı ortam hava kirliliğinin en önemli nedenlerinden birisidir. Bu şekilde meydana gelen SDPE sonucunda da önemli bazı sağlık sorunları ortaya çıkar. Ayrıca sigara izmaritlerinin neden olduğu çevre kirliliği, yangınlar da ciddi boyuttadır. Ekonomik yük tütün kullanımının yarattığı bir diğer sorundur. Yalnızca sigara satın almak için harcanan para günde 70 milyon TL, yılda ise 25 milyar TL dolayındadır. Bu miktardan daha fazlası da sigara içiminin neden olduğu hastalıkların tanı ve tedavisi için harcanmaktadır. Sonuç olarak sigara kullanımı hem kişisel hem de ülke ekonomisi bakımından ciddi yük oluşturmaktadır.



2. TÜRKİYE'DE TÜTÜN KONTROLÜ TARİHÇESİ

Tütün kullanımının zararları, bu konudaki bilimsel kanıtların ortaya konmasından önceki dönemlerden beri bilinmektedir. Bu nedenle tütün kullanımının kontrolü konusundaki uygulamalar da çok eski yıllara kadar uzanmaktadır. Ancak tütün kullanımı ile kalp hastalıkları, kanserler gibi ciddi sağlık sorunları arasındaki nedensel ilişkilerin ortaya konduğu 1950 ve sonrası dönemde tütün kontrolü konusu gerekli hale gelmiş ve bu konudaki çabalar hız kazanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve diğer bazı ülkelerde 1930 ve 1940'lı yıllarda tütün ürünlerinin reklâmları yapılırken, hatta bu reklâmlarda sağlık personeli de yer alırken, günümüzde sağlık personeli tütün kontrolü çalışmalarında öncü rol oynamaktadır. Dünyadaki ilerlemelere paralel olarak ülkemizde de bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Özellikle 2008 yılında yürürlüğe giren yasa ile Türkiye tütün kontrolü alanında dünyanın sayılı ülkeleri arasında yer almıştır.

Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili gelişmeleri üç dönem şeklinde incelemek uygun olur. Osmanlı İmparatorluğu zamanından itibaren 1980'li yıllara kadar olan dönem tütün kullanımının arttığı ve çok uluslu tütün firmalarının Türkiye'ye girdiği dönemdir. Bu tarihten başlayarak tütün kontrolü yasasının yürürlüğe girmesine kadar olan dönem ikinci evre, tütün kontrolü yasasından sonraki dönem de üçüncü evre olarak ele alınabilir.

2.a. 1983 Öncesi Dönem

Türkiye'de oldukça eski dönemlerden başlayarak tütün kullanımının çeşitli sakıncaları dile getirilmiş ve bu konuda bazı kısıtlamalar da yapılmıştır. Tütünün ülkeye girdiği 1600'lü yıllarda saray baş cerrahı olan İbrahim Efendi tütün kullanımı konusunda kısıtlamalar yapmış ancak başarılı olamamıştır. Aynı yıllarda Padişah IV. Murat'ın da tütün kullananları ağır şekilde cezalandırdığı bilinmektedir. Ancak o zamanki gerekçe tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri değil, sosyal bazı nedenler olmuştur. Bu dönemde tütün içtiği için sürgüne gönderilen Bahai Efendi'nin V.



Sultan Mehmet (Avcı Mehmet) döneminde affedilerek şeyhülislam olmasından sonra 1646 yılında tütün kullanım yasağı şeyhülislam fetvası ile kaldırılmıştır. Daha sonra 19. yüzyıl ortalarında tütün ithalatı yasaklanmış ve 1872 yılında da tütün işletmeleri ve tütün satışı hakkı Rum bankerlerine satılmıştır. 1883 yılında ise tütün işletmelerinin imtiyazı 30 yıl süre için İngiliz'ler tarafından yönetilen Reji İdaresine satılmıştır. Böylelikle Osmanlı döneminde kırsal yöre halkının önemli bir gelir kaynağı olan tütün üretim ve satışı yabancıların eline geçmiş oluyordu.

1923 yılında Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından hemen sonra 1925 yılında Reji'nin sermayesi olan dört milyon Fransız Frankı tutarındaki para ödemek suretiyle Reji yönetimi Cumhuriyet Hükümeti tarafından devralınmıştır. Böylelikle tütün ve tömbekiği satın almak, işlemek, kıymak; bu tütünden sigara, enfiye, ağız ve pipo tütünü yapmak; bu maddeleri markalı, bandrollü ve etiketli kutulara ve paketlere koymak; bunları ülke içinde satmak Devletin tekeli altına alınmış ve Milli Koruma Kanunu uyarınca Tekel tütün üreticisini desteklemekle görevlendirilmiştir.

Türkiye'de ana-çocuk sağlığı çalışmalarını başlatan kişi olan Besim Ömer Paşa (Akalin) 1888 yılında tütünün zararları konusuna işaret eden yazı yazmıştır. Sonraları 1900'lü yılların ilk yarısında bazı yazarlar ve doktorlar (Peyami Safa, Mazhar Osman, Fahrettin Kerim, Sadi İrmak gibi) tütün kullanımı ile ilgili çeşitli sakıncaları dile getiren yazılar yazmış ve konuya dikkat çekmişlerdir. Bu yıllar dünyada sigaranın sağlık sakıncaları ile ilgili bilimsel kanıtların ortaya konduğu yıllardır. Bunun üzerine tütün endüstrisi filtreli sigaraları üretmeye başlamış, bu şekilde sigara kullanımının yol açacağı zararlardan korunulacağı görüşünü yaymıştır. Dünyadaki bu gelişmelere paralel olmak üzere Türkiye'de de 1960'lı yıllarda çeşitli yayın organlarında filtreli sigaraların sigaraya bağlı sorunlardan koruduğu şeklinde yazılar görülmüştür.

2.b. 1983 – 1996 Arası Dönem

Türkiye'de tütün üretimi, satış ve pazarlaması uzun yıllar boyunca devlet eli ile Tekel Genel Müdürlüğü

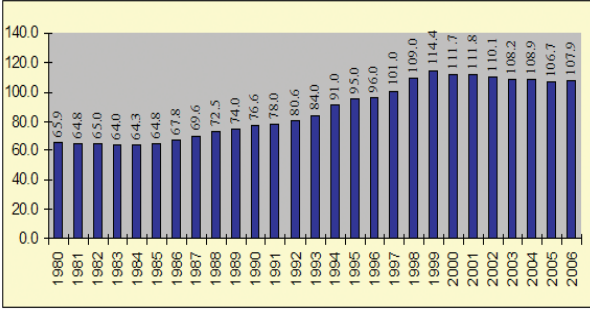


tarafından yapılmıştır. Devlet sigara içmek isteyenlere bu ürünü sağlamış, ancak tütün kullanımını artırıcı çaba içinde olmamış, yabancı sigaraların ithalini de yasaklamıştır. Bununla birlikte yabancı markalı sigaralar kaçak yollarla ülkeye girmeye başlamıştır. Bunun üzerine çok uluslu sigara firmaları yabancı sigaraların Türkiye'ye ithaline olanak veren bir düzenleme yapılması için hükümetle görüşmeler yapmaya başlamıştır. 1980 askeri müdahalesini takiben kurulan hükümet bu yöndeki talebi kabul etmemiş, ancak seçimlerden sonra 1983 yılında kurulan hükümet yabancı sigaraların Türkiye'ye ithaline olanak veren bir yasa çıkarmıştır. 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı Kanunla Tekel Genel Müdürlüğü'nün adı Tekel İşletmeleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilerek Kamu İktisadi Kuruluşu haline getirilmiştir. Yasa ile KİT haline gelen Tekel, sigara ithalatı yapmaya başlamıştır. Böylece 1862 yılından beri yasak olan tütün ve tütün mamullerinin ithalatı 1983 yılında serbest hale gelmiş, daha önce ülkeye kaçak yollardan giren Amerikan harmanı sigaraların ülkeye girişi devlet eliyle yapılmaya başlamıştır. Önceleri ülkeye kaçak yollardan giren, sonra da devlet tarafından ithal edilmeye başlanan ithal tütün harmanı sigaralar getirdikleri yeni koku, içim, boyut ve sloganlarla kısa sürede sigara pazarında önemli paya sahip olmuştur. Yabancı sigaraların ülkeye girmesine olanak veren bu yasadaki sonraki dönemde, 1983 ile 1999 yılları arasında Türkiye'de sigara kullanımında %80 artış meydana gelmiştir (Şekil 3).

Sigara ithalatı, ithalatın başladığı yıl olan 1984'te 2300 ton olarak gerçekleşmiş, sonra hızla artarak 1997 yılında 45 bin tona ulaşmıştır. İthalat başlangıçta yalnızca sigara ithalatı şeklinde olmuş, ancak 1988 yılından itibaren tütün ithalatı da başlamıştır. İthal edilen tütün miktarı da hızla artmış, 1988 yılında 600 ton olan tütün ithalatı 2007 yılında 60 bin tonun üzerine çıkmıştır. Bu arada 3 Haziran 1986'da 1177 sayılı Tütün ve Tütün Tekeli Yasası değiştirilmiştir. Bu değişiklikle sigara ithalatı ve sigara üretim, dağıtım ve satışındaki devlet tekeli kaldırılmış ve özel firmalar da sigara ithalatı yapabilir hale gelmiştir. Bu değişiklikten dört yıl sonra da 8 Ağustos 1990'da İzmir Torbalı'da Philip Morris–Sabancı Holding birlikteliğiyle,

DPT'nin de izni alınarak sigara fabrikası kurulmuştur. 3 Mayıs 1991 tarihinde Resmi Gazete'de, "Sigara imalatı, ithali ve dağıtımını üzerindeki devlet tekelinin kaldırılması" şeklindeki Bakanlar Kurulu Kararı yayınlanmıştır.

Şekil 3. Türkiye'de Sigara Satış Miktarı 1980–2006 (bin ton)



1983 – 1999 arası %80 artış

Yaşanan bu olaylar sonucunda bir yandan ülkenin tütün endüstrisi çok uluslu tütün şirketlerinin eline geçmiş, öte yandan reklâm ve tanıtım çalışmalarının da etkisi ile ülkede tütün kullanımı hızla artmıştır. Bunun üzerine tütün kullanımını kontrol etmeye yönelik düzenlemeler yapılması gündeme gelmiştir. 1991 yılında yabancı şirketlere sigara fabrikası kurarak üretim yapma yetkisi tanınırken, ilk kez tütün kontrolüne yönelik bir yasa da TBMM'de kabul edilmiştir. Ancak yasa Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiş ve yürürlüğe girememiştir. Aynı dönemde tütün kontrolü amacı ile sivil toplum hareketi gelişmeye başlamış, 1993 yılında Ankara'da "Sigara ve Sağlık" konulu bir sempozyum düzenlenmiştir. Bu sempozyumun devamında tütün kontrolü konusunda çalışmalar yapan kuruluşların bir araya gelmesini sağlamak amacı ile 1995 yılında "Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)" kurulmuştur. SSUK'un da çabaları ile 1991 yılında veto edilen yasa tekrar gündeme getirilmiş, uzunca süren tartışmalar sonucunda 1996 yılında 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Kanun'un getirdiği başlıca düzenlemeler şu şekildedir:



- Bazı kamusal alanlarda tütün kullanım yasağı (eğitim ve sağlık kuruluşları, spor ve eğlence yerleri ile toplu taşıma araçları ve işyerleri)
- Tütün ürünlerinin reklâm ve tanıtımı yasağı
- 18 yaşından küçük çocuklara tütün ürünü satışı yasağı
- Sigara paketleri üzerine sağlık uyarısı yazılması
- Radyo ve TV kanallarına ayda 90 dakika eğitici yayın yapma ödevi
- Ceza hükümleri

Yasanın yürürlüğe girmesinden sonra tütün endüstrisi yasanın iptali amacı ile çeşitli girişimlerde bulunmuş, ancak sivil toplumun kararlı tepkisi ve Anayasa Mahkemesinin kararı ile dava red edilmiş ve tütün endüstrisi amacına ulaşamamıştır. Yasada yer alan düzenlemelerin hepsinin tam olarak uygulandığı söylenememekle birlikte reklâm ve tanıtım yasağı maddesi ile toplu taşıma araçlarında sigara kullanım yasağı, paketler üzerindeki sağlık uyarıları ve televizyonlardaki eğitici yayınlar maddeleri başarılı şekilde uygulanmıştır. En çok sağlık ve eğitim kurumlarında olmak üzere de sigara kullanımının kontrolü yönünde uygulamalar zaman içinde artmıştır.

2.c. 1996 Sonrası ve Günümüz

1980'li yılların ikinci yarısında yaşanan olaylar sonucunda ülkede sigara tüketimi artmış, ayrıca uzun yıllar devlet kontrolünde olan tütün üretimi de çok uluslu şirketlerin kontrolüne girmiştir. Bu şirketler Türkiye'de kendi fabrikalarını kurup sigara üretimi yapmışlar, bu ürünlerin satış ve pazarlamasına da kendileri karar vermişlerdir. Uzun yıllar devlet desteği ile üretim yapan tütün çiftçisi, bu destekten yoksun kalınca tütün üretimi yapamaz hale gelmiş, tütün üreticisi ve tütün üretimi azalmış, buna karşılık dışarıdan tütün ve sigara ithali de artmıştır. Son 10 yıllık sürede tütün üreticisi sayısı ve üretilen tütün miktarı üçte bir düzeyine inmiş, buna karşılık ithal edilen tütün miktarında büyük artış meydana gelmiştir (Tablo 3). Bu süreç içinde Tekel özelleştirilmiştir. Böylelikle ülkedeki sigara pazarı tümü

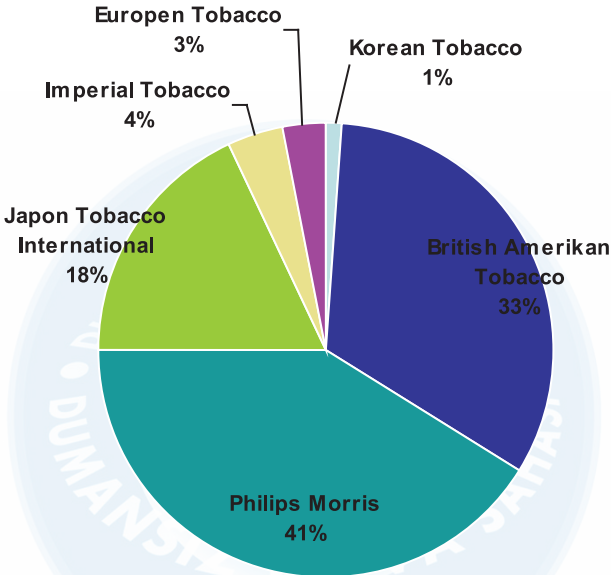
Tablo 3. Türkiye’de Tütün Üretimi ve Tütün İthalatı, 1988 – 2009

Yıllar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tütün üreticisi (x1000)	622	568	583	478	405	318	282	252	215	180	182	81
Üretim alanı (1000 ha)	278	270	237	199	199	184	193	187	146	145	147	116
Üretim miktarı (1000 ton)	202	244	204	150	160	112	134	135	98	75	93	92
İthalat miktarı (1000 ton)	42 (1988 0.6 ton)	49	62	64	56	70	57	67	67	3 70	84	77



ile yabancı şirketlerin eline geçmiştir. Sonuç olarak bugün Türkiye’de satılan ve tüketilen tütün ürünleri Türk malı değildir, tamamı çok uluslu tütün şirketlerinin ürünleridir. Ülkedeki tütün pazarında en büyük pay Philip Morris ve British-American Tobacco şirketlerinin elindedir (Şekil 4).

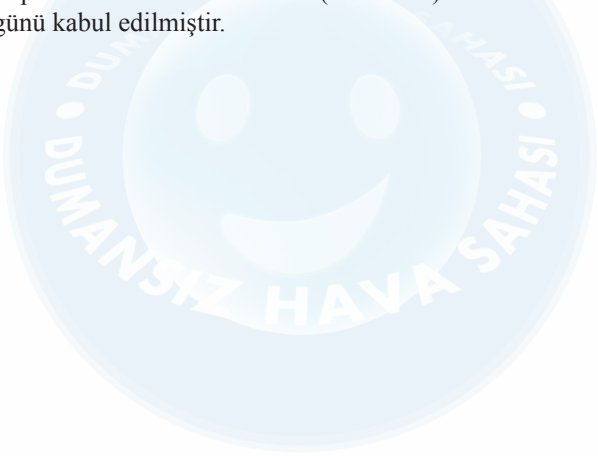
Şekil 4. Türkiye’de Tütün Firmalarının Pazar Payları, 2009



Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Türkiye’deki tütün mücadelesi bakımından dönüm noktası oluşturmuştur. Geçen zaman içinde ülkede yavaş bir tempo ile de olsa tütün karşıtı kamuoyu oluşmuş, tütün kullanımında az da olsa azalma meydana gelmiştir. Bu arada tütün kontrolü konusunda dünyada da önemli gelişmeler yaşanmıştır. Çeşitli ülkelerde başarılı şekilde tütün karşıtı yasalar yürürlüğe girmeye başlamış, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de tütün kontrolü konusunda düzenlemeler yapmıştır. İki yıl süren tartışmalar sonucunda 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu toplantısında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (Framework Convention on Tobacco Control) kabul edilmiştir. Çerçeve Sözleşmenin ana teması, tütüne olan talebin ve tütün arzının azaltılması, tütün ve



tütün ürünlerine ulaşmanın güçleştirilmesi konularıdır. Çerçeve Sözleşme uyarınca üye ülkelerin ulusal tütün kontrol programı hazırlaması beklenmektedir. Türkiye bu Sözleşmeyi 2004 yılında imzalamış ve aynı yıl TBMM’de onaylamak suretiyle Sözleşmeye “taraf” ülke konumuna gelmiştir. Sözleşme uyarınca devlet ve sivil toplum taraflarının katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yasal destek gereği belirmiş, hem 1996 yılındaki yasanın kapsamını genişletmek ve hem de Eylem Planı hedeflerini gerçekleştirmek için yeni bir yasal düzenleme yapılması yoluna gidilmiştir. TBMM Komisyonlarında tartışmalar uzunca sürmüş, sonuçta “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (No. 5727) 3 Ocak 2008 günü kabul edilmiştir.





Bu yeni Kanun ile 1996 yılında çıkarılmış olan Kanun'un kapsamı genişletilmiş, sigara içilen alanlar azaltılmış, bütün kapalı mekânlar sigara dumanından arındırılmıştır. Ayrıca yasada ceza hükümleri netleştirilmiş ve kolaylıkla uygulanabilir hale getirilmiştir.

Yeni Kanun'daki başlıca değişiklikler aşağıda sıralanmıştır:

1. Sigara içilmesinin yasak olduğu yerler genişletilmiştir:
 - a. restoran, bar, kahvehane, birahane gibi ikram sektörü işletmeleri dahil olmak üzere bütün kapalı alanlarda
 - b. kamu hizmet binalarının koridorları dahil olmak üzere bütün kapalı alanlarında
 - c. ticari taksiler dahil olmak üzere bütün kamu ulaşım araçlarında
 - d. spor, kültür, ticaret, eğlence yerleri ve otellerde
 - e. okul ve dersanelerin kapalı ve açık alanlarında (bahçelerinde) sigara içilmesi yasaklanmıştır.
2. Tütün ürünlerinin her türlü reklâm ve tanıtımı ile sponsorluk faaliyetleri de yasaklanmıştır. Yasanın konuya ilişkin maddelerinden bazı örnekler şu şekildedir:
 - a. tütün ürünleri kıyafet, takı, aksesuar olarak taşınamaz
 - b. araçlarda tütün firmalarının markası bulunamaz
 - c. tütün ürünleri hediye, eşantıyon olarak dağıtılamaz
 - d. sağlık, eğitim, spor tesislerinde tütün ürünü satılamaz

Onsekiz yaşından küçüklere sigara satılamaz, bu çocuklar tütün endüstrisi işlerinde çalıştırılmaz, tütün ürünleri otomatik makineler ve internet yolu ile satılamaz. Yasanın hapis cezası öngördüğü tek maddesi çocuklara sigara satılması ve çocukların bu alanda çalıştırılması durumuna ilişkin maddedir. Bu kurala uymayanlara 6 ile 12 ay arasında hapis cezası verilmesi söz konusudur.



3. Radyo ve televizyonlarda eğitici yayınlar konusu düzenlenmiştir. Bu yayınların süresi değişmemiş, ancak yayın saatleri televizyonun çoğunlukla izlendiği saatlere (08.00–22.00 arası) yöneltilmiştir. Bu yayınların en az 30 dakikalık bölümünün de 17.00 ile 22.00 saatleri arasında yapılması kurala bağlanmıştır.

4. Sigara paketleri üzerinde birleşik uyarılar(yazı ve resim): Bu konuda gerekli olan değişiklik 2005 yılında Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) tarafından yapılmıştır. Daha önce paketler üzerinde “Yasal Uyarı: Sağlığa Zararlıdır” ifadesi yer alırken TAPDK tarafından yapılan düzenleme ile 1 Mayıs 2010 tarihinden itibaren paketlerin ön yüzlerinin %65’ini kaplayacak şekilde birleşik uyarılar, arka yüzünün %30’unu kaplayacak şekilde de genel uyarılar yazılmaya başlanmıştır. Ayrıca tütün ürünü paketleri üzerine paketin içindeki ürünün emisyon değerlerinin yazılması da zorunluluk olmuştur.

5. Ceza hükümleri: Yasada belirlenen kısıtlamalara uymayan kişilere ve kuruluşlara yönelik çeşitli cezalar açık ve net olarak belirtilmiştir. Kişilere verilecek cezalar konusunda Kabahatler Kanunu’na (Madde 39) atıf yapılmak suretiyle uygulamanın nasıl yapılacağı belirtilmiştir. Kurallara uymayan kişilere uygulanacak ceza 2010 yılı için 70 TL olarak belirlenmiştir ve bu miktar her yıl yeniden değerlendirilmiştir. Sigara içilmesi yasak olduğu halde bu kurala uymayan işletmelere uygulanacak ceza miktarı ise 572TL olup tekrarlanması halinde 5723TL’ye kadar artırılabilir. Tütün şirketlerinin kural ihlali yapmaları durumunda ceza vermeye yetkili kuruluş TAPDK’dır ve ceza miktarı 50 bin ile 250 bin TL arasındadır. Radyo ve televizyonlara ise ceza verme yetkisi RTÜK’tedir ve radyo veya televizyonun bölgesel veya ulusal yayın kapasitesine göre 1000 TL ile 100 000 TL arasında değişen miktarlarda ceza öngörülmüştür.

Yeni yasanın getirdiği yeniliklerden birisi de illerde “İl Tütün Kontrol Kurul”larının oluşturulmasıdır. İllerde valilerin başkanlığında ildeki kamu ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinden oluşan kurul geniş katımlı



bir yapıdır ve ildeki tütün kontrolü çalışmalarının planlanması ve uygulanması bakımından görevli ve yetkilidir. Bu kurulların aldığı kararların uygulanmasını kontrol etmek amacı ile de “İl Denetim Ekipleri” oluşturulmuştur. Bütün illerde kurul üyeleri ve denetim ekipleri yasa konusunda bilgilendirilmiştir.

Türkiye’de 1996 sonrası dönemde meydana gelen önemli bir gelişme de Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu’nun (TAPDK) kurulmuş olmasıdır. Tekel’in önce şirket haline getirilmesi, daha sonra da özelleştirilerek satılması nedeniyle ülkede tütün piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesi işlevini yürütecek bir yapı gereği orta çıkmış ve bu gereksinmeyi karşılamak üzere 2002 yılında TAPDK kurulmuştur. Kurum, çeşitli tebliğleri ile sigara üretim ve satışı konularında düzenlemeler yapmıştır. Bu kapsamda 6 Ocak 2005 günü Resmi Gazete’de yayınlanan Yönetmelik uyarınca 2006 yılı başından itibaren sigara paketlerinin ana yüzü üzerine, yüzeyin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı yazısı yazılması ve paketin yan yüzüne de yüzeyin %10’unu kaplayacak şekilde katran ve zifir içeriği yazılması kararlaştırılmıştır. TAPDK’nın Haziran 2009 tarihindeki Kurul Kararı ile de 2010 yılı Mayıs ayı başından itibaren tütün ürünleri paketleri üzerine resimli uyarıların basılmasına başlanmıştır.

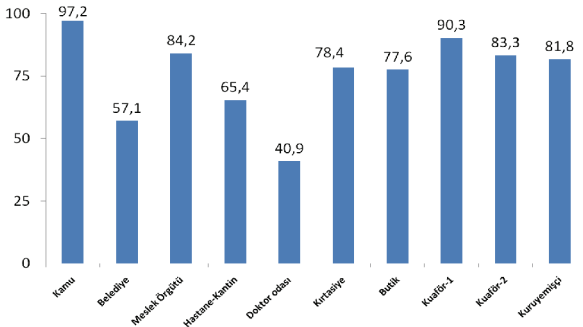
Tütün kontrolü çalışmalarının etkisinin değerlendirilmesi de çok önemlidir. Bu çalışmalar sonunda ülkedeki tütün kullanım sıklığının nasıl bir seyir izlediğinin izlenmesi ve değerlendirilmesi gereklidir. Türkiye’de uzun yıllardan beri çeşitli bölgelerde ve çeşitli gruplarda tütün ürünleri kullanım sıklığı konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Ancak bu çalışmaların yöntem bakımından farklılıkları olduğu gibi ülkeyi temsil eden örnekler üzerinde yapılan çalışmalar da değildir. Tütün kullanımı konusunda TAPDK tarafından saptanan tütün ürünleri satışına ilişkin bilgiler olmakla birlikte, tütün ürünü kullanım sıklığının zaman içindeki seyrinin izlenmesi amacı ile belirli aralıklarla prevalans çalışmaları yapılması gereklidir. Bu amaç doğrultusunda DSÖ, CDC gibi uluslararası kuruluşlarla işbirliği halinde çalışmaların yapılmasına başlanmıştır. Bu konudaki ilk çalışma Küresel Gençlik Tütün Araştırması’dır (GYTS;



Global Youth Tobacco Survey). İlk kez 2003 yılında yapılmış olan çalışma 2009 yılında tekrarlanmıştır. İki çalışmanın sonuçlarının karşılaştırılması gençlerdeki tütün kullanım sıklığının seyrini ortaya koyma bakımından fikir verecektir. Aynı yöntemle yetişkinler arasında da (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, GATS; Global Adult Tobacco Survey) 2008 yılında yapılmıştır. Bu çalışmanın da aralıklarla tekrarlanması planlanmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye 2008 yılında çıkardığı yasa ile tütün kontrolü alanında dünyada en ileri konumdaki ülkeler arasında yer almıştır. Genel olarak kapalı yerlerde tütün ürünleri kullanımı konusunda yasaklar olmakla birlikte pek çok ülkede bu kuralın uygulanması bakımından bazı istisna durumlar söz konusudur. Örneğin bazı ülkelerde büyük restoranlarda sigara içen müşteriler için bölümler ayrılmıştır veya özel olarak sigara içenler için alanlar vardır. Oysa Türkiye’de kapalı alanlarda sigara kullanımının kısıtlanması bakımından (cezaevleri, akıl hastaneleri ve yaşlı bakım yurtları olmak üzere) yalnızca üç konuda istisna tanınmıştır. Böylelikle Türkiye’de tam anlamı ile “tütün dumsuz” kapalı ortamlar sağlanmış olmaktadır. Bu yasanın yürürlüğe girmesinin olumlu etkileri de ortaya konmaya başlamıştır. Yasanın uygulamaya girmesinden önceki değerlere göre (alış-veriş merkezi, dükkan, kuaför salonu, ofisler gibi) kapalı ortamlarda ölçülen partikül (PM 2.5) değerlerinde %90'lara ulaşan azalmalar saptanmıştır (Şekil 5).

Şekil 5. 4207 Sayılı Kanun’un Uygulamaya Girmesinden Önce ve Sonrasında Bazı Kapalı Ortamlarda PM 2.5 Düzeylerindeki Azalma (%)





Tütün kontrol yasasının olumlu yansıması ile ilgili önemli bir konu da tütün kullanım sıklığındaki azalmadır. Tütün kullanım sıklığı konusunda 1993–2003–2006 ve 2008 yıllarında yapılan çalışmalarda erkekler arasında sigara kullanım sıklığında %10 azalma saptanmıştır. Kadınlar arasında ise, az da olsa 2003 yılından başlayarak hafif bir azalma olduğu gözlenmektedir (Şekil 1). Bu azalmanın sağlık etkileri bakımından yansıması henüz görülmemekle birlikte gelecek yıllarda bu yönde olumlu bulguların ortaya çıkması beklenmektedir.

Türkiye'nin tütün kontrolü alanındaki başarılı uygulamaları uluslararası alanda da ilgi ile izlenmektedir. Uluslararası kuruluşların bu konuya ilgisi esas olarak Türkiye'nin, MPOWER stratejilerinin çoğunluğunu etkili şekilde karşılamış olmasından kaynaklanmaktadır. Yeni yasa özel mülkler dışındaki bütün kapalı alanlarda sigara içimini yasaklamak suretiyle sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi konusunda son derecede olumlu bir ortam yaratmaktadır. Tütün firmaları tarafından reklâm, tanıtım ve sponsorluk yapılması da yasa tarafından net bir ifade ile yasaklanmıştır. Televizyon ve radyolar tarafından tütün kullanımının zararları konularında yayınlar yapılmaktadır, sigara fiyatları da artırılmıştır. Geçtiğimiz 10 yıl içinde Türkiye'de sigara fiyatları 1,5–2 kat dolayında artmıştır. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de sigara fiyatları halen oldukça düşüktür. M-POWER stratejilerini karşılama bakımından ülke olarak üzerinde durmamız gereken asıl nokta, sigara bırakma ile ilgili destek sağlanmasıdır. Halen ülke çapında faaliyet gösteren sigara bırakma merkezlerinin sayısı 120 dolayındadır. Bu sayıda sigara bırakma merkezi ile ülkedeki 20 milyon dolayında sigara içen kişilere destek sağlanması söz konusu değildir. Bu hizmetin ülke çapında yaygın şekilde sunulması konusunda daha ileri adımların atılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra sigara fiyatlarının da artırılması gerekmektedir.



3. TÜTÜN İLE MÜCADELEDE İL TÜTÜN KONTROL KURULLARININ ÖNEMİ

İl Tütün Kontrol Kurulları (İTKK) yapısının kurulması tütün dumansız Türkiye için çok önemli bir gelişme olarak kabul edilmelidir. Bu yapılanma il düzeyinde kamu ve sivil toplum örgütlenmelerinin oluşturduğu tütün ile mücadele sürecinin başından bu yana gözden geçirildiğinde gereksinime bağlı olarak ortaya çıkan bir platform olarak da düşünülebilir. Kurulların kurulması için gerekli altyapı, yasal düzenlemeler, vb. oluşturulmuş, konu olgunlaştırılmış ve çalışma sistematikleri adım adım tamamlanmıştır. Bu konuda 2004 yılında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin (TKÇS) imzalanmasından sonra hızlanan ve sözleşmenin Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından onaylanarak ve Resmi Gazete'de yayınlanarak ulusal bir yasa niteliği kazanması önemli bir ivmedir. TKÇS'nin yasal nitelik kazanmasının ardından tütün ile mücadelede ulusal çalışmalar da hızlanmıştır Bu konuda bazı önemli gelişmeler aşağıda belirtilmiştir:

1. Türkiye'de **Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008–2012** oluşturulmuştur.

2. 7/11/1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'da değişiklik yapan 5727 sayılı Kanun 19/1/2008 tarihli ve 26761 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklâm, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmak amacını taşıyan ve adı "**Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun**" olarak değiştirilen 4207 sayılı Kanun hükümleri (2.nci madde birinci fıkra (d) bendi hariç) 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kanunun "Tütün ürünlerinin yasaklanması" başlığını taşıyan 2.nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi ise 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren özel hukuk kişilerine



ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde yürürlüğe girmiştir.

3. Tütün karşıtı kanunun uygulanabilirliğinin ve toplumsal desteğin artması için yerel düzeyde düzenlemelerin önemi bulunmaktadır. Yerel düzeyden söz ederken tütün mücadelesinin il düzeyinde örgütlenmelerini anlamak gerekir. Bu yapılanmaların başında İTKK örgütlenmeleri gelmektedir.

4. 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 2007/38 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi doğrultusunda illerde İl Hıfzısıhha Meclisi kararı ile İTKK oluşturulmuştur. İl Tütün Kontrol Kurulları öncelikle illerde 4207 Sayılı Kanun hükümlerinin uygulanmasında karşılaşılan sorulara ve sorunlara açıklık getirilmesi, kanun hükümlerinin tüm kamu ve özel hukuk işletmelerinde titiz bir şekilde uygulanmasını, takibini ve kontrolünün sağlanması, Dünya Sağlık Örgütü TKÇS hükümleri uyarınca hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planının yürütülmesi, planda belirtilen etkinliklerin gerçekleştirilmesi, koordinasyonu ve takibinin yapılması, tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü faaliyetlerinin yürütülmesi ve tüm bu konularda gerekli tedbirlerin alınması için çok önemlidir. İl Tütün Kontrol Kurulları ile ilgili başlıca bilgiler aşağıda yer almaktadır:

- İlde bulunan tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite ve sivil toplum örgütlerinin bu kurula dâhil edilmesiyle mümkün olduğunca geniş bir kesimin bu mücadeleye katılımı sağlanır.

- Sigara ve diğer tütün mamulleri ile ilde yapılan ve yapılacak olan mücadele bu kurul koordinasyonunda yürütülür.

- Kurulun en az ayda bir toplanarak çalışmalarını gözden geçirmesi, varsa aksaklıklara yönelik tedbirler alınması sağlanır.



- Kurula vali ya da vali yardımcısının başkanlık yapması, ilde tütünle mücadeleden sorumlu il sağlık müdür yardımcısının kurulda görev alması sağlanır.

- Kurulun sekretarya işlemleri İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılır.

- Kurul tütün ve tütün ürünleri kullanımının yasak olduğu alanlarda gerekli denetimleri yapmak üzere ekipler oluşturulmasını ve bu ekiplerin 4207 sayılı Kanun ve uygulamaları hakkında periyodik aralıklarla gerekli ve detaylı hizmet içi eğitimleri almasını sağlar.

- Kurul 4207 sayılı Kanun gereği 18 yaşından küçüklere sigara satışı ile okul önleri ve çevresinde sigara satılmaması konusunda gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.

- Sigaranın insan sağlığına zararlı etkileri, dumansız çalışma ortamlarının oluşturulmasının gereği ve önemi gibi konularda toplum bilincini artıracak panel, konferans vb. faaliyetlerin düzenlenmesini sağlar.

- İşletme sahipleri ya da temsilcileri ile düzenli toplantı/ziyaretler gerçekleştirerek yasa ve uygulama usulleri hakkında bilgilendirilmelerini sağlar.

- Yasanın uygulanması esnasında gerekli cezai işlemlerin yerinde ve zamanında uygulanmasını sağlar.

- Kurul faaliyetleri ile ilgili çalışma raporları üçer aylık aralıklarla, denetimlerle ilgili veriler ise aylık olarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi gerekmektedir.

- Kurul çalışmaları, aylık ya da üçer aylık raporlar gibi konularda Sağlık Bakanlığı ile iletişimi kurulda görevli İl Sağlık Müdürlüğü temsilcisi sağlar.

İl Tütün Kontrol Kurulları'nın çalışmaları illerde Valiliklerin başkanlığında ve Sağlık Müdürlükleri koordinatörlüğünde yürütülmektedir. Kurullar çalışmaların daha pratik ilerleyebilmesi için Yürütme Kurulu oluşturabilmektedirler. Yürütme kurulları ve İTKK çalışmalarını oluşturdukları çalışma yönergesi doğrultusunda sürdürebilmektedirler. İTKK



yapılanmasının önemli bir diğer bileşeni de Denetim Ekipleridir. İllerde gereksinime göre denetim ekipleri oluşturulmuş, ekiplerin çalışmalarını kolaylaştırabilmek için yönerge çalışmaları sürdürülmüştür. Denetim ekiplerinin görev ve sorumlulukları İl Tütün Kontrol Kurulu üyeleri arasından seçilmiş Yürütme Kurulu üyeleri tarafından düzenlenen eğitimler aracılığı ile denetim ekibi üyelerine aktarılmaktadır. Denetim Ekiplerinin görevlerinin daha iyi algılanabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından Mart 2009 tarihinde DUMANSIZ HAVA SAHASI-DENETİM EKİPLERİ İÇİN REHBER oluşturulmuş ve bu rehber bütün illere denetim ekiplerine ulaştırılmak üzere iletilmiştir. Günümüzde illerin tamamında denetim ekipleri bu rehberin içinde yer alan bilgiler doğrultusunda denetim sürecini planlamakta ve uygulamaktadır. Denetim ekipleri ile ilgili aşağıdaki bazı bilgiler önem taşımaktadır:

- İl genelinin değerlendirilebilmesi için yeterli olacak ekip sayısı İl Tütün Kontrol Kurulu tarafından belirlenir.
- Ekiplerin asgari 2 kişi olması beklenmektedir. Ekipler Kanun hükümlerinin uygulanması ile ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarından (Sağlık Müdürlüğü, Emniyet Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, Belediyeler gibi) yetkilendirilecek personelden oluşturulacaktır. Ekipler içerisinde kolluk kuvvetleri (zabıta, polis, jandarma) temsilcisinin bulunmasına gayret gösterilecektir.
- Oluşturulan ekiplere İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 4207 sayılı Kanun hükümlerinin uygulamaları hakkında detaylı hizmet içi eğitimi verilir.
- Ekiplerin Valilik oluru ile resmi olarak görevlendirmeleri yapılır.
- Ekiplere denetimler esnasında kullanmak üzere kimlik düzenlenir.
- Denetim ekipleri öncelikle kapalı alanlarda tütün ürünleri tüketilmeyecek ve vatandaşlarımızın yoğun bir şekilde giriş çıkış yaptıkları alışveriş merkezi, ticaret merkezi, iş hanı, sinema, tiyatro, havaalanı, otopark, spor ve eğlence tesisi vb. yerlerin yanı sıra kuaför ve berber



gibi tütün ürünleri tüketiminin yoğun olduğu işletmelerde inceleme yapacaklardır.

- Denetim ekiplerinde görevli personelin giyim kuşamı mevzuata uygun olmalıdır.

- Denetim ekipleri ziyaret ettiği mekânda öncelikle ziyaret sebepleri ve 4207 sayılı yasa, işletmelerin yasa gereği yerine getirmesi gerekli yükümlülükler hakkında kısa bir bilgilendirme yapmalı, ziyaret esnasında olumlu, eğitici, yapıcı bir tavır içinde olmalıdır.

- Denetimler belirli bir düzen içerisinde ve sürekli yapılacaktır.

- Denetimlerde uyarıda bulunulan ve gerekli düzenlemeleri yapması istenen kurum ve kuruluşlar, verilen süre sonunda mutlaka tekrar ziyaret edilecektir.

- Denetimlerde ekipleri 2008/66 sayılı Genelge ekinde yer alan 4207 sayılı Kanun uygulamaları izleme formu ve 4207 Sayılı Kanun Uygulamaları Tespit Formundan yerli sayıda bulundurmalarıdır. Yapılan her denetim aksaklık olup olmadığına bakılmaksızın mutlaka kaydedilmelidir.

- Denetim ekibinde cezai işlem uygulamakla yetkili kolluk kuvveti temsilcilerinin beraberlerinde ceza makbuzlarını bulundurmaları gerekir.

İl Tütün Kontrol Kurulunun Sağlık Müdürlüklerinde çalışan üyelerine yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen eğitimlerin sürekliliği önemlidir. Bu eğitimlerin denetim sürecinde yaşanan aksaklıkların saptanması, çözümlerin oluşturulması, denetim ekiplerinin altyapı, bilgi, beceri açısından desteklenmesi, gerektiğinde yeni (ek) ekiplerin oluşturulması, aralıklı olarak geribildirim toplantılarının düzenlenmesi gibi konularda sürdürülmesi önem taşımaktadır.

Sonuç olarak tütün mücadelesinin en geniş yelpazede sürdürülebilmesi için kapsayıcı ve kavrayıcı çalışmaların yaygınlaştırılması gereği toplum tarafından kabul edilmiştir. İl Tütün Kontrol Kurulları bu bağlamda önemli bir açılım olmuştur.

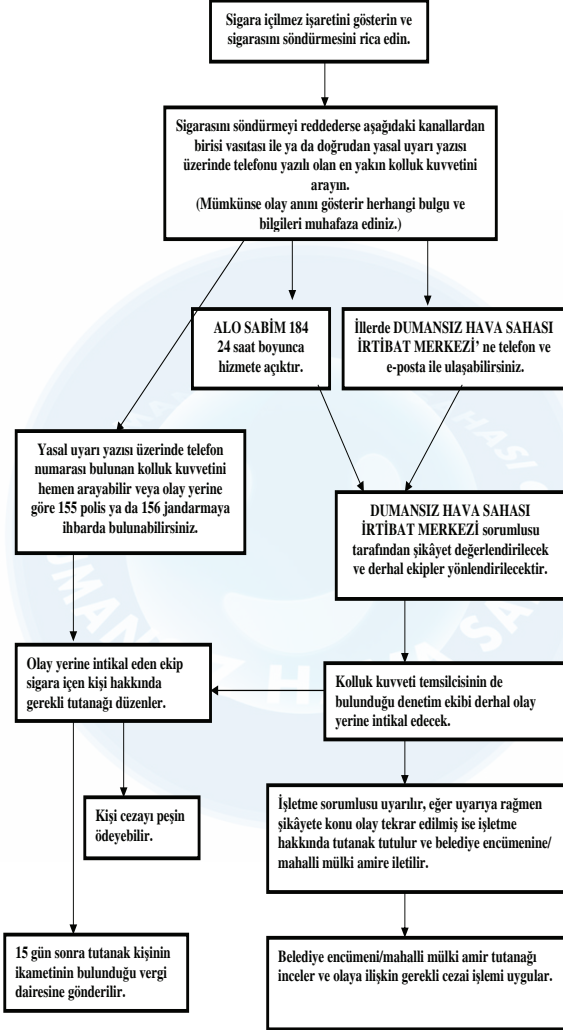


Yasak kapsamında bulunan yerlerde tütün ürünü içen birey (ler) karşısında alınması beklenen tutumlar ile birlikte **tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu işletmesinde tütün ürünü tüketen şahıs gören işletme sahiplerinin yapacağı işlemler** aşağıdaki akış şemalarında sunulmuştur.





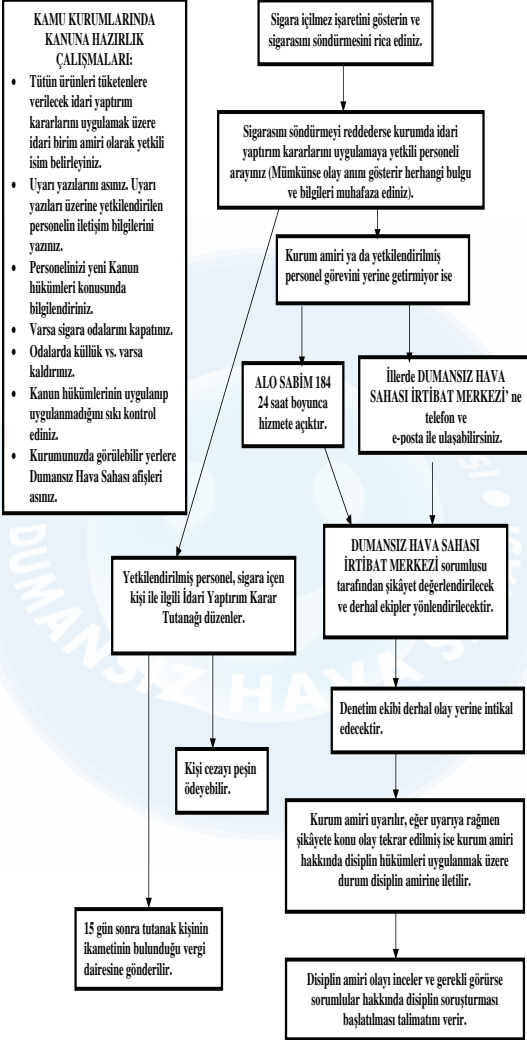
TÜTÜN ÜRÜNÜ TÜKETİMİNİN YASAK OLDUĞU ALANDA TÜTÜN ÜRÜNÜ TÜKETEN BİR KİŞİYİ GÖREN BİREY TARAFINDAN YAPILACAK İŞLEMLER



Tütün ürünü tüketen kişi şiddete başvuracağı yönünde tehditte bulunursa kolluk kuvvetlerinden yardım isteyiniz.



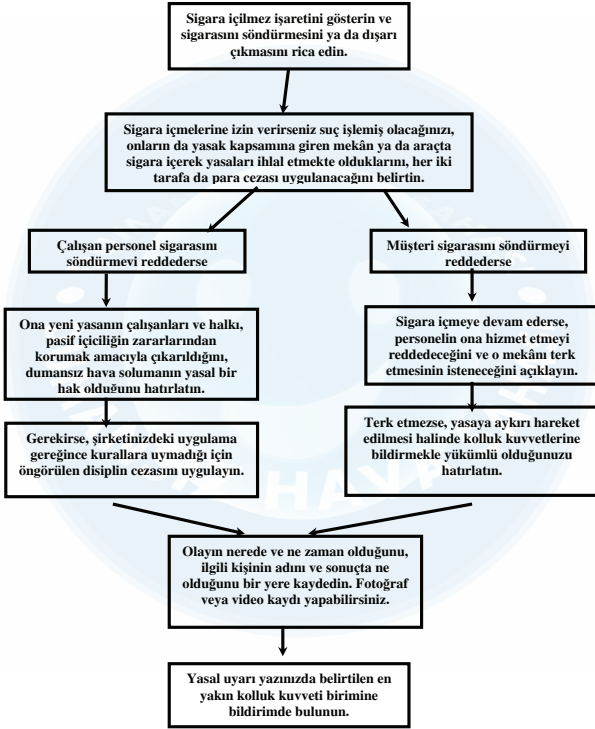
KAMU KURUM VE KURULUŞLARINA AİT BİNA, ARAÇ VE TESİSLERDE TÜTÜN ÜRÜNÜ TÜKETEN BİR KİŞİYİ GÖRENLER TARAFINDAN YAPILACAK İŞLEMLER





TÜTÜN ÜRÜNÜ TÜKETİMİNİN YASAK OLDUĞU İŞLETMESİNDE TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN ŞAHIS GÖREN İŞLETME SAHİPLERİNİN YAPACAĞI İŞLEMLER

Tütün ürünü tüketiminin yasak olduğu mekânların ve/veya araçların sorumluları, buralarda yasaya uyulmasını sağlamak noktasında yükümlülük altındadır. Sorumlu oldukları bir mekânda ya da araçta sigara içmeye veya diğer tütün ürünlerini kullanma girişimi olanlara yönelik alabilecekleri pratik önlemler şöyledir:





4. TÜTÜN İLE MÜCADELEDE HEKİM ROLÜ

DSÖ-TKÇS'nin önsözünde sağlık çalışanlarının ve hekimlerin tütün ile mücadele etkinliklerine katılımının sağlanmasının yaşamsal bir önemi olduğu vurgulanmaktadır. Çok kolay olmayan bu sürecin başarılabilmesi için bazı konuları bilmekte yarar bulunmaktadır. Türkiye'de de Dünyanın diğer bölgelerinde olduğu gibi hekimler tütünün zararlarını, tütün ile mücadelenin gereği konusunda bilgi sahibidir. Uygulamaya yönelik eksiklik ve aksaklıkların en az düzeye indirilebilmesi için sistematik ve standart bir yaklaşım önem kazanmaktadır. Hekimlerin tütün mücadelesindeki rolleri ROL MODELİ OLMA SORUMLULUĞU ile başlar. Hekimlerin HİÇ sigara içmemesi uygun olur. Sigara içen hekimlerin kendilerine başvuranlara sigara içmenin zararlarını söylemesi inandırıcı olmaz. Sigara içen hekimler HEKİMLİK VE SİĞARA İMGELERİNİ bir arada BULUNDURMAMALIDIRLAR. Örneğin, hastanın/başvuranın göreceği yerde sigara içmemek, beyaz önlüğün cebinde sigara paketi bulundurmamak gibi konular önemlidir. Hekimin rol modeli olma sorumluluğunun yanı sıra birey ve topluma karşı yapması gerekenler rehberin ilerleyen bölümlerinde sunulmuştur.





BÖLÜM 2



Tütün Bağımlılığı İle Mücadele





1. SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM VE PSİKO-SOSYAL DESTEK VE TEDAVİ PROGRAMI

Yaygın bir bağımlılık olarak kabul edildiği halde sigara içenlerin ancak yaklaşık yarısı başvurdukları hekim tarafından bırakma konusunda tavsiye almaktadır. Gereksinimi olan bireylerin danışmanlık, bırakma programına yönlendirilme ya da ilaç tedavisi seçeneklerine ulaşabilmesi daha az düzeydedir. Yapılan çalışmalar, sigarayı bırakma üzerindeki etkililiği en iyi kanıtlanmış iki tedavi yönteminin davranış danışmanlığı ve ilaç tedavisi olduğunu göstermektedir. En etkili sonuçlar bu iki yöntemin birlikte uygulanmasıyla sağlanmaktadır. Hipnoz ve akupunktur gibi diğer yöntemlerin etkili olduğuna dair kanıta dayalı çalışma bulunmamaktadır. Yapılan meta analiz sonuçları da hekimin bırakmayı önermesinin erişkinlerde bırakma hızında artışa neden olduğu; hatta üç dakika gibi kısa bir süreyle bir danışmanlık yapmasının çok fazla etkili olduğu gösterilmiştir. Telefon görüşmeleri dâhil görüşme süresi uzadıkça etkililik belirgin olarak artmaktadır.

Hekimin hastaya sigarayı bırakma konusundaki yaklaşımları 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö ya da 5D) stratejileri başlığında ele alınmaktadır:

1	ASK	<i>ÖĞREN(SOR)</i>	DEĞERLENDİR	Her görüşmede sigara kullanımını sor
2	ADVICE	<i>ÖNER</i>	DOĞRU BİLGİ/ KESİN TAVSİYE	Sigara kullananların tümüne bırakmayı öner
3	ASSESS	<i>ÖLÇ (DEĞERLENDİR)</i>	DERECELENDİR	Bırakma girişimi konusunda ki isteğini değerlendir
4	ASSIST	<i>ÖNDERLİK ET (YARDIMCI OL)</i>	DESTEK OL	Bırakma konusunda yardımcı ol
5	ARRANGE	<i>ÖRGÜTLE (DÜZENLE)</i>	DÜZENLİ OLARAK İZLE	Hastanın bırakma çabalarını destekleyecek düzenli izlemi yap



a. Değerlendir

(Ask-Öğren/Sor)

Hastaya sigara içme durumunu sorun.

Hastaya sigara içip içmediğinin sorulması vital bulguların değerlendirilmesi kadar önemli olup bireyin başvuru nedenine bakılmaksızın sigara içme durumu mutlaka sorulmalıdır.

Kan Basıncı: Nabız: Vücut ağırlığı Vücut ısısı: Solunum sayısı	Sigara içme durumu Halen içiyor İçmiş bırakmış Hiç içmemiş
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Bireye sigara içme durumunu sorarken yargılayıcı ve kinayıcı ifadelerden kaçınmaya çalışılmalıdır.

Görüşme teknikleri:

İlk görüşmede:

“Hiç sigara içtiniz mi? Sadece sigarayı da düşünmeyin “örneğin pipo, puro gibi herhangi bir tütün mamulü içtiniz mi ya da düzenli olarak içtiniz mi?”

Sigara içmekte olan kişilerden kısa sigara içme öyküsü alalım.

Günde kaç sigara içiyor? Ne zaman başlamış? Ne zaman bir paketin üzerine çıkmış? Bırakmayı denemiş mi? Ne olmuş? Ailede içenler var mı? gibi.

Önemli noktalar:

- Takip edilen hastanın sigara içme durumu en azından 12 ayda bir kontrol edilmelidir.
- Sigarayla ilişkili sık rastlanan durumları olan hastaların (Koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, KOAH, hipertansiyon gibi) sigara içme durumlarının daha sık değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Sigarayı bırakma kılavuzları, hekimlerin hastalarının sigara kullanma durumunu yılda en az bir kez kontrol



etmelerini ve kullananlara sigarayı bırakmalarını önermesini vurguluyor.

- Bu kısa öneri, hastanın sigarayı bırakma konusunda yardım isteyip istememesinden bağımsız olarak fırsat bulunduğu tavsiye edilmelidir.

- Başvuran birey sigara içmiyor ise içmeme halinin sürdürülmesi konusunda olumlu geribildirim veriniz.

b. Doğru bilgi/kesin tavsiye

(Advice-Öner)

1. Hastaya mutlaka sigarayı bırakmasını önerin.
2. Net, güçlü, kişiye özel öneride bulunun.

1. Hastaya mutlaka sigarayı bırakmasını önerin.

Sigara içicisi olarak tanımlanan tüm hastalara sigarayı bırakma önerisinde bulunulmalıdır. Sigara içicileri, hekime başvurdukları herhangi bir sağlık sorunu ile bağlantı kurulduğunda sigarayı bırakma önerisine daha açık olabilmektedir. Ne söyleneceği ve nasıl söyleneceği öneride bulunan hekime, öneriyi alan kullanıcıya ve önerinin bulunduğu duruma bağlıdır. Hastaya bırakma önerisinde bulunurken, net cümleler kurun, kanıtlardan yararlanarak güçlü mesaj verin ve hastanın sağlık sorunu ile sigara içimi arasında bağlantı kurun.

Bir kullanıcıya sigarayı bırakma önerisinde bulunulurken seçilebilecek ifadeler

- *“Sigara kullanımına ilişkin riskleri sanırım zaten biliyorsunuz. Ben yine de sigarayı bırakmanın önemini vurgulamak istiyorum. Sigarayı bırakmak, sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şeydir.”*

- *“Sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır ve size mümkün olduğunca çabuk bırakmanızı öneriyorum.”*

- *“Sigarayı bırakmak kanser, kalp hastalığı ve KOAH (müzmin bronşit) yakalanma riskinizi büyük ölçüde*



azaltacaktır. Ayrıca fazlasıyla tasarruf da edeceksiniz: Günde 20 sigara içen biri yılda en az 1000–1500 TL tasarruf edebilir.”

• “Sigara kullananların çoğu günün birinde sigarayı bırakmayı ister. Siz de er ya da geç sigarayı bırakma konusunu düşünmelisiniz.”

• “Doktorunuz olarak en önemli görevlerimden biri size sigarayı bırakmanızı önermektir. Sigarayı bırakmak sağlığınıza korumak ve iyileştirmek için yapabileceğiniz en iyi şeydir. Bu şu an için de geçerli, gelecek için de!”

2. Net, güçlü, kişiye özel öneride bulunun.

• Şu anda sigarayı bırakmanın sizin için önemli olduğunu düşünüyorum size yardımcı olabilirim (NET)

• Hekiminiz olarak sağlığınıza korumak için şu anda veya gelecekte yapabileceğiniz en iyi şeyin sigarayı bırakmak olduğunu bilmenizi isterim (GÜÇLÜ)

c. Derecelendir

(Assess-Ölç-Derecelendir)

Görüşme sırasında motivasyonel görüşme teknikleri uygulanması hekime çok yardımcı olmaktadır. Bu teknikte hastanın değerlendirilmesi, değişim gereksinimi ve isteği, olası çözüm yolları önerilmektedir.

1. Bırakma isteğini sorun.

- Bırakmayı düşünmüyorum
- Bıraksam iyi olabilir ama bırakabilir miyim; bırakmak da başka sıkıntılar getirebilir
- Bırakmaya karar verdim
- İçmiyorum
- İçmemeyi sürdürüyorum
- Yeniden başladım



2. Bırakmak isteyen hastanın kararlılığını belirleyin.

DEĞİŞİM BASAMAKLARI (Prochaska ve DiClemente) Altı değişik aşamanın her birinde, değişime erişmek için yapılması gereken belli ödevler ve işlemler vardır.

- **FARKINDALIK ÖNCESİ:** Davranışı değiştirmesi gerektiğinin farkında değildir.

- **FARKINDALIK:** Hem bir problemi olduğunu ve hem de bu davranışı değiştirmenin fizibilitesi ve maliyetini düşünmesiyle başlar. Kararsızlık vardır.

- **NİYET (HAZIRLIK):** Değişmek için kararı burada verirler.

- **EYLEM:** Problem davranışı düzeltmeye başlarlar. Genellikle 3–6 ay sürer.

- **SÜRDÜRME:** Eylem aşamasını başarıyla geçip değişikliği yerinde tutma aşamasıdır.

- **RELAPS:** Tekrar içmeye başlanan aşamadır.

Değişim dönemleri modeli hastayı ve hastanın bulunduğu evreyi belirlemek için de önemlidir. Kime yardımcı olmak istiyorsunuz? FARKINDALIK ÖNCESİ dönemde olan kişiye sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz sorusuna yanıtı “hayır” olacaktır. FARKINDALIK döneminde olan içiciler ise biraz daha ambivalan duygu içinde olup bırakmayı düşündükleri halde henüz hazır değildirler. Genellikle bu kişiler daha önce bırakmayı denemiş ama geçmişte başarısız olmuşlardır. Bırakmaya karşı değildirler hatta bu konuda kendilerine söz vermiş bile olabilirler. NİYET (HAZIRLIK) aşamasında olmak demek aslında gerçekten bırakmayı istemek demektir EYLEM aşamasında olan hasta ise artık bırakan kişidir ve bırakma işleminin kalıcı olması için 3–6 aya gereksinim vardır. Bu arada kayan (bir tek sigara için) hastalarınız olabilir. Bunun 1-2 kez tekrarlanması LAPS olarak tanımlanır. LAPSler RELAPSın habercisidir. Artık kişi yeniden sigara içmeye başlamıştır.



Daha sonra kısa ve uzun dönem olarak SÜRDÜRME dönemi. Bu arada dönemler arası geçiş olabilir. Bazıları ise bu 1-2 sigara içmeyi laps olarak değerlendirebilir. Ardından TAM RELAPSı artık kişi yeniden sigara içmeye başlamıştır. Bu yapının üstün tarafı kişinin bulunduğu döneme göre görüşmeyi yönlendirme olanağı sağlamaktadır. Eğer kişi ön hazırlık döneminde ise “*bana biraz geçmişte bırakmada yaşadığınız zorluktan söz eder misiniz? Niçin?*” ya da “*Bırakmak konusunda ne kadar süredir düşünüyor yada gayret gösteriyorsunuz?*” gibi sorular sorulabilir.

Hekim olarak farkındalık dönemindeki içicinin niyet dönemine geçmesini sağlayabilirsiniz. Hatta artık eylemde ise bu kez de relaps önleme programı ile hastanın içmemeyi sürdürmesini sağlayabilirsiniz. En önemlisi çok az bir kayması ya da lapsı olan hastaların tam relapsa geçmelerinin önlenmesidir.

Eğer hasta başvurduğu anda sigarayı bırakmaya istekliyse:

- Bu aşamada hastayı içtenlikle kutlayın.
- Hastanızın sigarayı bırakma nedenlerini kaydetmeniz yararlı olabilir (Bu sorunun yanıtını hastanızdan isteyebilirsiniz.)

Sigarayı neden bırakmak istiyorsunuz? sorusunu sorarak en önemli nedeni belirleyin.

“Çünkü sağlığım zaten kötü”

“Çünkü gelecekteki sağlığım için endişeliyim”

“Çünkü sigara içmek pahalıya mal oluyor”

“Çünkü başkaları bırakmam için baskı yapıyor”

“Ailemin sağlığı için”

Bu süreci yönetebilecek durumdaysanız destek sağlayın.

- Eğer henüz kendinizi sigara bırakma desteği ve tedavisi sağlama konusunda yeterli hissetmiyorsanız, mutlaka bir uzmana/bir merkeze yönlendirin.



• Eğer hasta şu anda sigarayı bırakmak istemediğini net olarak ifade ediyorsa, ona gelecekte bırakmayı düşünmesi durumunda yardımcı olunabilecek tedavi seçenekleri olduğunu hatırlatın, bırakmaya cesaret verici destek sağlayın.

Eğer hasta sigara içmekten memnun ve bırakmak istemiyorsa;

• Hastalar “*bırakmak istemiyor*” ya da “*şu anda bırakmak istemiyor*” yanıtını verdiklerinde o anda kullanıcıların sigarayı azaltmalarına yardım edecek ve uzun dönemde tamamen bırakmalarına yardımcı olabilecek ürünlerin mevcut olduğu bilgisi verilebilir.

3.Nikotin bağımlılığını ölçün:

Bu aşamada yaygın olarak kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

1	İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?	5 dakika içinde 6-30 dakika 30 dakika +	3 2 1
2	Sigara içilmeyen yerlerde sigara içmemekte zorlanıyor musunuz?	Evet Hayır	1 0
3	Hangi sigaradan vazgeçmekte en çok zorlanırsınız?	Sabah ilk içilen Diğer	1 0
4	Her gün genellikle kaç sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az 11 - 20 21 - 30 31+	0 1 2 3
5	Günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?	Evet Hayır	1 0
6	Çok hasta olduğunuzda veya günün çoğunu yatakta geçirdiğinizde sigara içer misiniz?	Evet Hayır	1 0

Tabloda yer alan sorulardan elde edilen puanların toplamı aşağıdaki şekilde yorumlanmalıdır:

0–2 = düşük düzeyde bağımlılık

3–7 = orta düzeyde bağımlılık

8–10 = yüksek düzeyde bağımlılık



4. Geçmiş bırakma deneyimlerini değerlendirin.

Daha önce sigara bırakma girişiminde bulunmuş ama başaramamış hastaların önceki bırakma öykülerinin değerlendirilmesi önerilir:

• *Daha önce sigarayı bırakma konusunda ciddi bir girişiminiz oldu mu?*

• *Evet, ise: Kaç kez? Geçmişte en uzun bırakma girişiminiz ne kadar sürdü?*

Öncelikle eski bırakma girişimleri gözden geçirilmeli ve neden bırakmayı denedikleri, hangi yöntemleri kullandıkları (birden kesme, giderek azaltma, farmakolojik yardımcıları gibi), yardım yöntemleri ve neden nüks olduğu belirlenmelidir. Eski bırakma çabalarından öğrenilmiş deneyimlerin yeniden yapılandırılması ve mevcut bırakma girişiminde bu öğrenilenlerin desteklenmesi anahtar noktadır. İkinci olarak şu anki sigara içme durumu değerlendirilmelidir. Elde edilen bilgiler, daha fazla sigara içmelerine neden olan hisler ve duyguların cevaplanması ve bu durumların tanımlanmasını içermelidir. Sigara içicisinin, her sigaraya ihtiyaç duyma düzeyini 1den(düşük ihtiyaç) 5'e kadar (yüksek ihtiyaç) değişen skalada cevaplaması sıklıkla yararlı olur. Davranışsal kişisel monitorizasyon; hastanın her sigara içtiğinde zaman, yer, durum, duygu, düşünceler ve ihtiyaç duyma düzeyini kaydetmesidir, bu hasta ve klinisyene belirli alanlardaki ihtiyaçların derecelendirilmesi için iyi bilgi verebilir.

Bir kez eski bırakma girişimlerinin gözden geçirilerek tetikleyiciler ve problemlerin saptanması ve şimdiki sigara içme örüntüsünün belirlenmesi, hastanın bu problem ve tetikleyicilere yönelik bilişsel ve davranışçı başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olacaktır.

Bunlar;

1. Sigara içmeye teşvik eden tetikleyicileri ve yüksek riskli durumları nasıl anlayacağı ve nasıl kaçınacağı hususunu açıklığa kavuşturulması.

2. Kendisini yüksek riskli durumlardan nasıl koruyacağını anlatılması



3. Sigara içmeye teşvik eden durumlarda uygunsuz davranışların yerine koyabilecekleri (yürümek, sigara içilmeyen bir yere gitmek, derin nefes alma ve diğer gevşeme egzersizleri gibi) hususunda yardımcı olunması.

4. Girişkenlik, reddedebilme ve diğer sosyal ilişkileri yönetme becerilerinin kullanılmasının sağlanması

5. Sigarayla ilgili pozitif inançlar ve mantıksız düşüncelerin bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasıdır.

Hastanın bırakma öyküsü ve geçmişte ilaç kullanımına verdiği yanıtlara verebileceğiniz karşılık için örnek:

“Sigarayı bırakmak için birçok kez çaba harcadığınızı görüyorum. Bu birkaç haftadan uzun sürmemiş. Dikkatinizi önemli bir noktaya çekmek istiyorum: Denemelerinizde bırakma belirtilerinin en güçlü olduğu ilk birkaç hafta boyunca sigara içmemeyi başarmış olmanız, aslında bunu yapabileceğinizi gösteriyor. Geçmişte bırakmayı denemek ve başarısız olmak, bu kez başarıyla bırakma şansınızı azaltmaz. Sigarayı bırakanlar çoğunlukla bunu birkaç denemeden sonra başarabiliyor. Lütfen vazgeçmeyin.”

d. Destek olun (Bırakan hastaya yardım edin; Assist-Önderlik et)

Hastanın bırakma planı yapmasına yardımcı olun.

Klinisyenin rolü bir bırakma planı geliştirmesini desteklemek ve bırakma sürecindeki hastayı desteklemek için takip planı hazırlamaktır. Hastanın tedavi planını oluştururken hastanın bağımlılığına bağlı fizyolojik, psikolojik ve sosyal bakış açıları göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi planı aşağıdaki Tablo 5’de özetlenmiştir. Ayrıca Tablo 6’da yer alan nikotin yoksunluk belirtilerinin şiddeti de mutlaka değerlendirilmelidir. Tablo 7, pratik bazı önerileri içermektedir.



Tablo 5. Bırakmaya Hazır Sigara İçicilerini Desteklemeye Yönelik Stratejiler

Eylem	Uygulanan Stratejiler
1.Hastanın bırakma planı geliştirmesine yardım etme	<p><i>Bırakma tarihi belirle</i>, tercihen bir sonraki hafta olmalı.</p> <p>Ailesi, arkadaşları ve iş arkadaşlarına bırakma niyetinden bahsetme ve başvurma nedenini anlama ve destekleme.</p> <p>Planlanan bırakma çabasına karşı olan zorlukları tahmin etme, özellikle de nikotin çekilme belirtilerini içeren ve onları belirlemeye hazırlık olan ilk birkaç kritik hafta süresince (Bak tablo)</p> <p>Çevreden sigaraları uzaklaştırma</p>
2. Pratik fikirler geliştirme (problem çözme/beceri eğitimi)	<p><i>Kaçınma</i> – Tamamen kaçınma esastır. “Bırakma tarihinden sonra tek bir duman dahi almama.”</p> <p><i>Geçmiş bırakma deneyimleri</i> – Yüksek riskli durumları tanımlayıp yeniden gözden geçirme ve neyin yardımcı olup neyin zarar verdiğini belirleme.</p> <p><i>Tetikleyicileri ve zorlukları tahmin etme</i>-Tetikleyiciler/zorluklardan söz etme ve onlara karşı nasıl başarılı olacağını konuşma</p> <p><i>Alkol</i> -- Bırakma süresince alkolden uzak durmayı yada sınırlandırmayı dikkate almalı çünkü alkol yüksek oranda relaps ile ilişkilidir</p> <p><i>Ev halkından diğer içiciler</i>--Hastayı ev arkadaşı ile birlikte bırakmayı cesaretlendirme veya kendi huzurları için sigara içmemeye yönlendirme</p>
3. Tedavi içi sosyal desteği geliştirme	Hastanın bırakma çabasını cesaretlendirirken destekleyici klinik çevreyi geliştirme, açıkca klinik çalışanların uygunluğunu hastayı destekleyici hale getirme
4.Tedavi dışı sosyal desteği sağlamada yardım	Hastanın bırakma çabasını eş, arkadaş ve iş arkadaşlarının desteğini alması için cesaretlendirme
5.Kontrendikasyon olmadıkça ilaç tedavisi önerilir	İlaç tedavisi bölümüne bak
6.Tamamlayıcı materyalleri sağlama	Hastanın yaşına, kültürüne, ırkına ve eğitim düzeyine uygun kendine yardım materyalleri sağlama.



<p>7. Takip programları iletişim kişi ya da telefon aracılığı ile</p>	<p>Bırakma gününden sonraki ilk hafta takip olmalı. İkinci takip randevusu ilk ay içinde önerilir. Diğer takip randevuları gereğince düzenlenir.</p> <p><i>Eğer takiplerde kayma (slip) olmazsa, başarısını kutla, karşılaşılan problemleri ve tahmin edilen zorlukları belirle ve kullanılan farmakolojik yardımları monitörize et</i></p> <p><i>Eğer sigara içilirse, sigara içmeye neden olan şartları belirle, tamamen kaçınmayı sağla, karşılaşılan problemleri ve tahmin edilen zorlukları belirle, kullanılan farmakolojik yardımları belirle, daha yoğun ve özel tedaviye sevk etmeyi göz önüne al</i></p>
-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tablo 6. Nikotin Yoksunluk Belirtileri

Belirti	%
Anksiyete	87
İrritabilite, asabiyet	87
Kalp atımında azalma	80
Konsantrasyon Güçlüğü	73
İştah artışı ve kilo alımı	73
Huzursuzluk	71
Tütün aşermesi	62

Kaynak: Hughes JR, Hatsukami DK. Arch Gen Psychiatry. 1986;43:289–294;

Hughes JR, et al. Psychopharmacology. 1984;83:82–87



Tablo 7. Pratik Rehberlik: Tedavi Bileşenleri (Problem-Çözme/Eğitim Becerileri)

Bileşen	Örnek
Riskli durumları tanımlamak Tanımlanabilir olaylar, içsel durumlar ya da tekrarlama ve içme riskinde artışa neden olan aktiviteler	—negatif duygu durumu —Diğer içiciler arasında olma —Alkol içme —Sigara içilmesinin teşvik edilmesi —Baskı altında kalma
Başta çıkma becerilerinde gelişme (Problem-çözme becerileri veya başta çıkmaya çalışma ve tanımlama). Tipik olarak, bu beceriler riskli durumlarla başta çıkmak için planlanabilir.	—Sigaranın cezbediciliğinden kaçınma ve sigara içmeden bekleyebilmeyi öğrenme —Negatif duygu durumunu azaltacak bilişsel stratejiler öğrenme —Yaşam kalitesini artırmak, stresi azaltmak için yaşam stilini değiştirme veya zevk verici faaliyetler üretme —Sigara içme dürtüsüyle başta çıkmak için davranışsal ve bilişsel faaliyetler öğrenme (Dikkatini belli odaklara yönlendirme gibi)
Temel bilgi sağlamak-Sigara içme hakkında bilgi sağlamak ve başarılı şekilde bırakma	—Herhangi bir şekilde sigara içme eylemi(tek bir içim bile) tam bir relaps olasılığını artırır. —Sigarayı bırakma sonrası 1-3 hafta içinde yoksunluk belirtileri tipik olarak en üst düzeydedir. —Sigara içmenin bağımlılık yapıcı yapısı

Kaynak: Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al.

Genel olarak problem-çözme ve beceri geliştirme stratejilerine ek olarak davranışçı terapiler uygulanan kişilerde bırakma yüzdeleri yüksektir.

Hastaya sosyal destek sağlayın.

Sigara içen kişiye yönelik sosyal destek sağlanması çok önemlidir. Bireye yönelik sosyal desteğin (iç tedavi sosyal destek) yanı sıra, eşler, iş arkadaşları, diğer yakın çevrenin tedavi dışı sosyal desteğinin sağlanmasına yardımcı olmak gerekir.

Sigara bırakma kliniği çalışanları aşağıdaki gibi bir süreci izleyebilir:

1. **Hazırlık** için bırakma öncesi görüşme. Hazırlık ve sigara bırakma tarihinin belirlenmesini içerir.



2. **Bırakma günü** (Bırakma gününde genelde hastaya randevu verilmez.)

3. **Bırakma sonrası ilk hafta.** Relaps riskinin en yüksek olduğu dönem.

4. **Bırakma sonrası ilk ay.** Haftalık, on beş günlük periyotlarla veya ay sonunda bir kez.

Unutmayın sigara bırakanlar en sık ilk 3 hafta içinde sigaraya yeniden başlıyor. Bu nedenle bu süreçte hastayı görmek, kararlılığı desteklemek, yoksunluk belirtilmelerini değerlendirmek ve gerekli müdahalelerde bulunmak yaşamsal önemdedir. Eğer olanağınız varsa sizin veya birlikte çalıştığınız bir görevlinin hastayı telefonla araması yararlı olabilir; size zaman kazandırabilir.

Yani, bu takip çizelgesi bırakma sonrası relaps riskinin en yüksek olduğu erken dönemde hastayı takip etmeye odaklanır. Hastanız ve sizin ihtiyaçlarınız, olanak ve tedavi seçiminize göre bu takvimi esnetebilirsiniz.

Sigara kullanıcısı ile tedavi konusunda konuşurken kullanılabilir bir örnek.

Sigara bırakma girişimi sırasında uygun yardım, destek ve öneriler ile tedavinizin gözden geçirilmesi, bırakma şansınızı neredeyse iki misli artırır. Kontrol görüşmelerinize gelerseniz başarınızı artırmak üzere size yardımcı olabilirim.

e. Düzenli Olarak İzle (Arrange-Örgütüle)

Takip programı telefonla ya da bireyle doğrudan temas kurularak sağlanmış olur. Hastanın bırakma gününün saptanmasından hemen sonra iletişime geçilmeli ve ilk ay boyunca, gerektiğinde ajanda kayıtları ile takip edilmelidir. Takipler sırasında, hasta başarısından dolayı kutlanmalı ve yoksunluk ile baş etmeye teşvik edilmelidir. Sigara içimi olduğunda, yol açan olayları değerlendiren bir görüşme yapılmalı, bu olayın öğretici yönü üzerinde durulmalı, yoksunluğa yönelik ilaç kullanımı yeniden değerlendirilmelidir. Olanak olduğunda, daha yoğun bir tedavi düşünülmeli ve kişinin katılımının olduğu web desteği sağlanmalıdır.



Sigara bırakma döneminde izleme aktiviteleri

- Relaps riski bırakma sonrası ilk ay ve özellikle ilk haftada çok yüksektir.
- Takipler yüz-yüze, telefonla veya posta yoluyla (elektronik veya elden) yapılabilir.
- Kalıcı olarak sigarayı bırakma öncesinde genellikle 3–4 defa girişimde bulunulmaktadır.
- Sigara bırakan hastaların bunlarla başa çıkma yöntemlerini belirlemek için 2–3 dakika fazladan zamana ihtiyacınız olabilir.
- Sigara bırakma sorunu karmaşık olan hastalarda tütün konusunu görüşme süresi 1–3 dakikaya sığmayabilir. Bu grup hastalarla daha uzun süre görüşmek veya sevk etmek daha uygun bir yaklaşım olabilir.

Takip randevularındaki aktiviteler

Başarıyı tebrik edin. Eğer sigara kullanılmış ise tümüyle yoksunluğa tekrar dönmesini sağlayın ve sorunları gözden geçirin. Relaps'ın bir öğrenme deneyimi olduğunu hastaya hatırlatın. Hâlihazırda yaşanmış problemleri belirleyin ve yakın gelecekte yaşanacak zorlukları belirtip önlem alın. İlaç kullanımı ve bununla ilgili sorunları değerlendirin (doğru kullanım gibi). Daha yoğun tedaviye yönlendirme ihtimalini göz önünde bulunun.

Bırakmayı düşünmeyenlere uygulanacak yöntemin uygulaması aşağıdaki başlıkları içermektedir (TeRKET kılavuzu-5R):

- Tüm etkileri gözden geçirin
- Riskleri vurgulayın
- Kazançları vurgulayın
- Engelleri Belirleyin
- Tekrarlayın

i. Tüm Etkileri Gözden Geçirin
Sigara bırakmanın hastanın kendisiyle ne kadar ilgili



olduğunu, tüm etkilerini mümkün olabildiği kadar spesifik bir şekilde anlamasını sağla. Motivasyonel bilginin etkisi, bu bilginin

- Hastanın hastalığı veya riski,
- Aile veya sosyal durumu (örn. Evde çocukların olması),
- Sağlık kaygıları,
- Yaş
- Cinsiyet ve
- Diğer önemli hasta özellikleri (daha önceki bırakma deneyimi, sigara bırakma konusunda kişisel bariyerler) ilişkisi ile bağlantılıdır.

ii. Riskleri Vurgulayın

Doktor, hastadan sigaranın sağlığı üzerine olan negatif etkilerini belirtmesini istemelidir. Doktor hasta ile ilişkili gibi gözükken özelliklerin altını çizebilir. Doktor, düşük nikotinli veya düşük katranlı sigara formlarının (pipo, puro vb) bu riskleri azaltmayacağını vurgulamalıdır. Risk örnekleri arasında şunlar vardır.

- **Akut riskler:** nefes darlığı, astım alevlenmesi, gebeliğin zarar görmesi, impotans, infertilite, artmış serum karbonmonoksit seviyeleri.

- **Uzun dönem riskler.** Kalp krizi ve inmeler, akciğer kanseri ve diğer kanserler (larinks, oral kavite, farinks, özefagus, pankreas, mesane, serviks), KOAH (kronik bronşit ve amfizem), uzun dönemli maluliyetler ve yoğun bakım ihtiyacı.

- **Çevresel riskler.** Eşinde artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski; sigara içenlerin çocuklarında sigara kullanma oranında artış; sigara içenlerinin çocuklarında düşük doğum ağırlıklı bebek, astım, orta kulak hastalıkları ve solunum yolu enfeksiyonları riskinde artış.

iii. Kazançları Vurgulayın

Doktor, hastadan sigarayı bırakmanın potansiyel yararlarını belirtmesini istemelidir. Doktor hasta ile ilişkili gibi gözükken özelliklerin altını çizebilir. Kazanç



örnekleri arasında şunlar vardır.

- Sağlık durumunda düzelme
- Gıdaların tadına varılması
- Koku duyusunun iyileşmesi
- Para biriktirme
- Kendini daha iyi, enerjik hissetme
- Ev, araba, kıyafet ve nefesinin daha iyi kokması
- Sigara bırakma kaygısının geçmesi
- Çocuklarına iyi örnek olması
- Daha sağlıklı bebek ve çocuklar
- Diğerlerini sigaraya maruz bırakma endişesinin ortadan kalkması
- Fiziksel olarak daha iyi hissetmesi
- Fiziksel aktivitelerini daha iyi yapabilmesi
- Cildinin daha geç yaşlanması

iv. Engelleri Belirleyin

Doktor, hastadan sigarayı bırakmanın önündeki engelleri ve zorlukları saptamasını istemelidir ve tedaviye yol gösterecek bileşenleri not almalıdır. Engel örnekleri arasında şunlar vardır.

- Yoksunluk belirtileri
- Başarısızlık korkusu
- Kilo alımı
- Destek yoksunluğu
- Tütünden alınan keyif

v. Tekrarlayın

Motivasyonu olmayan hastaların görüldüğü her muayenede motivasyon görüşmesi tekrarlanmalıdır. Daha önceki girişimlerinde başarısız olan sigara kullanıcılarına, çoğu sigara içicisinin, başarılı bırakma öncesi pek çok bırakma girişiminde bulunduğu anlatılmalıdır.



4. Bırakma Süreci İçin Özet Bilgiler

Aşağıdaki bölümlerde, başlangıçtan beri üzerinde durulan bazı noktalarda kısa tekrarlar ile bu önemli aşamalara ilişkin pratik ipuçlarının sağlanması amaçlanmıştır.

Hazırlık Görüşmesi

Hazırlık görüşmesinin, bırakma gününden yaklaşık bir hafta kadar önce yapılması önerilmektedir.

Hazırlık görüşmesi bırakma konusunda kesinlikle kararlı hasta ile yapılır; hastanın kararlılığı güçlendirilmeye çalışılır.

Bu görüşmede;

- Bırakma kararlılığı güçlendirilir.
- Daha önceki bırakma deneyimlerinin üzerinden geçilerek riskler değerlendirilir.
- Tedavi seçeneklerinin ne olduğuna değinilir.
- 1 hafta–10 gün sonrası için bırakma tarihi belirlenir.
- Bırakma sonrası olası güçlükler ve özellikle yoksunluk belirtileri tarif edilir.
- Kullanılacak tedavi tarif edilerek hastaya reçetesi yazılır.
- Bu süreçteki görüşme takvimi netleştirilir.

Hazırlık görüşmesi 30–45 dakika sürebilir ve bırakma tarihinden bir veya iki hafta önce yapılmalıdır.

Hazırlık görüşmesinde hastalarınızdan gelebilecek önemli bir-iki soru ve yanıt önerileri:

“Hazır olduğumda bırakmam mı daha iyi, yoksa bırakma günü belirleyip ona bağlı kalmam mı?”

“Bir gün belirlemek ve ona bağlı kalmak daha iyi. Bu sizin bırakmaya hazırlanmanıza yardımcı olacak ve size bir hedef verecektir. Bu tarihle beraber tüm sigaralardan kurtulacağınız ve yoksunluk belirtilerinizi kontrol etmek için kullanacağınız bir ilacınız olacak. Size süreç boyunca rehberlik edebilir ve kendinizi hazır hissedeceğiniz bir bırakma günü belirlemenize yardımcı olabilirim.”



Bırakma gününe kadar, içtiğim sigara sayısını azaltmalı mıyım?

“Buradaki sorun, giderek daha az sigara içtiğinizde, içtiğiniz her sigaranın sizin için biraz daha önemli olabilmesidir. Bırakma gününe geldiğinizde bunun size psikolojik olarak pek bir faydası olmayacaktır, aynı zamanda sigaradan biraz daha fazla nefes alacağınız için fiziksel olarak da faydası olmayacak. En iyisi, bu sizin sigara içtiğiniz son hafta olduğu için, şimdiye kadar nasıl içiyorduysanız o şekilde devam etmeniz ve kendinizi bırakma gününüze hazırlamanızdır.”

2. SİGARAYI BIRAKMADA UYGULANAN FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Sigara bırakmada etkin farmakolojik tedaviler tanımlanmıştır ve sigara içen bütün olgulara bu tedavi seçenekleri sunulabilir. Öncelikle sigara içen olgunun tanınması gerekir bu nedenle olgularla yapılan her klinik görüşmede sigara içim davranışı sorulmalı ve kayda geçilmelidir. Sigara içen olguya bu rehberin önceki bölümlerinde yer verilen kısa klinik görüşme ile yaklaşımda bulunulabilir. Görüşme sırasında hastanın sigara bırakma konusundaki kararlılığı ve nikotin bağımlılığı tespit edilir. Sigara bırakma girişiminde olan kişiye motivasyonel destek ile birlikte etkinliği kanıtlanmış farmakolojik seçeneklerden birinin uygulanması sigara bırakma başarısını artırır.

a. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin yerine koyma tedavisinin amacı, sigaranın bırakılmasını izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını gidermektir. Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Bağımlılık testine göre orta ve yüksek nikotin bağımlılığı saptanan olgular sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görürler. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer



yöntemlerden fayda görmemişse nikotin yerine koyma tedavisi uygulanır. Nikotin yerine koyma tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal banttır. Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır.

i. Nikotin Bandı

Nikotin bandı ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesi sağlanır. Bandın 16 saat ve 24 saat vücuda yapışık kalan iki formu vardır. Nikotin bandından sigara içimi ile alınan nikotin miktarının %50'si organizmaya geçmektedir. 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin alınmaktadır.

Ülkemizde 24 saatlik formu bulunan bantlar üç farklı boyutta olup, 30 cm²'lik bantta 21 mg, 20 cm²'lik bantta 14 mg, 10 cm²'lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Sigaranın bırakılması aşamalarında 2–4 haftada bir doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren bantlara geçilir ve tedavi 8–12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10–15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir.

Nikotin bandının yan etkileri azdır. Transdermal bant sabahleyin kuru, temiz ve kılsız deriye (genellikle gövdenin üst kısmına, omuz etrafına ve üst kol bölgesine) yapıştırılıp, 20 saniye kadar üzerine parmakla basılarak vücuda tam teması sağlanır. Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılarak ancak dört gün sonra tekrar aynı yere yapıştırılması önerilir. Böylece deride oluşabilecek irritasyon eritem gibi yan etkilerin sıklığı azalır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde oluşabilecek deri reaksiyonlarının yanı sıra, ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, hafif vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da diyare, eklem ve sırt ağrısı ortaya çıkabilir. Tedavinin kesilmesini gerektirecek kontrendikasyonlar



ciddi deri reaksiyonları, nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Kişi nikotin yerine koyma tedavisi sırasında sigara içmemelidir. Ayrıca gebelerde ve emziren kadınlarda, aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, unstable angina ve aritmileri olanlarda nikotin band ve diğer nikotin replasman tedavileri uygulanmamalıdır. Karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertroidi, hipertansiyon, tip I diabetes mellitus, feokromastoma ve kalp yetmezliği olanlarda nikotin yerine koyma tedavisi kullanımı sırasında dikkatli olunması önerilir.

ii. Nikotin Sakızı

Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Emilimin iyi olabilmesi için ağzın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin absorpsiyonu daha iyi olduğu için sakızlara bikarbonat eklenmiştir.

Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir, çünkü hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir.

Nikotin sakız tedavisini kullanan kişi, sigara içme isteği ortaya çıktığı zaman, nikotin tadını hissedene kadar sakızı 5-10 kez çiğneyip sonra bir kaç dakika yanak mukozasında bekletmelidir, bu dönemde mukozadan emilim olacaktır. Daha sonra mukozanın başka bir bölgesinde aynı işlemi tekrarlayarak nikotin emilimini artırabilir. Yaklaşık 20-30 dakika çiğnenen 2 mg'lık bir nikotin sakızı ile 0.8-1.0 mg nikotin, 4 mg'lık sakızla 1.2-1.4 mg nikotin emilir. Gün boyunca bu işlemi tekrarlayan kişiler, sigara içenlerin nikotin plazma konsantrasyonunun 1/3 (2 mg'lık sakız kullananlarda) ile 2/3'üne (4 mg'lık sakız kullananlar) erişirler. Sakız çiğnendikten 20-30 dakika sonra plazma pik değerine ulaşır. Sakızlar, düzenli kan nikotin düzeyi sağlayamadığından, çiğneme sıklığı ve miktarını genellikle kişiler kendi ihtiyaçlarına göre belirlemektedir. İki sakız arasında en az yarım saat ara bırakılmalıdır.

Nikotin sakızının, banda göre bir avantajı kişinin sigara içme isteği olduğu zaman kullanılmasıdır. Nikotin sakızı



kullanarak sigarayı bırakacak olan kişilere genellikle önerilen yöntem, sigara içimini tamamen durdurması ve düzenli olarak (sabah uyanmasından itibaren 8-10 saat sonrasına kadar her saat) sakızı çiğnemesidir.

Fagerström Testine göre orta ve düşük bağımlılığı olanlarda 2 mg'lık sakızlarla, yüksek bağımlılığı olanlarda 4 mg'lık sakızlarla tedavinin başlanması önerilir. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formun, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Nikotin sakız tedavisinin 8-12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir. Sigarayı bu yöntemle bırakan olguların %10'unun bir yıldan daha uzun süre sakız çiğnemeye devam ettiği bilinmektedir. Nikotin sakızlarının yan etkileri, ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık gibi bazı geçici hafif semptomlardır.

b. Bupropion HCL

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon 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 salımlı 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 zaman arası bırakılmalıdır. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedaviyi aynı dozda sürdürür. Tedavi 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Bupropion kullanılırken içilen sigara sayısına göre doz ayarlamasına gerek yoktur.

Karaciğerden metabolize olurken sitokrom P450 sistemi (isoenzim CYP2B6) üzerinden diğer ilaçlar, antidepresanlar, beta blokerler, antiaritmikler ve antipsikotikler ile etkileşebilir.



En sık bildirilen yan etkiler, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı ve ağız kuruluğudur. İlacın kullanımı sırasında deride kızarıklıklar ve kaşıntı da bildirilmiştir. Bupropion nadiren konvüziyona neden olabilir, sigara bırakma amacı ile kullanılan dozda konvüziyon gelişme olasılığı 1/1000 olarak bildirilmiştir.

Bupropion kullanımının kontrendike olduğu durumlar; konvülsiyon ve konvülsiyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir. Bupropion kullanılırken alkol alınmaması önerilir. Eğer alkol kullanılıyorsa aşırı tüketim veya aniden kesmeler konvüziyon eşiğini etkileyebilir. Bupropionun günlük dozu ağır karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlarda, 65 yaş üzeri olgularda ve ağırlığı 45 kg'ın altında olan olgularda yarıya indirilmelidir.

İlacın kullanımında dikkat edilmesi gereken durumlar ise antidepresan, antipsikotik ve antimalaryal ilaçlar gibi epilepsi eşiğini düşüren ilaçların da kullanıldığı durumlar, anorektik kullananlar, kafa travması öyküsü olanlar, alkolikler, CYP2B6 izoenzimi ile metabolize olan simetidin, sodyum valproat, siklofosfamid gibi ilaçları kullananlar, CYP2D6 izoenzimi ile metabolize olan tip 1 C antiaritmikleri ve beta blokerleri kullananlardır.

Bupropion gebelikte kullanılan ilaçlar açısından C kategorisinde olduğu için kullanımı önerilmez. Eğer gebelik durumu bilinmeden ilaç kullanılmış ise major teratojenik etkide artış bildirilmemiş olmakla birlikte spontan abortus riski açısından olgu izlenmelidir. Bupropion anne sütüne geçer, anne sütü ile beslenen bebeklerin plazmasında saptanmamakla birlikte laktasyonda kullanımı önerilmemektedir.

Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda nikotin yerine koyma



tedavileri ve bupropion kombine kullanılabilir. Nüks riski olan olgularda bupropion ile tedavi süresi uzatılabilir.

c. Vareniklin

Nikotin beyinde birçok bölgede loküle, pentamerik, α ve β subünitelerini içeren nikotinik asetil kolin reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. Nikotinik asetil kolin reseptörleri 2 α 4 ve 3 β 2 subüniteleri içerir. Yüksek afinite α 4, β 2 subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörler en yoğun olarak beyin ödül sistemi olarak da adlandırılan mesolimbik dopaminerjik sistemde lokalizedirler. Bu reseptörlerin uyarımı ile salınan dopamin, nikotinin tekrar alım yönündeki kuvvetli uyarısının devamına yol açar. Vareniklin α 4, β 2 subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Yarışmalı olarak bu reseptörleri bloke ederken bir miktarda reseptör aktivasyonuna neden olmaktadır. Nikotinik reseptörlerden α 4 β 2 subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin α 4 β 2 reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde 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 sigara bırakma amacı ile kullanılan farmakoterapiler arasında nikotin yerine koyma ve bupropion ile birlikte ilk seçenek ilaçlar grubunda yer almaktadır. İlaç sigara bırakmayı ilk kez deneyecek olguda direkt kullanılabilceği gibi, daha önce farklı preparatlarla sigarayı bırakmayı denemiş ancak nüks olmuş olgularda da yeni bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde önce 0.5 mg üç gün sabah dozu olarak başlanır, devamında 4–7. günler arası 0.5 mg sabah akşam, 8-14. günler arası 2x1mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda yedinci gün sigarayı bırakması amaçlanır.



Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır.

İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır. Diğer yan etkiler uykusuzluk, anormal düşler, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. Bu yan etkilerinin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp titre edilerek doz artırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse ilacın günlük dozu 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz artırılması (2x1 mg) denenir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denenmelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Yan etkiler, özellikle bulantı ilacın kullanıldığı süre uzadıkça şiddetini kaybetmektedir. Karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Diğer ilaçlarla etkileşim bildirilmemiştir. Vareniklin kullanımında metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değer izlenmesine gerek yoktur. Vareniklinin tedavinin 12. veya 24. haftasında kesilmesi sırasında ilacın dozunu titrasyon ile düşürmeye gerek yoktur, ilaç aniden kesilebilir.

Vareniklinin yaygın olarak kullanımını takiben nöropsikiyatrik semptomları arttırabildiği konusunda uyarı ve olgu bildirimlerinin olması nedeni ile ilacın prospektüsüne vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bilgileri eklenmiştir. Bu tür semptomlar sigara içenlerde yaşanabildiği gibi nikotin yoksunluk semptomları çeken diğer olgularda da görülebilmektedir. Sigara bırakma davranışının kendisi de bütün bu nöropsikiyatrik durumları ve intihar eğilimini arttırabileceğinden, bu tabloların ilaçtan mı ortaya çıktığı tartışılmaktadır. İlaç kullansın kullanmasın bütün sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür



semptomların ve duygulanım farklılıklarının oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Vareniklinin şizofreni, bipolar hastalıklar ve major depresyon geçiren olgularda güvenilirlik çalışmaları henüz yapılmadığından bu tür seçilmiş olgularda ancak konu ile ilgili uzmanların yakın takibi ile kullanımı önerilmektedir. İlacın dikkatte azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiğinin bildirilmesini takiben özellikle uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde, pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilir. Vareniklinin ortalama tedavi süresi 12 haftadır, ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıl için bırakmış kalma başarılarını artırdığı da görülmüştür. Tedavi süresinin uzatılması da nüks eğilimi olan olgular için düşünülebilir.





Tablo 8. Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Birincil

İlaç	Doz	Kullanım süre ve şekli	
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet	
Nikotin dilaltı tablet	<20 sigara/gün ise 2 mg ≥20 sigara/gün ise iki adet 2 mg	<20 sigara/gün ise 2 mg'lık tablet saatte 1 kez kullanılır, Günde 8-12 tablet kullanmak gerekir ≥20 sigara/gün ise saatde iki adet 2 mg tablet kullanılır Günde 16-24 tablet kullanmak gerekir. Üç ay kullanıldıktan sonra doz titre edilerek düşülür	
Nikotin bant	21 mg/ 24 saat 14 mg/24 saat 7 mg/24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır	
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır	
Vareniklin	0.5 mg/gün 1 mg/gün	0.5 mg/gün sabah ilk 3 gün, 0.5 mg sabah/akşam 4-7 gün, 1 mg sabah ve akşam 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar	



Farmakolojik Tedavi Seçenekleri

Kontrendike olduğu durumlar	Yan etkiler
Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tat, ağızda irritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız dış problemleri
Nikotin ve tabletin içeriğindeki diğer katkı maddelerine aşırı duyarlılık Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Hıçkırık, dispepsi, ağız kuruluğu, ağızda ve boğazda irritasyon
Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstable angina ve aritmi, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant alerjisi, Yaygın deri hastalığı varlığı	Ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık/diyare, eklem ve sırt ağrısı
Konvulziyon Konvulziyon eşğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü KontROLSÜZ hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Hamileler (C grubu) Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk Ağızda kuruma Tremor Deride kızarıklık Ciddi alerjik reaksiyon
Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık,



OKUMA İÇİN ÖNERİLER

1. 4207 sayılı; Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, Resmi Gazete 26 Kasım 1996, No: 22829.
2. 5326 sayılı Kabahatler Kanunu, 31 Mart 2005, sayı: Mükerrer 25772.
3. 5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete 19 Ocak 2008, No: 26761.
4. Ankara Valiliği İl Tütün Kontrol Kurulu Çalışma Yönergesi. <http://www.ssuk.org.tr/dgr.php>. Erişim: 15 Ekim 2009.
5. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Smoking Status of the Health Professionals and Influencing Factors, Ministry of Health, Ankara, 2008.
6. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T, Yardım MS, Eser S, Telatar G. Avrupa Tütün Kontrolü Raporu 2007-Türkçe Çevirisi (Bilir, N. Ed). WHO Yayınları, 2008.
7. Center for Drug Evaluation and Research. Varenicline (marketed as Chantix) information: FDA alert. Rockville, MD: Food and Drug Administration, 2008. <http://www.fda.gov/Cder/drug/infopage/varenicline/default.htm>. Erişim: 3 Ekim 2009.
8. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005; 48,3474-7
9. http://www.ssuk.org.tr/brosur_kitap/dumansiz_hava_sahasi.pdf. Erişim: 26 Ekim 2009.
10. http://www.ssuk.org.tr/pdf/2008_66_saglik_bakanligi.pdf. Erişim: 1 Ekim 2009.
11. Koplan KE, David SP, Rigotti NA. Smoking cessation. *BMJ*. 2008 26;336(7637):217.
12. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004;328: 509-11. Role of Health Professionals in Tobacco Control, WHO, Geneva, 2005 (Türkçe çeviri, N. Bilir, G. Telatar)
13. Settle Jr. EC. Bupropion sustained release: side effect pro.le. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 4):32-6.
14. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 1:CD000146
15. TurkStat, Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2008, Press Release, 30 April 2009.
16. Türkiye'de Etkili Tütün Kontrol Politikalarının Uygulanması Üzerine Ortak Ulusal Kapasite Değerlendirmesi. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Yayınları, Şubat 2009.
17. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd.durumu?kanun_no=5727. Erişim: 3 Ekim 2009.
18. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000; 2,19-37.
19. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003. http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf. Erişim tarihi: 8 Ekim 2009.
20. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPOWER Package, WHO, Geneva, 2008. (DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008. MPOWER Paketi. (Çeviri Ed. Bilir N). http://www.hasuder.org/raporlar/mpower_report.pdf. Erişim tarihi: 7 Ekim 2009.
21. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPOWER Package, WHO, Geneva, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Erişim: 7 Mayıs 2010.
22. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009, The MPOWER Package, WHO, Geneva, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf. Erişim: 7 Mayıs 2010.

