

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA SİGARAYI BIRAKMA
MÜDAHALELERİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. ESİN BİLGİN KONYALIHATİPOĞLU

GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: DOÇ.DR. DİLEK KARADOĞAN

RİZE-2023

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA SİGARAYI BIRAKMA
MÜDAHALELERİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. ESİN BİLGİN KONYALIHATİPOĞLU

GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: DOÇ.DR. DİLEK KARADOĞAN

RİZE-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bilgi ve yorumlara kaynak gösterildiğini ve kullanılan kaynak listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını beyan ederim.

Dr. Esin Bilgin Konyalıhatipoğlu

Mayıs 2023

TEŞEKKÜR

Sigara kullanımı ve tütün maruziyetinin bireysel sağlığa ve toplumsal olarak sağlık sistemlerine getirdiği büyük yük sigara bağımlılığı ile mücadelenin önemini gözler önüne sermektedir. Bu çalışma sayesinde sigara ve bırakma müdahaleleri alanına daha derinden yoğunlaşma fırsatı elde ettiğim için çok mutluyum. Meslek hayatım boyunca sigara ile mücadeleyi ön planda tutacak farkındalığımı oluşturan bu güzel tezi seçmemde kılavuz olan, gerek tez çalışmamın yürütülmesinde, tezin tüm aşamalarında, gerekse ihtisasım boyunca değerli önerileri ile bana yol gösteren, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez danışmanım Doç. Dr. Dilek KARADOĞAN'a

Göğüs hastalıkları ihtisasım boyunca tıbbi bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım kıymetli hocalarım; başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ünal ŞAHİN olmak üzere, Prof. Dr. Aziz GÜMÜŞ'e, Doç. Dr. Songül ÖZYURT'a, Doç. Dr. Neslihan ÖZÇELİK, Doç. Dr. Bilge YILMAZ KARA'ya

Tezin istatistiksel olarak yorumlanması ve analizler konusunda önemli katkıları olan hocam Doç. Dr. Gökhan TELATAR'a

İhtisasım boyunca omuz omuza birlikte çalışmaktan onur duyduğum çalışma arkadaşlarım Uzm. Dr. Hüseyin KOŞAK, Uzm. Dr. Semih ALTUNSOY, Uzm. Dr. Abdurrahman KOTAN, Uzm. Dr. Serdanur ÖZDEMİR, Uzm. Dr. Hasan Veysel KESKİN, Uzm. Dr. Muzaffer ŞENOL, Uzm. Dr. Derya TOPRAK, Dr. Neşe Merve GÜNER ZIRIH, Dr. İnci SELİMOĞLU, Dr. Kübra UYAR ER, Dr. Elvin KARAHACIOĞLU MADRAN, Dr. İsmail KAVAK, Dr. Enes AHMEDOĞLU, Dr. Elif KAPDAN, Dr. Tunç ACAR, Dr. Zeynep RAKICI, Dr. Ömer Faruk GAGİR'e

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım sağlık emekçileri sevgili hemşire, sekreter ve teknisyen arkadaşlara Desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz fedakarlıkları ve destekleri olan sevgili annem Kadriye KONYALIHATİPOĞLU, abim Mehmed Emre KONYALIHATİPOĞLU ve eşi Fatma KONYALIHATİPOĞLU, kardeşim Emin İdris KONYALIHATİPOĞLU'na

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE..

Ve tabi ki yakın zamanda aramızdan ayrılan merhum canım babam Mustafa KONYALIHATİPOĞLU'na SONSUZ RAHMET VE ŞÜKRANLARIMI SUNUYORUM.

Dr. Esin Bilgin KONYALIHATİPOĞLU

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA SİGARAYI BIRAKMA MÜDAHALELERİNİN
UZUN DÖNEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Amaç: Sigara kullanımının birçok hastalığın nedeni veya seyri üzerine olumsuz etkileri olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış bir gerçektir. Sigara kullanımının topluma getirdiği ekonomik yük, sigara bağımlılığı ile mücadele konusunda sistematik yaklaşımların geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sigara kullanımının önüne geçmek, sigara bağımlılığını azaltmak için ülkemizde sosyal hayata entegre edilen yasaklar ve düzenlemeler mevcuttur. Bunların yanında sağlık sistemi içinde sigara bırakma poliklinikleri aracılığı ile uzmanlaşmış sigara bırakma müdahaleleri yapılmaktadır. Hastane ortamında sağlık çalışanları aracılığı ile yapılan müdahalelerde hastanede yatarak tedavi almakta olan hastaların hedeflenmesi sigara bırakma mücadelesinde başarı olasılığını arttırmaktadır. Yatarak medikal destek almakta olan hastanın içinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik ortam sigara bırakma konusunda motivasyon oluşturmaktadır. Sigara bırakma müdahalesinin ‘hasta’ olan bireye yapılması ikna ediciliği arttırmaktadır. Hastalara sağlanan desteğin taburcu olduktan sonra da ‘gerçek yaşam koşullarında’ devam edilmesi sigara bırakmayı oldukça mümkün kılacaktır. Dünya genelinde hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik sigara bırakma müdahalelerinin örnekleri bulunmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik sigara bırakma müdahalesinin başarısını ülkemizde de uygulamalı örneğini göstermektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda COVID-19 dışında çeşitli sebeplerle 20.10.2021 ile 20.03.2022 tarihleri arasında Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde yatarak tedavi gören hastalar incelendi. Aktif sigara kullanan hastalara yattıkları serviste yatak başı vizitlerde sigara bırakma müdahalesi uygulandı. Hastaların iletişim bilgileri kaydedilerek taburcu olduktan sonra telefon aramaları ile bir yıl boyunca takiplerine devam edildi. Tüm hastalar sigara bırakma müdahalesinin yanında, taburcu olduktan sonra sigara bırakma polikliniğine davet edildi. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara farmakolojik tedavi desteği sağlandı ve takiplerine yine bir yıl boyunca devam edildi. Bir yılın sonunda sigara bıraktığını beyan eden hastalar ekshale

karbonmonoksit (CO) düzeyinin ölçümü için sigara bırakma polikliniğine davet edilmişlerdir. Ekshale CO düzeyinin ölçümü ile hastaların sigara bıraktıkları biyokimyasal olarak da doğrulanmıştır. Çalışmamızda sigara bırakma konusunda yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik yapılan müdahalelerin uzun dönem sonuçları ve sigara bırakma üzerindeki etkili faktörler incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 183 hastanın %68,8'i dahili branş servislerinde yatmakta iken %31,1'i cerrahi branş servislerinde yatmakta idi. Hastanede yatarak tedavi alma nedenlerine bakıldığında hastaların %35'inin pulmoner hastalık nedeniyle, %29'unun metabolik hastalık nedeni, %19'unun cerrahi nedeni ve %17'sinin malignite nedeni hastanede yatarak tedavi almakta olduğu saptandı. Ek hastalıklarına bakıldığında en sık görülenler kardiyovasküler, pulmoner ve metabolik hastalıklardı. Hastalardan 65'i taburcu olduktan sonra sigara bırakma polikliniğine başvurmuş olup tüm hastaların takipleri telefon aramaları ile bir yıl boyunca sürdürülmüştür. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma oranı %48,3 iken sigara bırakma polikliniğine başvurmayarak telefon aramaları ile takip edilen hastaların sigara bırakma oranı %46,6 olmuştur. Hastaların bir yılın sonunda acil servise ve aile hekimine başvurma sayılarına bakıldığında sigara bırakmayan hastaların daha fazla acil servise ve aile hekimine başvurduğu görülmüş ve bu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.001$).

Takiplerde sigara içmeye devam eden hastaların günde içtikleri sigara adeti ile acil servise ve aile hekimine başvurma sayıları arasında yapılan korelasyon analizinde günde içilen sigara adeti ile acil servis ve aile hekimine başvuru arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Bir günde ortalama daha fazla sigara içen bireyin sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu görülmüştür (korelasyon kat sayısı acile başvuru için $r: 0.678$, aile hekimine başvuru için $r: 0.498$).

Çalışmamızda yaptığımız analizlerde hastaların anksiyete yaşamaları ile sigara bırakmaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve sigara bırakan grupta anksiyete varlığı olan hasta oranı sigara bırakamayan gruba göre daha az görülmüştür ($p: 0.024$). Sigara bırakan hastalardan nikotin bandı kullanımlarına bakıldığında, 15 mg nikotin bandı verilen dolayısıyla düşük düzeyde nikotin bağımlılığı olan hastaların, 25 mg nikotin bandı başlanan orta yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olan hastalara göre sigara bırakma başarısı daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p: 0,036$).

Sonuç:

Hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik sigara bırakma müdahalelerini ve taburcu olduktan sonraki bir yıllık takiplerini içeren çalışmamızda sigara bırakma başarısı tüm çalışma popülasyonda %47,2 olmuştur. Sigara bırakamayan hastalar sigarayı bırakan hastalara nazaran acil servise ve aile hekimine daha sık başvurmaktadır. Bu başvuru sayısını düşürmede sigara bırakma konusunda gerçek yaşam koşullarında başlatılacak müdahalelerin ve sıkı takipler ile müdahalelerin sürdürülmesinin etkin bir yöntem olduğunu göstermektedir. Bu tür müdahalelerin yeni çalışmalarla desteklenmesi ve kapsamının genişletilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: yatan hasta, sigara bırakma, takip, farmakolojik destek

EVALUATION OF LONG-TERM RESULTS OF SMOKING CESSATION INTERVENTIONS OF
PATIENTS WHICH ARE TREATED IN SERVICES OF THE RECEP TAYYIP ERDOĞAN
UNIVERSITY EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: It is a scientifically proven fact that smoking is the cause or facilitating factor of many diseases. The economic burden of smoking on society reveals the necessity of developing systematic approaches to combat smoking addiction. There are prohibitions and regulations integrated into social life in our country in order to prevent smoking and reduce smoking addiction. In addition to these, specialized smoking cessation interventions are carried out through smoking cessation outpatient clinics within the health system. In the interventions made by healthcare professionals in the hospital environment, targeting patients who are receiving inpatient treatment in the hospital increases the probability of success in the fight to quit smoking. The physical and psychological environment of the patient receiving medical support in an inpatient setting motivates him or her to quit smoking. Making the smoking cessation intervention to the 'sick' individual increases the persuasiveness. Continuing the support provided to patients in 'real life conditions' after discharge will make it quite possible to quit smoking. There are examples of smoking cessation interventions for inpatients around the world. Our aim in this study is to show a practical example of the success of smoking cessation intervention for patients receiving inpatient treatment in our country.

Materials and Methods: In our study, patients who were hospitalized in the inpatient services of Rize Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital between the date of 20.10.2021 and 20.03.2022 for various reasons other than COVID-19 were examined. Smoking cessation intervention was applied to active smokers during bedside visits in the ward. The contact information of the patients was recorded and their follow-up was continued for one year with phone calls after they were discharged. All patients were invited to the smoking cessation outpatient clinic after discharge, in addition to the smoking cessation intervention. Patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic were provided with pharmacological treatment support and their follow-up continued for one more year. Patients who declared that they quit smoking at the end of one year were invited to the smoking

cessation outpatient clinic for the measurement of exhaled CO (carbon monoxide) level. With the measurement of the exhaled CO level, it was also chemically confirmed that the patients quit smoking. In our study, the long-term results of interventions for patients receiving inpatient treatment for smoking cessation and the factors affecting smoking cessation were examined.

Results: Of the 183 patients included in the study, 68.8% were hospitalized in internal branch services, while 31.1% were hospitalized in surgical branch services. Considering the reasons for inpatient treatment, 35% of the patients were hospitalized for pulmonary disease, 29% for metabolic disease, 19% for surgery, and 17% for malignancy. Considering the comorbidities, the most common ones were cardiovascular, pulmonary and metabolic diseases. 65 of the patients applied to the smoking cessation outpatient clinic after discharge, and the follow-up of all patients was continued for one year with phone calls. While the rate of smoking cessation was 48.3% in patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic, the rate of smoking cessation was 46.6% in the patients who did not apply to the smoking cessation outpatient clinic and were followed up by phone calls. Considering the number of patients who applied to the emergency department and family physician at the end of one year, it was seen that patients who did not quit smoking applied more and this was statistically significant ($p < 0.001$).

In the correlation analysis between the number of cigarettes smoked per day and the number of applications to the emergency department and the family physician of the patients who continued to smoke during the follow-ups, a strong correlation was found between the number of cigarettes smoked per day and the number of applications ($p < 0.001$), and it was seen that as the number of cigarettes consumed per day by patient increases, the application to the health services by patient increases. (correlation coefficient r : 0.678 for emergency admission, r : 0.498 for family physician referral).

In the analyzes we conducted in our study, a statistically significant relationship was found between the patients' anxiety and their smoking cessation, and it was observed that patients who quit smoking experienced less anxiety ($p: 0.024$). Among the patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic, 15 mg nicotine patch was given to those with low level of addiction according to Fagerström Dependence Level, and 25 mg nicotine patch to those with moderate and high level of addiction.

Considering the nicotine patch usage among patients who quit smoking, the smoking cessation success of the patients given 15 mg nicotine patch was found to be higher and statistically significant ($p:0.036$).

Conclusion:

In our study, which included smoking cessation interventions for patients receiving inpatient treatment and one-year follow-up after discharge, the success of smoking cessation was 47.2% in the entire population. Patients who cannot quit smoking apply to health institutions more frequently than patients who quit smoking. This shows that the interventions to be initiated in real-life conditions and the continuation of the interventions with strict follow-up on smoking cessation are a cost-effective method in reducing the number of applications. Such interventions need to be supported by new studies and their scope should be expanded.

Keywords: inpatient, smoking cessation, follow-up, pharmacological support

İÇİNDEKİLER	SAYFA
BEYAN.....	3
TEŞEKKÜR	4
ÖZET	5
ABSTRACT.....	8
İÇİNDEKİLER.....	11
TABLolar DİZİNİ.....	13
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	14
KISALTMALAR.....	15
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	16
2.GENEL BİLGİLER.....	20
2.1 TÜTÜN TARİHÇESİ.....	20
2.1.1. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE TÜTÜN TARİHÇESİ	20
2.2. TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	21
2.3. TÜTÜN BİTKİSİ VE ÜRÜNLERİ	22
2.3.1. TÜTÜNÜN YANMASI SONUCU OLUŞAN DUMAN İNHALASYONU İLE KULLANILAN TÜTÜN ÜRÜNLERİ.....	23
2.3.2. DUMANSIZ TÜTÜN ÜRÜNLERİ.....	24
2.4. TÜTÜN ENDÜSTÜRİSİ.....	25
2.5. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI	27
2.5.1 PSİKOLOJİK BAĞIMLILIK.....	29
2.5.2 FİZYOLOJİK BAĞIMLILIK.....	30
2.6. TÜTÜN BAĞIMLILIĞINI ENGELLEME.....	31
2.7. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI HAKKINDA HASTA VE SAĞLIK SUNUCUSUNUN EĞİTİMİ BİLGİLENDİRME	33
2.8. BAĞIMLILIKLA MÜCADELE	37
2.9. SAĞLIK SİSTEMLERİ DEĞİŞİMİNİ TEŞVİK ETMEK.....	41

2.10. SİĞARA BIRAKMA DANIŞMA HATLARI.....	42.
2.11. BAĞIMLILIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ /FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ.....	43
2.12. 5A 5R YAKLAŞIMI	46
2.13. TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	50
2.13.1. DAVRANIŞSAL TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	51
2.13.2. FARMAKOLOJİK TEDAVİLER.....	52
3.GEREÇ VE YÖNTEM	56.
3.1.ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	56
3.1.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE EVRENİ.....	56
3.1.2.ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL VE KURUM İZİNLER VE ÖRNEKLEM HESABI.....	56
3.1.3. DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTELERİ.....	56
3.1.4. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ.....	57
3.1.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	61
3.1.6. ANALİZ İÇİN DEĞİŞKENLERİN GRUPLANDIRILMASI.....	61
3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	61
4. BULGULAR.....	63
4.1. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARA AİT AKIŞ ŞEMASI.....	63
4.2.KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ....	64
4.3. SİĞARA BIRAKMA ORANLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	72
5.TARTIŞMA.....	88
6. GÜÇLÜ YÖNLER – KISITLILIKLAR.....	99
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	102
8. KAYNAKÇA	104
ETİK KURUL ONAYI.....	121

Tablo 2.1: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında yayınladığı MPOWER paketi.....	32
Tablo 2.2: Sigara bırakma stratejileri ve uygulamaların getirdiği avantajlar.....	40
Tablo 2.3: Tütün kontrol programlarında öncelikli populasyon için destekleyici çalışmalar	41
Tablo 2.4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	45
Tablo 2.5: 5 A modelinin içeriği	49
Tablo 2.6: Sigara bırakmada kullanılan modeller için “İyileştirme Modeli”.....	50
Tablo 2.7: Bırakma müdahalesi için hastanede yatan hastalarda uygulanacak basamaklar.....	55
Tablo 4.1: Çalışma Popülasyonunun Demografik Özellikleri.....	64
Tablo 4.2: Çalışma Popülasyonunun Sigara ile İlgili Deneyimleri.....	66
Tablo 4.3: Çalışma Popülasyonunun Yatış Süreleri.....	68
Tablo 4.4: Örneklemenin Aktif Şikayet Durumuna Göre Dağılımı.....	70
Tablo 4.5: Hastaların Taburculuk Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurdıkları Gün	70
Tablo 4.6 : Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Sigara Bırakma Durumları	72
Tablo 4.7: Şikayetlerine Göre Hastaların Sigara Bırakma Durumları	73
Tablo 4.8: Kontrol Aramalarda Hastaların Yoksunluk Belirtisi Dağılımları.....	74
Tablo 4.9: Her Kontrolde Sigara Bırakma Durumlarına Göre Hastaların Kilo Artışı Durumları.....	77
Tablo 4.10: Hastaların Özellikleri Ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 4.11: Hastaların Özellikleri Ve Sigara Bırakma Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.12: Birinci Yılda Sigarayla Bırakma Durumlarına Göre Son 1 Yılda Çeşitli Sebeplerden Acil Servis Ve Aile Hekimine Başvuru Sayıları.....	82
Tablo 4.13: Birinci Yıl Takibinde Saptanan; Günde İçtiği Sigara Adeti ile Son 1 Yılda Acil Servis ve Aile Hekimi Başvuruları Arasında Spearman Korelasyon Analizi.....	84
Tablo 4.14: Son Bir Yılda Çeşitli Sebepler ile Acil Servise Başvurma ile İlişkili Faktörler.....	85
Tablo 4.15: Son Bir Yılda Çeşitli Sebeplerle Aile Hekimine Başvurma ile İlişkili Faktörler.....	86

Şekil 1: CDC'nin Tütün Bırakma Kapsamında Üç Kova Modeli	39
Şekil 2: 5A Modeli	48
Şekil 3 : 5 A modeli uygulama basamakları	48
Şekil 4: Sigara bırakmada 5 A modeli ve alternatif diğer modeller.....	50
Şekil 5. Hastaların bir yıl boyunca telefon ile takip periyotlarının sayısı ve zamanı şeması.....	59
Şekil 6. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Birincil ve İkincil Sonlanın Hedeflerine Göre Dağılımını Gösteren Akış Şeması.	63
Şekil 7: Örneklemin Mesleklere Göre Dağılımı	65
Şekil 8: Örneklemin Ek hastalıklara Göre Dağılımı.....	65
Şekil 9: Örneklemin Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımı.....	67
Şekil 10: Örneklemin Hastanede Yattığı Servislere Göre Dağılımı.....	68
Şekil 11: Örneklemin Kronik İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı.....	69
Şekil 12: Örneklemin Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyine Göre Dağılımı.....	69
Şekil 13: Örneklemin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Durumları.....	71
Şekil 14. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalara Başlanan Tedavilerin Dağılımı	71
Şekil 15: Örneklemin 1. Kontrolde Sigara Bırakma Durumları	72
Şekil 16: Kontrolde Sigara Bırakma Durumuna Göre Hastaların Yoksunluk Belirtisi Dağılımı	75
Şekil 17. Hastaların Kullandıkları Farmakolojik Tedaviye Göre Sigara Bırakma Durumlarının Dağılımı	76
Şekil 18: Hastaların Birinci Yılın Sonunda Sigara Bırakma Durumlarına Göre Aile Hekimine Başvuru Sayıları	83
Şekil 19: Hastaların Birinci Yılın Sonunda Sigara Bırakma Durumlarına Göre Acil Servise Başvuru Sayıları	83
Şekil 20: Hastaların Bir Yıl Boyunca Günde İçtikleri Sigara Adedi ile Acil Servise Başvuru Sayıları Arasındaki İlişki	84
Şekil 21: Hastaların Bir Yıl Boyunca Günde İçtikleri Sigara Adedi ile Aile Hekimine Başvuru Sayıları Arasındaki İlişki	84
Şekil 22 : Hastaların Takip Aramalarında Sigarayı Bırakma Durumları	86

KISALTMALAR

CO: Karbon monoksit

SBP: Sigara bırakma polikliniği

SBDH: Sigara Bırakma Danışma Hattı

OMSC: Sigarayı Bırakma için Ottawa Modeli

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

DSÖ/ WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi

IUPAC: Uluslararası Temel ve Uygulamalı Kimya Birliği

FCTC: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

PMI: Philip Morris International

ICD: International Classification of Disease - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

CS: Conditioned stimulus

GABA: Gama aminobutirik asit

TAPS: Tütün reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları

CBT: Cognitive Behavioural Therapy

NRT: Nikotin replasman tedavisi

ENDS: Elektronik Nikotin Teslimat Sistemleri

FDA: ABD Gıda ve İlaç İdaresi

CDC: Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi

EHR: Elektronik sağlık kayıtları

TBH: Tütün bırakma hatları

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FNBT: Fagerström nikotin bağımlılık testi

HSI: Sigara İçme Ağırlığı İndeksi

HIC: Yüksek gelirli ülkeler

LMIC: Orta gelirli ülkeler

RTEÜ: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

TUBATİS: Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemine

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün bağımlılığı, dünya çapında en önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturan kronik bir hastalıktır. Yirminci yüzyıldan bu yana önde gelen önlenebilir ölüm nedeni ve en kötü salgın olarak kabul edilmektedir. Tütün kullanımının en yaygın şekli olan sigara içmenin birçok ülkede ekonomik yükü oldukça fazladır. Sigarayı bırakma, nikotin bağımlılığını tedavi etmeyi ve sigara içen kişinin davranışını değiştirmeyi gerektirdiğinden, psikolojik ve farmakolojik müdahaleler gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO)'ya göre dünyada 1,1 milyardan fazla sigara içicisi olduğunu tahmin edilmektedir. Yılda 7 milyonun üzerinde ölüm, tütünün doğrudan etkileriyle bağlantılıken, yaklaşık 890.000' i pasif içiciliğe maruz kalmaktan kaynaklanmaktadır (1).

Nikotinin yanı sıra, sigaralar 4000'den fazla başka madde içerir ve üretilen karbon monoksit, tıpkı diğer biyoyakıtlar gibi yakıldığında ve solunduğunda oksijenlenmeyi tehlikeye sokar. Bunun neticesi de sigara içenler arasında %50'lik erken ölüm oranı ve yaşam beklentisinde tahmini ortalama 10 yıllık azalma görülmesidir. Kanser riski 10 kattan fazla artmakla beraber, sigara en az 25 başka hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir (2).

Bu nedenle, sigara içmenin sonuçları halk sağlığı bakım maliyetleri üzerinde çok büyük bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla, tütün tüketimini azaltmak, bir nüfusun genel sağlığı için çok önemlidir ve 181 ülke, dünya çapında halk sağlığı yetkililerine sunulan bir politika paketinde basitleştirilmiş tütün kullanımına karşı stratejileri uygulayan DSÖ'nün tütün kontrolü çerçeve sözleşmesini imzalamıştır (1).

Sayısal verilere baktığımızda 17 milyon kişi ülkemiz içinde, 1.1 milyar kişi (942 milyon erkek, 175 milyon kadın) dünya genelinde tütün ürünü kullanmaktadır (3). Tütün kullanımı her 6 saniyede 1 kişinin ölümüne neden olmakta ve her yıl yaklaşık 7.1 milyon kişi (5.1 milyon erkek ve 2 milyon kadın) bu nedenle yaşamını yitirmektedir. Meydana gelen ölümlerin büyük çoğunluğu (6.3 milyon) aktif tütün ürünü kullanımı dolayısıyla olmakla birlikte 884 bin ölüm ise çevresel tütün dumanına maruziyet nedeni ile meydana gelmektedir (4). Bu sayının 2030 yılında 10 milyona ulaşacağı öngörülmekte olup en çok etkilenecek nüfusun düşük ve orta gelirli ülkelerden oluşacağı düşünülmektedir (5). Tütün ürünleri kullanımına bağlı ülkemizde ise senede ortalama yüz bin birey hayatını kaybetmektedir. Bu sayı yıllık

kaydedilen ölümlerin yaklaşık %41,6'sına denk gelmektedir (6). Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları kullanımdan yıllar sonra ortaya çıktığından bugün alınan önlemler ile gelecekteki sağlık riskleri önemli ölçüde azaltılmış olacaktır.

Günümüzde tütün endüstrisi tarafından sürekli yenilenen pazarlama stratejileri nedeniyle ortaya çıkarılan yeni tütün ürünleri ile toplumdaki bağımlılık zinciri sürdürülmektedir. Tütün ürünlerine maruziyet nedeniyle meydana gelen sağlık sorunları küresel olarak tüm toplumda ortaya çıkmakta, önlenabilir hastalık ve ölümlerin artmasıyla birlikte artmış sağlık giderleri, kaybolan işgücü ve verimliliğin azalması nedeni ile topluma ve devlete ciddi kümülatif bir yük getirmektedir. Bu salgın başta toplum farkındalığının artırılması ile ancak hükümet ve sivil toplum birlikteliği ile kontrol altına alınabileceği bilinmektedir.

Tütün kullanımının önüne geçilmesi için; bağımlılığın devamına etki eden faktörlerin yanı sıra bireysel etkilenmeler, sosyal ortamlar ve nörobilişsel bağımlılıkla mücadele edilmesi gerekmektedir. Bireyin içinde bulunduğu sosyal, finansal ve toplumsal ortamların etkilerinin etkileşimi kişinin sigaraya başlamasında, sigara içme davranışının devam etmesinde kritik bir role sahiptir.

Tütün tüketiminin sağlık üzerindeki yıkıcı etkileri göz önüne alındığında, sigarayı bırakmak hayati önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar tütün bağımlılığının derecesi ile kanıta dayalı tavsiye, bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi kullanımı arasında bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Yirmibirinci yüzyılın başlarında yapılan bir araştırma, daha yüksek tütün tüketimi ve daha yüksek nikotin bağımlılığı olan sigara içenlerin sigarayı daha sık bırakmaya çalıştıklarını ortaya koymuştur. Bu, daha yüksek derecede bağımlılık ve buna bağlı yoksunluk semptomları olan sigara içenlerin kendi çabalarıyla sigarayı bırakmakta daha büyük zorluklar yaşamaları ve bu nedenle daha çok yardım aramalarıyla açıklanabilir (7).

Sigara bırakmaya yönelik farmakolojik tedavi ve motivasyonel destek hizmeti sunan klinikler; ülkemizdeki adı ile sigara bırakma poliklinikleri (SBP) dünya genelinde sigara bırakma konusunda bireylere destek vermektedir. SBP'ler ülkemiz içinde de tütün bağımlılığı ile mücadelede aktif olarak

rol almaktadır. SBP'ler aracılığı ile ayaktan başvuran hastalara psikososyal desteğin yanında bazı sigara bırakma tedavilerinin (farmakolojik tedaviler) ücretsiz temini de sağlanmaktadır (8).

Sigara bırakma polikliniklerinin yanı sıra ülkemizde ayrıca sigara bırakmak isteyenlere yönelik 'ALO 171' Sigara Bırakma Danışma Hattı (SBDH) hizmet vermektedir. Bireylere sigara bırakma konusunda motivasyon ve sigara bırakma için plan yapmakta olan bireye yönelik danışmanlık SBDH'ler aracılığıyla sağlanmaktadır. Hastaların süreçle ilgili detaylı bilgilendirilmeleri de yapılmakta sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilerek somut destekler sağlanmaktadır. Hastanın izni dahilinde bir yıllık süreçte telefon aramaları ile hastaların takibine devam edilmektedir. Telefon aramaları yedi kez yapılmakta olup birinci haftanın ardından aylık aramalarla bir yıllık takip sürdürülmektedir. bu aramaların içeriğini genel olarak hastanın şikayetleri ile nasıl başa çıkabileceği ve karşılaşılan ekstra sorunlar konusunda rehberlik oluşturmaktadır (9).

Bırakmayı motive etme amacına yönelik yaklaşım, sigara içen hastayla her etkileşimde uygulanmalıdır. Hastaneler, hastaların hastanede yattıkları süre boyunca sigarayı bırakmaları gereken tütünsüz alanlar olduğundan, hastaneye yatış sigarayı bırakmak için değerli bir fırsat sunar. Bırakmayı destekleyen diğer bir neden, hastaneye yatışı motive eden, genellikle sigaranın kendisiyle ilgili olan ve hastanın sigarayı bırakma motivasyonunu artırabilen klinik durumdur (10).

Retrospektif bir kohort çalışmada, periferik arter hastalığı olan hastaların tütün kullanımının hastaneye yatışları, koroner hastalıkları ve periferik vasküler hastalığa bağlı prosedürleri önemli ölçüde artırdığı sonucuna varılmıştır (11). Perkütan veya cerrahi revaskülarizasyondan sonra sigara içmeye devam eden koroner yetmezliği olan hastalarda mortalite sigarayı bırakanlara göre daha yüksektir (12).

Hastaneye yatış, sigara içenleri belirlemek ve dahil etmek, bırakma tedavilerini başlatmak ve uygun takip ve desteği kolaylaştırmak için benzersiz bir fırsat sağlamaktadır. Yatarak tedaviyi ve taburcu olduktan sonra takibi içeren sigarayı bırakmaya yönelik hastane tarafından başlatılan müdahaleler, kontrol koşullarına kıyasla önemli ölçüde daha yüksek uzun vadeli bırakma oranları oluşturmaktadır (13).

Hastanede yatan sigara içenlerin tedavisinin gerçekleşmesi için, hastane rutini içinde hastalara yaklaşan, teşvik edici danışmanlık, motivasyonu artırıcı müdahaleler, davranışsal tedavi ve farmakolojik tedaviyi uygulayan profesyonellerin yetiştirilmesi gerekmektedir. Hastaların taburcu olduktan sonra en az 30 gün takip edilmesi de hastanede başlatılan girişimlerin etkinliğinin sürdürülmesi açısından önemlidir (14). Hastane temelli müdahalelerin, özellikle danışmanlık ve taburculuk sonrası destekle birlikte farmakoterapi sağlandığında, hastaların sigarayı bırakmalarına yardımcı olma konusunda oldukça etkili olduğuna dair çok sayıda kanıt mevcuttur (15). ‘Sigarayı Bırakma için Ottawa Modeli (OMSC)’, Kanada genelinde 120'den fazla hastaneye entegre edilmiş sağlık hizmeti ortamlarında sunulan tütün bağımlılığı tedavisine yönelik sistematik bir yaklaşımdır. Tüm hastaların sigara içme durumunun belirlenmesi ve belgelenmesi; sigara içenlere kısa süreli danışmanlık ve hastanede farmakoterapi sağlanması ve hastaneye yatış sonrası takip desteği sunumunu içermektedir (13,16). Modelin, genel hastane hastalarında uzun süreli bırakmayı %11 oranında iyileştirdiği bulunmuştur (13).

Sigarayı bırakmanın sağlık yararlarına dair kanıtlar, özellikle mevcut bir hastalığı olmayan genç insanlar için ve aynı zamanda sigaraya bağlı hastalıkları olan daha yüksek riskli bireyler için çok fazla olduğunu göstermektedir (17–20). Az sayıda araştırma, hastanede verilen bırakma müdahalelerinin sağlık ve sağlık bakımı sonuçlarını değerlendirmiştir (21). ‘Gerçek dünya’ koşullarında rutin hastane uygulamalarına entegre olarak bırakma müdahalelerinin uygulanmasının etkisine ilişkin çok az değerlendirme mevcuttur (13).

Literatürde gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan hastalara uygulanan sigara bırakma uygulamalarının başarı oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak ülkemizde bu konuda bir veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada amacımız; hastanemizin yataklı servis kliniklerinde tedavi gören hastalarını tespit edip, onlara sigara bırakma tedavi yöntemlerini uygulamak ve bu uygulamanın uzun dönem sonuçlarını, birincil sonlanım noktası olarak sigarayı bırakma başarıları yönünden takip etmektir. İkincil sonlanım olarak da, hastanede başlatılan bir sigarayı bırakma müdahalesinin sağlık hizmeti idari verilerini kullanarak acil servis kullanımı ve aile hekimi başvuruları üzerindeki doğrudan etkilerini değerlendirmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN TARİHÇESİ

2.1.1. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE TÜTÜN TARİHÇESİ

Tütün ana vatanı olarak Asya kökenli olduğunu düşünen yazarlar olduğu kadar Avrupalı olduğunu düşünenler de az değildir (22). San Salvador’da 1400 lerin sonlarında yerlilerin tütün yapraklarını yakma yoluyla veya ağızda çiğneyerek tükettiklerini ve yine bu bitkiye “tobacco” dediklerini Colombus aracılığıyla öğrenmekteyiz (22).

Mezopotamya, Mısır ve buralara yakın coğrafyalarda tütün bitkisinin yakılması sonucu elde edilen dumanından faydalanılmaya çalışılmıştır (22). Bilinen ilk keyif verici olarak kullanımı Amerikalılarda görülmüştür. Fransa ve diğer Avrupa ülkelerine kadar ulaşan tütüne, “nicotiana” adı da yine burada verilmiştir (22). Tütünün tıbbi amaçlı kullanımı 16. yüzyılda , ağrı kesici veya bronkodilatasyon yapıcı etkilerinden yola çıkılarak toplumlara önerilmiş, Vatikan bahçelerinde yetiştirilmeye başlanmıştır (23). Tütün kullanımı, zaman içinde bazen bir yetenek olarak nitelendirilmiş, gelişmişliğin bir göstergesi olarak kabul görmüştür. Tütün dönemin sömürge kültüründe de yerini almış artan ihtiyaca binaen Avrupalılar tarafından Amerikadaki yerlileri üretimde kullanmışlardır. Böylece artan üretim ve tüketim döngüsü ile tütün ekonomilerde önemli yer edinmiştir. Artan denizcilik faaliyetleri ile de deniz aşırı tanıtımı hızla gerçekleşmiştir (22). Japonya’ya da 17. yüzyılın başında üst düzey toplantılarda ikramının zaruri olarak gösterilmesi tütünün zaman içinde kaydettiği yolu gözler önüne sermektedir (24).

Tütünün zaman içinde kullanım alanları toplumlarda değişiklikler arz etmiş, ayinlerde, güzel görüntü oluşturmak için veya tıbbi amaçlı kullanımının yanı sıra keyif vermesi nedeniyle kullanımı ile üretim ve ticaretinin hızlanmasının en önemli belirleyicisi olmuştur (25). Çok geçmeden tütün gereksiz bir harcama, tütüne ayrılan giderler ‘masraf’ olarak nitelendirilmiş olup yaygınlaşmasının önüne geçilmesi için birtakım tedbirlere başvurulmuştur. Bunun için dini merkezlerin desteğine de başvurulmuştur (22). tütün için alınan tedbirlere ve yasaklara rağmen tütün kullanımı zaman içinde devamlılık göstermiş çeşitli kullanım şekilleri ile tüketimi çeşitlendirilerek sürdürülmüştür (22). Kağıda sarılarak tüketimi başta Amerika olmak üzere Brezilya ve ardından Avrupalılar arasında yaygınlaşmıştır (22). Döneme

damgasını vuran savaş olayları tütünün askerler arasında hızla yayılmasına ve askerlerin tütün kullanımını birbirlerine öğretmesine yol açmıştır. Evine dönen askerler tütün kullanım alışkanlıklarını ülkelerinde de devam ettirmişlerdir. Bu durum tüketimin hızla artışına ve sonuç olarak sanayileşmeye yol açmıştır (23).

Sanayi faaliyetlerinin gelişmesi sigaranın üretimini kolaylaştırmış, kibrit üretiminde gösterilen gelişmeler de sigara tüketimine önemli katkılar sağlamıştır. Yaşanan ekonomik buhran ve savaşlardan etkilenen ülke ekonomileri sigaradan elde edilen gelirleri önemsemişler ve ticaretinin gelişmesi için çeşitli faaliyetlerde bulunmuşlardır (22). Devam eden süreçte İkinci Dünya Savaşı sigaranın yayılmasını hızlandırmış ülkelerin yetişkin nüfusunun ortalama %70'i sigara bağımlısı haline gelmiştir (24).

Türkiye'nin tütün ile tanışması konusu bir çok farklı görüşü barındırsa da (22), ilk defa İstanbul'a Avrupalı gemiciler aracılığıyla taşındığı kabul görmektedir (25). İstanbul'da ilk kahvehanenin 1554 yılında Tahtakale'de açılmış olduğu çeşitli kaynaklarda yer almaktadır (22). Türk tarımının tütünle tanışması 1600' lü yılların erken dönemine denk geldiği genel olarak kabul görmüştür. Buradan hareketle ülkemizin yaklaşık 500 yılı bulan tütün ile olan bağı mevcuttur. (26). İnsanlığın tütün ile olan savaşı dört koldan sürerken tütünün getirdiği hastalıklar ve ölümler kullanan kullanmayan herkesin ortak yarası olmaya devam etmektedir.

2.2. TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada sigara içme oranında azalma olduğu Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün son verilerinde mevcuttur. Bu durumun göstergesi olarak baktığımızda dünyada yaşayan her üç kişiden biri 2000 yılında sigara içicisi iken 2015 yılında bu sıklık her dört kişiden biri olarak azalma göstermiştir. Yaşanan bu gerileme global tarzda bütün ülkelerde homojen olarak olmamıştır (27).

Sosyoekonomik olarak geri kalmış ülkelerde sigara kullanımı diğer ülkelere göre yüksektir. Bu durum ülkeler içinde gelir dağılımları farklı gruplar arasında açık bir şekilde kendini göstermekte olup gelir durumu düşük olan kesimin yüksek olan kesime göre sigara tüketimi belirgin yüksektir ve bu farkın gelecekte artarak devam edeceği düşünülmektedir (28).

Gelir düzeyi düşük olan ülkelerde tütünün neden olduğu hastalıklar ve bunların topluma getirdiği külfet giderek artmaktadır (29). Yapılan araştırmalar senede yaklaşık 8 milyon kişinin doğrudan tütün içmeye bağlı ve yaklaşık 2 milyon kişinin pasif maruziyet nedeniyle hayatını kaybettiğini göstermektedir. Bu kayıpların büyük kısmı, gelir düzeyi düşük olan kesimde görülmektedir (27). Özellikle gelir düzeyi düşük ülkelere yönelik tütün endüstrisinin taktikleri tütünün topluma ve devletlere olan zararlı etkilerini daha derinden yaşamalarına neden olmaktadır (30). Buradan hareketle tütün endüstrisinin geliştirdiği stratejileri anlamak ve önlemler almak çok büyük önem arz etmektedir (31).

Tütün kullanımı, önlenabilir başlıca hastalık ve ölüm nedeni olarak gösterilmekte; birçok kanserin, kalp hastalığının, inmenin; gebelikte ve kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) komplikasyonların bilinen bir nedeni olarak gösterilmektedir. Son araştırmalar ışığında tütün dumanına istem dışı maruz kalma ile önemli sağlık tehlikeleri gelişmekte, bu sağlık yansımalarına ve halkın bu duruma ilişkin farkındalığına rağmen şaşırtıcı derecede yaygın bir şekilde tütün kullanımı devam etmektedir. Toplumlardaki bu yaygın sigara içme oranları pediatrik popülasyonda da kendini göstermekte; 12 ila 17 yaşları arası çocuklardan her gün yaklaşık 4.000 i ilk kez sigara ile tanışmaktadır (32).

Sigara kullanımında Amerika'da erkeklerin kadınlara oranı 1,9 iken (erkeklerin %21,3'ü ve kadınların %11,3'ü) dünya çapında bu oran 4,7 (erkeklerde %36,7 ve kadınlarda %7,8) olarak dikkat çekmektedir. Kadınlar arasında mevcut tütün tüketiminin yaygınlığı için prevelansın en yüksek olduğu bölgelere bakacak olursak dünyadaki en yüksek kullanım yaygınlığına sahip bölgelerden olan Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik'in DSÖ bölgelerinde, kadınlar arasında yetişkin erkeklere göre tüketimin sırasıyla yaklaşık dört ila 13 kat daha düşük olması dikkat çekmektedir (33).

Ülkemizde de 2016 yılı Küresel Yetişkin Tütün Anketi verilerine göre sigara içme oranı %31.6 olup, erkeklerde %44.1, kadınlarda ise %19.2 oranındadır (34).

2.3.TÜTÜN BİTKİSİ VE ÜRÜNLERİ

Tütün patlıcangiller (solanaceae) ailesinden bir bitki olup çoğunluğu bir yıllık iken, çok yıllık olan türleri de mevcuttur. Cins olarak solanaceae ailesi “nicotiana” cinsidir (22).

Tütün bitkisinin en beliryici özelliği, nikotinin varlığıdır. Nikotin ilk olarak kökte yapılmakta daha sonra yapraklarda depolanır. Nikotin sayesinde tütün bitkisi bağımlılık yapıcı keyif aldırın bir özellik kazanmaktadır (25).

Tütün bitkisinin yaprağının tümünün veya bir kısmının kullanılması ile elde edilen ‘tütün mamülleri’ veya ‘tütün ürünleri’ içilme, buruna çekilme, emilme ya da çiğnenme yoluyla tüketim için hazırlanmaktadır. Bu ürünlere tütün fabrikasyonu adı da verilmektedir. Tütün bitkisi hasat sonrası çeşitli işlenme olaylarına maruz bırakılarak en sonunda ‘mamül’ olarak kullanıma hazır hale getirilmektedir (25). Sigara tüketilen en yaygın tütün ürünün olmakla birlikte pipo, puro, enfiye, çiğnemelik tütün de diğeri başlıca tüketim şekillerindendir.

2.3.1. TÜTÜNÜN YANMASI SONUCU OLUŞAN DUMAN İNHALASYONU İLE KULLANILAN TÜTÜN ÜRÜNLERİ

SİĞARA

İnce bir kağıt kullanılarak tütün mahsülünün sarıldığı dünyada en çok örnekleri bulunan tütün tüketim çeşitidir. Filtreli veya filtresiz çeşitleri bulunmaktadır. Kullanılan tütünün çeşiti veya işleniş biçimine göre başlıca 5 ana türde üretimi yapılmaktadır: Virginia (İngiliz), Amerikan blend, Şark, Dark (Fransız) ve Kretek (22).

SARMALIK TÜTÜN MAMULÜ

Sarmalık tütün mamülü bitkinin yaprağının bir kısmının veya tamamının kullanılması ile kıyılarak hazırlanmaktadır. Burada isimlendirme yapılırken bu mamülün üretimi için kullanılan sigara kağıdının kullanılış şekli ön plana çıkarılmakta olup “sarmalık tütün mamulü” terimi ürünün yapım aşamaları ve ürünün malzemelerinin birleşiminden oluşturulmuştur (22).

PURO VE SİGARİLLO

Tütün yapraklatından elde edilen kıyılmış ürünlerin sarılması yoluyla elde edilirler. Burada gramaj olarak değişiklik göstermesi ürünün isimlendirilmesini değiştirmekte olup 3 gr ve üzerindeki ürüne puro 3 gr altındaki ürüne sigarillo denmektedir (22).

NARGİLELİK TÜTÜN MAMULÜ

Nargile tütünün tüketilmesi için kullanılan aletin ismidir. Nargile ile içilmesi için çoğunlukla tömbeki türünde tütün tercih edilir. Burada tütünün yanında aroma verici maddeler kullanıldığında aromalı nargile olarak adlandırma yapılırken aroma vericilerin kullanılmaması durumunda doğal nargilelik tütün ürünü olarak isimlendirilir (23).

BİDİ VE KRETEK

Bidi ve kretek özel coğrafyalara özgü tütün mamülleri olarak düşünülse de hindistan ve endonezya dışında da tüketim alanları mevcuttur. Bu yerlerin başında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) gelmektedir. Bu ürünlerin kullanımı genç popülasyonda ağırlık kazanmaktadır. Her ne kadar sigara kadar zararlı olmadığı gibi doğru olmayan inanışlar mevcutsa da bu ürünlerin sigaradan daha fazla zararlı madde içerdiği bilinmektedir (35).

ELEKTRONİK SİGARA

Bir cihaz olarak karşımıza çıkan e-sigaralar en az diğer tütün mamülleri kadar bağımlılık oluşturmaktadır. İçerdikleri kimyasallar inhalasyon yoluyla kullanıcı tarafından inhale edilerek tüketilir (14). Toplumda pratik isimlendirmeler ve kullanım şekilleri geliştirilmiş olup bu sayede kullanım yaygınlığı ve popülaritesi kazandırılmaya çalışılmaktadır (36).

2.3.2. DUMANSIZ TÜTÜN ÜRÜNLERİ

ENFİYE

Tütün mamullerinin buruna çekilmesi yoluyla tüketimi diğer bağımlılık yapıcı maddelerde de görülmekte tüketim şekli olarak ortak isimle adlandırılmaktadır. “Enfiye” olarak tüketilen tütün içinde aromalı bitkilerin eklenmesi ile kullanımı daha kolay hale getirilmektedir (37).

ÇİĞNEMELİK TÜTÜN VE AĞIZDAN KULLANIM İÇİN TÜTÜN / MARAŞ OTU

Maraş otu daha çok denizciler ve madenciler tarafından tüketildiği bilinmekte olan bir tütün mamülüdür. Kapalı alanlarda tüketiminin yasaklanması ürüne olan ilgiyi artırmıştır (37). Maraş otu adını ülkemizde

en çok tüketilen bölge olan Kahramanmaraş' dan almaktadır. Ülkemizde kullanımı yasaklanmış bir tütün ürünüdür (22).

İSVEÇ SNUS

Satış ve pazarlama yönüyle diğer tütün ürünlerinde farklılık arz etmektedir. Bu ürün küçük poşetlerde pazarlanmakta olup poşet ağız içinde 14 saate kadar tutulabilir. Yapılan araştırmalar snus kullanımının özellikle kardiyak patolojilerle ilişkisinin daha fazla olduğunu göstermektedir (38).

AMERİCAN SNUFF

Tütünün işlenmesi sonucu elde edilen kuru toz burada küçük metal veya cam kutulara konularak satışı yapılır. Snus gibi dudak arasında veya burun yoluyla tüketimi gerçekleştirilir (38).

NİKOTİN İÇEREN PREPARATLAR

Farmakolojik olarak tıbben kullanımı için geliştirilen bu ürünler içerdikleri nikotin yönüyle diğer tütün ürünleri ile aynı kategoride sınıflandırılabilir. Bu ürünler duman oluşturmada, yakma işlemi olmadan tüketilmekte ve bağımlılık yapıcı etkisi minimum seviyede gözlenmektedir (37).

2.4. TÜTÜN ENDÜSTRİSİ

Yurt içinde 2021 yılında yerleşik sigara üretim firmaları tarafından üretilen sigara miktarı 159.344.202.981 adettir, 125.110.241.010 adet (yaklaşık 6,2 milyar paket) sigara, 100.817.744.983 TL perakende satış hâsılatı ile iç piyasaya arz edilmiştir. 35.608.381.400 adet sigara ise 349.249.004 dolar karşılığında komşu ve ortadoğu ülkelerine satışı yapılmıştır. Bir önceki yıla göre ihraç olunan sigara miktarı ve bedelinde azalma olurken, iç piyasaya yönelik sigara satışında, COVID-19 pandemisine rağmen %6,1 oranında (7.199.034.370 adet) artma olmuştur. Sigara üretiminde yerli tütün kullanımı 2003 yılında %42,07 olmuş, her geçen yıl azalarak 2022 yılı itibarıyla %11,94'e gerilemiştir (39).

2000 li yılların başlarında ilk 15 yıllık süreçte tütün kontrol politikaları yaygınlaştırılmış olup tütün ürünlerinin perakende satış değerleri 2 katına çıkmıştır ve 2015 yılında ülkemiz milli gelirinin yarısına denk gelen gelirleri ile (40) en büyük sigara şirketlerinden ilk altısı sadece bir yılda, tütün nedenli ölümlerin her birinden ortalama 10 bin Dolar kâr elde etmiştir (4). Türkiye'de iç satışı rakamları kısa

sürede katlanarak artmış 2016 yılı için 110 milyar seviyelerine gelmiştir (41). Tütün ürünlerinin çeşitlerinin attırılması ve üretim aşamasında daha az harcamalar ile tütün endüstrisi tütün koruma politikalarından en az etkilenmeyi başarmış kazançları hız kesmeden devam etmiştir (31). Vergi artışı tütün tüketiminde sınırlı geri çekilmelere neden olsa da tütün endüstrisi kâr elde etmeye devam etmektedir (33). Tütün endüstrisinin bu başarısı maliyet giderlerinin minimuma indirme yoluyla yaptığını söylemek mümkündür (22). Pazarlama taktikleri ile tüketim konusunda her zaman alternatifler bulan tütün endüstrisi kadın ve gençleri hedef alarak ince sigara üretimi başlatmıştır (31). Genç kadınlara yönelik pazarlama taktikleri sürekli gündemde oluş (42) bu konuda ince sigara şekli itibariyle kadınlar subliminal çağrışım yoluyla etki altına alınmaya çalışılmıştır (43). İnce sigaralar ile aynı zamanda ‘zayıf’, ‘sağlıklı’ insan çağrışımları kurulmuş olup zararı az olabileceği akla getirilmeye çalışılmıştır (44). Reklamlama aşamasında da aynı temalar işlenmiş hedef alınan popülasyonun ilgisinin çekilmesi amaçlanmıştır (45). Ambalajlama aşamasında getirilen kısıtlılıklar ve tanıtımlar için getirilen yasaklamalar endüstri tarafından göz ardı edilmeye çalışılmış yasal olan yollarla bu kısıtlanmalarla mücadele edilmiştir (46). Sigarayla tanışma, sigaraya başlama konusu tanıtım pazarlama taktikleri ile doğrudan ilişkili olup gençlerin korunması ve başlamasının önlenmesi bu konularda alınacak sıkı düzenlemeler ile mümkün olacaktır (45).

16 Eylül 2021'de Philip Morris International (PMI) yönetim kurulu başkanı Philip Morris tüm dünyaya duyurusunda ilaç firması Vectura'yı devraldığını açıklamıştır. Dünyanın en büyük tütün şirketlerinden biri olan PMI, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi durumlar için inhale ilaçlar konusunda uzmanlaşmış Vectura şirketini, Vectura yönetim kurulunun oybirliği gibi büyük bir destekle, satın almayı gerçekleştirmiştir (47). Bu satın alma ile beraber daha önceden de bilinen sigara endüstrisinin büyümesine ve sigara kullanımının yaygınlaşmasına yönelik el altından yapılan girişimler, geliştirilen stratejiler tüm kamuoyu önünde resmiyet kazanmış ve tüm gerçekliği ile gözler önüne serilmiştir.

Temel etyolojisinin sigara dumanı olduğu KOAH ve yine alevlenme ve inhaler ihtiyacın gelişmesinin altında yatan ana sebebin sigara dumanı olan astım tanılı hastaların kullanımı için inhaler cihaz üretimi yapan ve aynı zamanda tıp alanında sağlık politikalarına bağlı bir kuruluşun sigara üreticileri tarafından yönetilecek olması; tütün piyasası yöneticilerinin son derece etik olmayan ve asla kabul edilemez satış,

pazarlama, yaygınlaştırma ve sürdürülebilirlik politikalarını bütün dünya kamoyunca daha da görünür hale getirmiştir. Bu gelişmeye tıp camiası yanıt vermekte gecikmemiş PMI duyurusunun yapıldığı gün, 35 akademisyen, halk sağlığı uzmanı ve hayır kurumu Birleşik Krallık Halk Sağlığı Bakanı'na yazarak, devralmanın PMI'ye sağlık tartışmalarına katılma yolu sağlayabileceği konusundaki endişelerini dile getirmiştir. Yasal müdahale için dava talep edilmiş "Bu anlaşmanın kamu yararına olmadığını ve PMI'nin sigara yoluyla zararı artırması için sapkın teşvikler yarattığını açıkça düşünüyoruz" diye görüş belirtmişlerdir. Birleşik Krallık tarafından kabul edilen DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imzacılarının tütün endüstrisi ile ortaklık kurmamasını şart koştuğu konusunu hatırlatarak bakandan Vectura ile ilişkisi olması muhtemel herhangi bir kamu kuruluşu için kılavuzlar yayınlamasını talep etmişlerdir (47).

Tütün ürünlerinin kullanımının azaltılmasına, önlenmesine yönelik yürütülen talep yönlü politikaların üretim ve ticarete kısıtlama getirecek arz yönlü politikalar olmaksızın etkili sonuçlanması mümkün değildir. Tütün kontrolünde; süreç içinde halk sağlığı profesyonelleri, hukukçular, kamu politikası uzmanları, ekonomistler ve kanıt üreten bilim uzmanları gibi geniş bir disiplinler arası ağ oluşturmak ve uzmanlık alanlarına göre her zincirin bilgi ve tecrübelerinden faydalanmak kaçınılmazdır. Bu ekip çalışmasının tütün ile olan savaşında kesintisiz devam eden bilgi ve politika üretimi mücadelenin devamlılığı açısından çok önemlidir (31).

2.5. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI

Dünya sağlık örgütü ICD-10 sınıflamasına göre bağımlılık, maddeyi kullanma davranışının, önceden daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazandığı, fizyolojik, davranışsal ve bilişsel olaylar topluluğudur. 2022 yılında yayınlanan ICD-11 revizyonunda ise “Nikotin bağımlılığı, tekrarlanan veya sürekli nikotin kullanımından kaynaklanan, nikotin kullanımının düzenlenmesindeki bir bozukluktur. Karakteristik olarak, kullanımı kontrol etme yeteneğinde bozulma, diğer faaliyetlere göre kullanıma verilen önceliğin artması ve zarara veya olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devam etmesi ile kendini gösteren, nikotini kullanmak için güçlü bir içsel dürtüdür. Bu deneyimlere genellikle nikotin kullanmak için öznel bir dürtü veya istek hissi eşlik eder. Nikotinin etkilerine karşı tolerans, nikotin kullanımının kesilmesini veya azaltılmasını takiben yoksunluk belirtileri veya yoksunluk

belirtilerini önlemek veya hafifletmek için nikotin veya farmakolojik olarak benzer maddelerin tekrar tekrar kullanılması dahil olmak üzere bağımlılığın fizyolojik özellikleri de mevcut olabilir. Bağımlılığın özellikleri genellikle en az 12 aylık bir süre boyunca belirgindir, ancak nikotin kullanımı en az 3 ay boyunca sürekli (günlük veya hemen hemen her gün) ise tanı konulabilir” şeklinde revize edilmiştir (48).

Kronik nikotin maruziyeti ile, sigara bağımlılarının deneyimlediği gibi, nöroadaptasyon meydana gelir, öyle ki aynı nörokimyasal etkiyi sağlamak için daha fazla nikotin gerekir. Beyin toleranslı hale geldikçe, normal beyin işlevini sürdürmek için nikotin gerekir. Bu bağlamda, sigarayı bırakmak, sinirlilik, kaygı, başkalarıyla geçinme sorunları, konsantrasyon güçlüğü, açlık ve kilo alımı gibi değişmiş nörotransmitter salınımı ve yoksunluk belirtileri ile ilişkilidir. Böylece nikotin bağımlılığı, hem zevk ve uyarılmanın olumlu etkileriyle hem de nikotin yoksunluğunun hoş olmayan etkilerinden kaçınarak sürdürülür (49).

Nikotin bağımlılığının temellerini açıklamak bağımlılıkla mücadelede başarı şansını artıracak ve bağımlılıkla mücadele konusunda yeni çalışmalar ve yol haritaları için bize yol gösterici olacaktır. Bu bağlamda bağımlılığın nörobiyolojisini anlamak önem kazanmaktadır. Sigara bırakma tedavilerinde başarı oranının artırılması amacıyla nikotin bağımlılığının mekanizmaları ile ilgili araştırmalar son yıllarda artış göstermektedir. Sigara bırakma davranışının kişiden kişiye değişkenlik göstermesi nöropsikiyatrik bağımlılık mekanizmasının araştırılmasının önemini vurgulamaktadır. Nikotin bağımlılık düzeyi, bırakma müdahaleleri yapılacak her hasta için hesaplanmakta böylece tedavi açısından yol gösterici olmaktadır. Standardize edilmiş bu yaklaşımlar bireyin fizyolojik , kalıtsal psikolojik ve çevresel farklılıklarından etkilenmekte ve başarısızlıkla neticelenebilmektedir . Aslında nikotin bağımlılığı insan ve insan yaşamını etkileyen faktörler ve bu faktörlerin karmaşık, iç içe geçmiş etkileşimleri ile meydana gelmektedir. Bağımlılık, bireyi oluşturan fizyoloji, genetik, psikolojik ,etnisite, sosyoekonomik düzey, kültürel farklılıklar gibi birçok faktör ve bunların çevreyle etkileşiminden oluşturmaktadır. Buradan hareketle bırakma müdahaleleri ve farmakolojik ajanlar için yol gösterici olması bakımından psikolojik ve fizyolojik bağımlılık konuları yakından incelenmelidir.

2.5.1 PSİKOLOJİK BAĞIMLILIK

Nikotinin psikostimülan bir madde olması, nörobiyolojik mekanizmalarla bağımlılık oluşturmaları ve nikotin bağımlılığının sigara içiçisinde oluşturduğu psikolojik stimulasyon bağımlılığının oluşmasında ve devamında çok önemli bir yere sahiptir.

Psikolojik olarak bağımlılık davranışlarına katkıda bulunabilecek faktörler; (1) sürekli nikotin kullanımıyla ortaya çıkan nöroadaptasyonlar (örn. tolerans), (2) ilaç kesildiğinde yaşanan yoksunluk belirtileri ve (3) nikotinin bağımlılığı güçlendiren etkilerinden oluşmaktadır. Birincil pekiştirici etkiler, nikotinin ödüllendirici (psikoaktif veya psikostimülan) etkilerini (olumlu pekiştirme) ve/veya caydırıcı veya olumsuz durumların veya uyarıların hafifletilmesini, örneğin yoksunluk semptomlarından kurtulmayı (negatif pekiştirme) içerebilir. Nikotin ayrıca diğer pekiştiricilerin veya uyarıların pekiştirici değerlerini artırabilir ve bu da onun pekiştirici etkilerine katkıda bulunabilir (50).

Güçlü öğrenme süreçleri de bağımlılık davranışlarına katkıda bulunur. Bu öğrenme süreçleri, uyuşturucu kullanımıyla ilişkili uyarıların, ilacın etkilerine benzer veya yoksunluk semptomlarına benzer tepkiler uyandırdığı veya uyuşturucu etkilerini modüle edebilen koşullandırmayı içerir. Bir hipotez, bazı şartlandırılmış uyarılara (CS'ler) dikkatin dağıtılmasında öncelik verildiği ve ilacı aramak için güçlü bir motivasyon kaynağı haline geldiği, teşvik duyarlılığının meydana gelebileceğidir (51). Teşvik duyarlılığı, beyin-ödül sistemlerini ilaca bağlı uyarılara karşı aşırı duyarlı hale getiren bir ilacın tekrar tekrar kullanılmasından kaynaklanan nöroadaptasyonlardan oluşur. Ayrıca, nikotinin, CS'lerin diğer pekiştiricilere göre ikincil bir pekiştiricisi olma yeteneği, bağımlılık yapıcı etkilerini güçlendirir (50).

Davranış psikolojisinde, bir uyarıcı, bir tepkiyi veya davranışı arttırarak o uyarıcının elde edilmesini sağlıyorsa pekiştirici olarak kabul edilir. Metodolojik sorunlar, nikotini neyin olumlu ya da olumsuz pekiştirici yaptığının araştırılmasını zorlaştırır. Zevk verici etkiler olumlu pekiştirmeyi gösterirken, olumsuz etkilerdeki azalmalar, örneğin geri çekilmeden kurtulma, olumsuz pekiştirmeyi gösterir. Bu ayrımlar önemlidir, çünkü olumlu pekiştirici etkilerin araştırılması, ergenlerin neden sigara içmeye başladığını (yani, bağımlılığın başlangıcı) ve kişilerin sigarayı bırakma girişiminden sonra neden tekrar

sigara içtiklerini anlamak için kritik olabilir. Olumsuz pekiştirici etkiler, akut yoksunluktan kurtulmaya özgü olabilir ve bu nedenle, sigara içmeye veya bağımlılığın başlamasına değil, yalnızca nüksetmeye ilişkin olabilir (50). Sigara içmeyenlerde yapılan bazı araştırmalar, nikotinin akut olarak kendi kendine uygulanmasını, artan canlılık ve uyarılma gibi zevkli öznel tepkilerle ilişkilendirerek, olumlu pekiştirmenin nikotinle ilk deneyimle ortaya çıktığını öne sürer (52). Benzer araştırmalar, başlangıçtaki nikotin takviyesinin, depresif belirtiler gibi önceden var olan caydırıcı belirtilerden kurtulma ile bağlantılı olup olmadığına odaklanmalıdır (50).

Bağımlılığın mekanizmasına bakıldığında bağımlılık yapan maddeyi tekrar alma isteğini konusunda zayıf etkiye sahip bireylerde bile bağımlılığın yüksek seyretmesi maddeye bağlı bağımlılığın ötesinde başka uyarıların bağımlılığın oluşması ve sürdürülmesinde ne kadar etki alanı olduğunu göstermektedir. kısaca ifade etmek gerekirse; kişinin zararlı olduğunu ve kendisinin bu süreçte dezavantajlı duruma düşeceğini bilmesine rağmen sigara içme davranışını sürdürmesine etki eden faktörler:1. Nikotin alarak psikik pekiştirme yaşaması 2. Nikotin alması ile giderebildiği semptomlarının ortadan kaldırılması 3. Nikotin almaya iten çevresel motivasyonlar. Sonuç olarak nikotin bağımlılığını açıklamak için, biyopsikososyal etkenlere bakmak büyük önem arz etmektedir (53).

2.5.2 FİZYOLOJİK BAĞIMLILIK

Nikotin bağımlılığın esas etkeni olarak kabul edilmekte (42) olup moleküler olarak baktığımızda Nikotin, Uluslararası Temel ve Uygulamalı Kimya Birliği (IUPAC) terminolojisine göre 3-(1-metil - 2-pirolidin) şeklinde isimlendirilir. Piridin ve pirolidin isimli iki adet halkadan oluşur. Moleküler formülü $C_{10}H_{14}N_2$ ' dir.

Nikotinin insan vücudundaki etkisi inhalasyon yoluyla direkt akciğer den emilimi vasıtasıyla olmakta yağda çözünme özelliği ile membranları kolayca kat etmektedir. Akciğerde hava yollarından kolayca merkezi sinir sistemine ulaşan nikotin maddesi burada reseptörlere bağlanarak etkilerini başlatır (54).

Merkezi sinir sisteminde prefrontal korteks ve talamusta baskın olarak etki oluşturur. Dopamin yollarını aktive ederek dopamin salınımını artırır. Haz oluşumu, keyif alma etkisi oluşurken böylece beyinde elde edilen nikotine bağlı pozitif pekiştirme etkisi oluşmuş olur (55). Keyif ve haz duygularının

yanında merkezi sinir sisteminde hakim olarak bulunan nikotin reseptörleri sayesinde beyin fonksiyonları artar, duygular güçlü algılanır (56). Ayrıca nörotransmitterlerden norepinefrin ve asetilkolinin salınımının artması, zindelik ve bilişsel fonksiyonlarda artıştan; glutamatın artışı , öğrenme ve hafızada artıştan; serotoninin artışı, duygu durum ve iştahta azalmadan; β -endorfin ve gama aminobutirik asitin (GABA) gerginlikte azalmadan sorumludur (57). Bahsi geçen nörotransmitterler , reseptörler , nöron grupları ve merkezi sinir sisteminde gerçekleşen kimyasal ve elektriksel reaksiyonları kodlayan genom aileleri hakkında yapılan detaylı araştırmalarda bu biyomoleküllerin çok sayıda genetik polimorfizme sahip oldukları bu da farklı afinite ve temel işlevlerinin yanında farklı bir dizi etki ve sonuçlar doğurmakta olup kişiler arasında farklılık gösteren nikotin bağımlılık düzeyiden tutun da yan etkilerinin kişisel yorumlanma ve nörobiyolojik sistem üzerinde oluşturduğu etkinin farklı olmasına varana kadar pek çok varyasyonun temelini oluşturduğu sonucuna ulaştırmaktadır (37). Sigara içmeye devam etmek konusunda yoksunlukta ortaya çıkan etkilerden kaçınma da önemli bir etkidir. Aynı zamanda, sigara ile beraber çevresel uyaranlar da sigara içme davranışını sürdürmede son derece önemlidir (58).

Sonuç olarak, nikotin bağımlılığına genel bir çerçeveden bakacak olursak insan bedeninin fizyolojik ve psikolojik yanının yanı sıra çevrede var olan etkilenmeler sonucu gelişen komplike bir tablodur. Buradan hareketle her bireyin kendi içinde değerlendirmeye tabi tutulması ve bırakma yaklaşımı olarak kişiye özgü yaklaşımlar geliştirilmesi müdahalelerin etkinliğini arttıracaktır.

2.6. TÜTÜN BAĞIMLILIĞINI ENGELLEME

Tütün bağımlılığı ile mücadele konusunda uluslararası kuruluşların faaliyetleri aralıksız devam etmekte olup bu konuda tüm dünyaya yol gösterici nitelikte yaptırım ve ortak faaliyet çalışmalarının en kapsayıcısı DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yönetilmektedir. DSÖ bünyesinde bu konudaki planlanan çalışmalar FCTC (Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi) kapsamında kamuoyu ile paylaşılmaktadır. FCTC ile alınan kararların ve planlanan çalışmaların tam olarak uygulanmasına yönelik çabalarda ülkeleri desteklemek amacıyla, 2007 yılında , küresel olarak tütün kontrol önlemlerinin uygulanmasını hızlandırmak için bir dizi araç olan MPOWER teknik paketini

açıklamıştır. MPOWER paketi tütün bağımlılığı ile savaş konusunda aşağıdaki yönergeleri içermiştir (33).

Tablo 2.1: Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında yayınladığı MPOWER paketi

MPOWER TEKNİK PAKETİ	
M (Monitor)	Tütün kullanımının ve tütün kontrol politikalarının izlenmesi
P (Protect)	Tütün dumanına maruziyetin önlenmesine ilişkin önlemler
O (Offer)	Bırakmak için yardım
W (Warn)	Tütünün tehlikelerine ilişkin uyarılar
E (Enforce)	Tütün reklam, promosyon ve sponsorluk çalışmalarına ilişkin yasak
R (Raise)	Tütün vergilerinin artırılmasına ilişkin tedbirler

Tütün dumanına maruziyeti önleme çerçevesinde başlatılan kapalı alanlarda sigara içme yasağı sigara içenler arasında sigara tüketimini azalttığı ve daha önce bırakmayı denemiş olanlar arasında yeniden sigarayı bırakma girişimlerini destekleyebileceği gösterilmiştir. Daha önceki küresel ve bölgesel raporlarda da gözlemlendiği gibi, bu önlem, 2008'den bu yana çoğu ülkenin uyguladığı ve en fazla ilerleme kaydedilen önlem olmaya devam ediyor. Kamusal kullanımda olan kapalı alanlarda, işyerlerinde ve toplu taşıma araçlarında dumansız ortamların sağlanmasına yönelik kapsamlı mevzuatın uygulanması yoluyla tütün bağımlılığı ile mücadelede önemli bir aşama kaydedildiği uzmanların ortak görüşü olarak bildirilmektedir (33) .

FCTC aynı zamanda tütün ürünleri arzını ve talebini azaltan mekanizmalar geliştirmektedir ve yetkileri, bu ürünlerin tüm üretim, dağıtım ve satış zincirini kapsamaktadır. Bu yönergelerin verimli bir şekilde uygulanması ile ulaşılması planlanan hedefler: gençlerin sigaraya başlamasını önlemek, sigara içmeyenleri ikinci el dumana maruz kalmaktan korumak, sigara içenlerin tütünü bırakmasına ve sigarayı bırakanların da uzak durmalarına yardımcı olmak şeklinde belirtilmiştir (59) .

Tütün bağımlılığı ile mücadele kapsamında yürütülen bir diğer çalışma ise tütün vergilerinin yeniden düzenlemesine ilişkin alınan kararlardır (60). Bu çalışma tütün kullanımını azaltmada en uygun en maliyet etkin müdahale olarak kabul edilirken, aynı zamanda bunların uygulanmasına bağlı harcama yapılmazken artan devlet gelirleri sayesinde ekonomik katkı sağlayacaktır. Ancak bu önlem, hem

bölgesel hem de küresel olarak 2008'den bu yana çok az ilerleme kaydedebilmiştir ve uygulama anlamında dünyada dar kapsamda yer alabilmiştir. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu' nun 2021' deki en son baskısında, küresel düzeyde, bu önlemi 2019' daki önceki rapordan bu yana en yüksek uygulama düzeyinde uygulayan yalnızca iki yeni ülkenin listeye katıldığını bildirmiştir (61). 13 yıl önce Dünya Sağlık Örgütü'nün Küresel Tütün Salgınına İlişkin Raporu'nun ilk baskısının yayınlanmasından bu yana, vergi oranları tütün ürünlerinin fiyatının %75'i veya üzerinde olan ülkeler listesine sadece 17 ülke eklenmiştir (33).

Çok az ilerleme kaydedilen tedbirlerden bir diğeri de tütün reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları (TAPS) dır ki uzmanlar bunların ancak topyekûn dünya genelinde uygulanırsa etkili olabileceğini konusunda vurgu yapmaktadır . Modern iletişim ve pazarlama teknikleri; doğrudan satış, halkla ilişkiler, satış promosyonu ve kişisel veya etkileşimli çevrimiçi satışa yönelik pazarlama yöntemleri dahil olmak üzere, tamamen reklama ve ürünlerin satın alınmasını ve satılmasını teşvik etmeye odaklanır. Tütün endüstrisi, bu yasak ve önlemleri yalnızca belirli doğrudan reklam türlerini yasaklayarak, harcamalarını diğer TAPS' lara yönlendirerek, tütün ürünlerini ve özellikle gençler arasında kullanımını teşvik etmek için yaratıcı ve dolaylı yöntemlere başvurarak ne yazık ki bu tedbir ile başa çıkmaktadır. Yine de yönergeler, sözleşme hükümleri dahilinde TAPS biçimlerinin kapsamlı olmasa da gösterge niteliğinde bir listesini sağlayarak uygulayıcılara bir yol haritası çizmektedir (62). Yönergeler aynı zamanda vergi idaresi, vergi gelirlerinin tütün kontrolünü finanse etmek için kullanılması ve gümrüksüz satışlar hakkında tavsiyeler içermektedir.

2.7. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI HAKKINDA HASTA VE SAĞLIK SUNUCUSUNUN EĞİTİMİ BİLGİLENDİRME

Tütün içimi, çok çeşitli hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür ve sigaranın bırakılması bu riskleri önemli ölçüde azaltır. Bu nedenle, sigarayla ilişkili hastalıklar için klinik kılavuzlar, sigarayı bırakma konusunda rehberlik içermelidir. Bu bağlamda sigara / tütün ürünleri hakkında bilgilendirme yapılması bağımlılıkla mücadele konusunda kritik öneme sahiptir. İngiltere de yapılan bir derleme ile bu konunun önemi gösterilmiştir. Ocak 2014 ile Ekim 2019 arasında Birleşik Krallık ulusal veya uluslararası tıbbi uzmanlık dernekleri ve dernekleri tarafından geliştirilen ve sigara içenler arasında içmeyenlere göre en

az iki kat daha yaygın olan 16 hastalığa ilişkin klinik kılavuzları ve önerileri araştıran sistematik bir inceleme yürütülmüştür. Hastalara sigarayı bırakmak ile, KOAH'ın ilerlemesinin duracağı/yavaşlayacağı , akut akciğer enfeksiyonlarının ve astım alevlenmelerinin sıklığının azalacağı, akciğer kanseri sağkalımının iyileşeceği ve miyokard enfarktüsü ve inmenin tekrarlama riskini azalacağı ayrıca baş boyun kanseri, periferik arter hastalığı, romatoid artrit gibi hastalıkların klinik seyirlerinde yavaşlama /iyileşme görüleceği (63) şeklinde eğitici bilgilendirmelerin yapılması ile; sigara içmenin bir risk faktörü olarak bildirilmesi ve sigarayı bırakma tavsiyesinin dahil edilmesi (64) sigaraya başlama oranını azalttığı ve halihazırda sigara içicilerinin sigara bırakma oranlarını arttırdığını ortaya koymuştur. Bu nedenle, sigara içmenin neden olduğu hastalıkları olan hastaları teşvik etmek, hastalık yönetiminin rutin bir bileşeni olmalıdır ve sigarayı tedavi etmek için sistematik müdahale, kanıta dayalı sigarayı bırakma kılavuzunun temel bir bileşenidir (65).

Sağlık sağlayıcıları ve programları, tedavi ve danışmanlık planlamasında diğer herhangi bir madde tedavisinde olduğu gibi tütün kullanımını da ele almalıdır. Tütün kullanım bozukluğu olan hastalara, başvurduğu sağlık problemi ile ilgili rutin uygulamalar ve yaklaşımlar haricinde tütün kullanımını tamamen durdurmak için kısa, arkadaşça ve açık bir tavsiye vermeyi içermelidir. Hastalara tütün kullanım bozukluğunun tedavi edilebilir olduğu konusunda eğitim verilmeli ve bırakmayı düşünenlere, hasta hazırsa bir hedef bırakma tarihi belirlemek de dahil olmak üzere bir tedavi ve nüks önleme planı geliştirme konusunda yardım edilmelidir (66).

Eğitim/danışmanlık konusunda yüz yüze toplantılara katılmayı zor bulan veya sanal etkileşimler yoluyla katılma olasılığı daha yüksek olan hastalar için tele sağlık ziyaretleri düşünülmelidir. Sağlayıcılar, toplumda mevcut olan stres yönetimi, beslenme ve iyileşme destekleri hakkında rehberlik sağlamayı da düşünmelidir (66).

Hastalar, tütünü bırakmanın diğer madde kullanımını bırakma çabalarını sekteye uğratabileceğinden endişe duyabilirler. Bu inançlar, tütünü bırakmanın bağımlılık tedavisi müdahalelerine engel değil yardımcı olabileceğini gösteren kanıtlarla desteklenmez (67). Klinisyenler, hastaları tütün kullanım bozukluğu ve diğer MKB' ler için eş zamanlı tedavinin etkinliği konusunda eğitmelidir.

Tütün kullanım bozukluğuna yönelik müdahaleler, ergenler, hamile kadınlar ve obez hastalar gibi özel popülasyonlar olarak tek tek ele alınmalı özel gruplara ilişkin ihtiyaç ve gereklilikleri dahilinde bağımlılıkla mücadele konusunda tavsiye, tedavi ve takipleri için her gruba kendine özel verimli olacağı düşünölen yöntemler ve yönergeler izlemelidir (66). Aşağıda bu konu birkaç örnek ile özet olarak işlenmiştir.

Tüm ergenler rutin olarak tütün kullanımı açısından taranmalıdır. Ergenlerde en etkili müdahaleler arasında bireysel danışmanlık, motivasyon geliştirme ve bilişsel-davranışçı terapi (CBT) yer alır (68). Genç tütün kullanıcıları, Ulusal Sağlık Enstitöleri tarafından sağlanan çevrimiçi bırakma destek kaynaklarından yararlanabilir. Farmakoterapinin yetişkinler için etkinliği ve tütün kullanım bozukluğunun ciddi zararları göz önüne alındığında, Amerikan Pediatri Akademisi sağlayıcıların orta veya ciddi derecede bağımlı olan gençler için endikasyon dışı farmakoterapiyi düşünmelerini önermektedir (69). Sağlayıcılar tütün kullanımını ve buna bağılı zararları azaltmaya yönelik stratejileri tartışmalı ve hastanın tedavi planına motivasyon artırma stratejilerini dahil etmelidir (70). Son olarak, tütün kullanan gençleri hedefleyen stratejiler, akran grupları ve aile üyeleri arasında tütün kullanımı da dahil olmak üzere hem bireysel hem de çevresel faktörleri dikkate almalıdır (71).

Hamilelik sırasında sigara içmek, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı için önemli bir risk faktörüdür ve ciddi sağlık sorunları ve bebek ölümü riskini artırır. American College of Obstetricians and Gynecologists tarafından önerildiğı gibi, tütün ürünleri kullanan hamile kadınlara psikososyal, davranışsal ve farmakoterapi müdahalelerini içerebilen bireyselleştirilmiş bakım sunulmalıdır. Nikotin replasman tedavisinin kullanımı, ancak hastayla sürekli tütün kullanımının bilinen riskleri, nikotin replasman tedavisinin olası riskleri ve yakın izleme ihtiyacı hakkında ayrıntılı bir görüşmeden sonra düşünölmelidir. Nikotin replasman tedavisi kullanılıyorsa, amacı sigarayı bırakmak olmalıdır (66).

Tütün kullanım bozukluğu için tedavi arayan kişilerin yaklaşık üçte ikisi aşırı kilolu veya obezdir. Tütün kullanımını bırakmadan önce aşırı kilolu veya obezitesi olan hastalar, kilo alma açısından en büyük risk altındadır. Fazla kilolu veya obezitesi olan hastaların, kişiselleştirilmiş kilo yönetimi programlarından ve bırakma girişimleri sırasında kilo alımını önlemeye yardımcı olmak için bupropion gibi ilaçların kullanımından faydalanması muhtemeldir (72).

Tütün kullanımını bırakan hastalar nüks açısından izlenmelidir. Hastaların bırakma sürecine uyumunu ve bırakma konusunda motivasyonlarını arttırmak için taşınabilir bir alkol ölçer kullanılarak yapılan karbondioksit testi ile tütünlenmiş tütünden uzak durulduğunun objektif olarak doğrulaması yapılabilir (73). Sigarayı bırakma girişiminden sonra tekrar sigara içmeye başlama, büyük ihtimalle bıraktıktan sonraki ilk birkaç hafta içinde olur ve zamanla hızla azalır. Bir hasta tütün kullanımına geri döndüğünde, tedavi planı yeniden düzenlenmeli; kombinasyon farmakoterapisinin eklenmesi, tedavinin yoğunlaştırılması (örn. nikotin replasman tedavisinin dozunun artırılması) ve/veya relaps tetikleyicilerini ele almak için psikososyal müdahaleler dahil olmak üzere daha yoğun tedavi endikasyonu açısından değerlendirilmelidir (66).

Motivasyonel görüşme, nikotin veya tütün kullanımını bırakma konusunda kararsız olan hastaları desteklemek için kullanılmalıdır. Müdahalelerin hastanın değişim aşamasına göre uyarlanması, hastaların tütün ürünleri kullanımını azaltması veya bırakmasına destek olmak için esastır. Motivasyonel görüşme, henüz bırakmaya hazır olmayanlar için hazır olma durumunu artırabilir (74). Bazı hastalar, tütün kullanımını bırakmaktansa tütün kullanımlarını azaltmakla ilgilenebilir (75). Sigarayı bırakmayı veya azaltmayı düşünen bireylere, tütün kullanımını tamamen bırakmaya hazır olana kadar beklemek yerine farmakoterapiye başlama seçeneği sunulmalıdır (76,77). Bu strateji, hastaların tütün kullanımını azaltmasına, öz-yeterliliği artırmaya ve gelecekteki bırakma girişimlerini mümkün kılmak için mevcut araçlara aşina olmasına yardımcı olabilir.

Zarar azaltma ilkeleri, kararsız hastaları farklı tütün ürünlerinin görece zararları konusunda eğitmek için kullanılabilir. Bu stratejiler, hastaları nikotin iletiminin en zararlı şekli olan yanıcı tütün ürünlerini kullanmayı bırakmaya veya azaltmaya motive etmeyi amaçlar. NRT, snus ve ENDS gibi yanıcı olmayan nikotin biçimleri tamamen güvenli olmasa da hastayı çok daha az zararlı bileşenlere maruz bırakır ve karbon monoksit salmaz (78). Tütün kullanmaya devam eden hastalar, sağlıkları için en zararlı olan yanıcı tütün ürünlerinin kullanımını en aza indirmeleri için güçlendirilmeli ve teşvik edilmelidir (79).

2.8. BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Halk sağlığı ve bilim camiası sigara içmenin bir alışkanlık değil nikotin kaynaklı bir bağımlılık olduğunu fark etmeye ve etkili bırakma tedavileri geliştirmeye 1980'lere gelindiğinde başlamış, 1984 yılında, ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ilk bırakma ilacı olan nikotin sakızını onaylamış, ardından nikotin bandı (1991–92), nikotin burun spreyi (1996), nikotin inhaleri (1997), bupropion (1997), pastil (2002) ve vareniklin (2006) sırayla bırakma ilacı olarak onay alarak kullanılmaya başlanmıştır (80). 1990 yılının bırakma müdahaleleri ile ilgili önemli bir gelişmesi de ABD nin önemli sağlık kuruluşlarından biri olan Genel Cerrah ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından , Sigarayı Bırakmanın Sağlığa Faydaları adlı bir rapor yayınlanması olmuştur (81).

Telefon ile sigara bırakma destek hizmetleri de hızla büyümeye başlamış 1992' de Kaliforniya, devlet tarafından finanse edilen ilk tütün bırakma hattını aktif hale getirmiştir (82). Verilen hizmetlerden alınan geri dönüşlerde etkinlik konusunda pozitif veriler elde edilmiş ve bu durum daha fazla devlet bırakma hattının oluşturulmasına yol açmıştır (83). 2004 yılında, Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı'nın yönlendirmesiyle, Ulusal Kanser Enstitüsü, ücretsiz, ulusal bir bırakma hattı portalı olan 1-800-QUIT-NOW'u oluşturdu ve CDC, devlet bırakma hatlarını doğrudan finanse etmeye başladı (84). 2006 yılına gelindiğinde, 50 eyaletin tamamı, Columbia Bölgesi ve Porto Riko bırakma hatları sunuldu (85).

Etkili bırakma tedavileri daha yaygın hale geldikçe, sağlık hizmeti sunucularının tütün kullanımını tedavi etme ihtiyacı da giderek daha fazla kabul gördü (86). ABD Halk Sağlığı Servisi, 2000 ve 2008'deki güncellemelerle birlikte, tütünle ilgili ilk klinik uygulama kılavuzunu 1996'da yayınladı. Güncelleme, tütün bağımlılığının genellikle tekrarlanan müdahale gerektiren kronik bir hastalık olduğu, danışmanlık ve FDA onaylı ilaçların etkili bırakma tedavileri olduğu ve danışmanlık ve ilaç kombinasyonunun, her ikisini de tek başına kullanmaktan daha etkili olduğu sonucunu açıklamış ve böylece yapılacak çalışmalara geniş perspektifli bir çerçeve çizilmiştir (87).

2008 güncellemesi aynı zamanda sigorta şirketlerine kapsamlı bırakma kapsamı sağlamalarını ve sağlık sistemlerinin tütün kullanan her hastayı tespit edip tedavi etmesini öneren ilk kılavuzlardan biriydi. Diğer raporlar da sistem değişikliklerini teşvik etti (87). Bu konuda o dönemde önemli bir yayın ile de

bu çalışmalar desteklenmiştir: Tütün Sorununu Bitirmek: Ulus İçin Bir Taslak, En İyi Uygulamalar 2014 ve Sağlıklı İnsanlar 2020 (20).

Birçok etkili tütün bırakma tedavisi olmasına rağmen, tütünü bırakmak kolay değildir. Sigara içen çoğu kişi, başarılı olmadan önce birçok kez bırakma girişiminde bulunur (88). Çoğu kişi kendi başına bırakmayı dener ve genel olarak bırakma oranları düşük kalır (89). Yapılan çalışmalarda elde edilen veriler ışığında 2015 yılında sigara içen yetişkinlerin yaklaşık %70' i bırakmak istemiş, %50' den fazlası bırakmayı denemiş ancak %10' dan azı başarılı olmuştur (89). Tütün kullanan kişiler, bırakma tedavisinin mevcut olduğundan habersiz olabilir, tedaviyi karşılayamayabilir veya belirli tedaviler için sınırlı sigorta kapsamı gibi başka engellerle karşılaşabilir (90). 2015 yılında, sigara içen yetişkinlerin yalnızca %31'i sigarayı bırakmaya çalışırken kanıta dayalı bırakma tedavisi kullanmıştır (89).

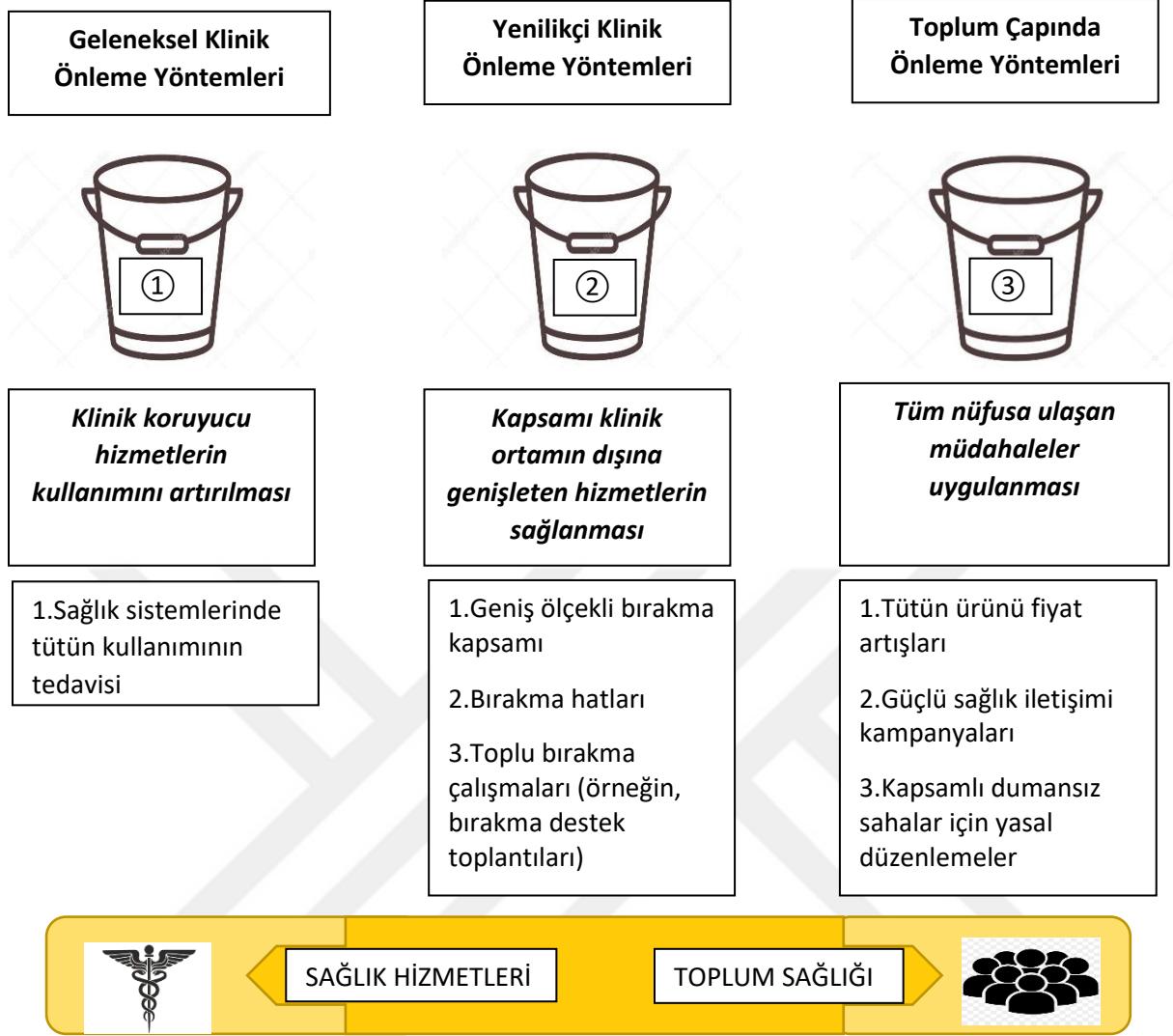
Nüfusa dayalı bırakma müdahaleleri, engelsiz, kanıta dayalı tütün kullanımı tedavilerine ve hizmetlerine isteyen veya ihtiyaç duyan herkesin erişebilmesini sağlayarak insanların başarılı bir şekilde sigarayı bırakmasına yardımcı olmayı amaçlar. Bu stratejik çabalar, sağlığı önemli ölçüde iyileştirme potansiyeline sahiptir. Politikaları ve sistemleri, bırakmayı normalleştirecek ve tıbbi bakımda tütün kullanımı taraması ve tedavisini kurumsallaştıracak şekilde değiştirirler. Nüfus düzeyinde bırakma müdahaleleri üç yaklaşımı içerir (20).

-Tütün tedavisini rutin klinik bakıma entegre etmek için sağlık sistemlerinin değiştirilmesini teşvik etmek

-Kanıta dayalı bırakma tedavisi için sigorta kapsamının iyileştirilmesi ve kapsam dahilindeki tedavilerin kullanımının artırılması

-Devlet tütün bırakma hatlarını desteklemek

CDC'nin Şekil de gösterilen Üç Kovalı sigara bağımlılığı ile mücadele çerçevesi, programların kapsamlı bir yaklaşım belirlemesine yardımcı olabilir (91).



Şekil 1: CDC'nin Tütün Bırakma Kapsamında Üç Kova Modeli

1. Kova, bir doktorun muayenehanesinde tütün kullanımı taraması gibi klinik ortamlarda hastalara uygulanan geleneksel önleme stratejilerini içerir. 2. Kova, tütün taramasının toplum sağlığı programlarına dahil edilmesi gibi klinik ortamın dışında sunulan yenilikçi stratejileri içerir. Bu aşamada müdahaleler, toplum sağlığı çalışanları, hemşireler veya diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından uygulanabilir. 3. Kova, toplulukta veya işyerinde uygulanan, örneğin sigara yasağı yasalarının uygulanması gibi topluma dayalı stratejileri içerir. Bu müdahaleler topluluk üyeleri veya karar vericiler tarafından yönetilebilir. 3. Bölümdeki stratejiler, sigarayı bırakmayı birkaç şekilde destekler (20):

Tablo 2.2: Sigara bırakma stratejileri ve uygulamaların getirdiği avantajlar

-Sağlık iletişimi kampanyaları yürütülür, sigara içen insanları bırakmaya motive eder ve onları mevcut tedaviden haberdar eder.
- Kapsamlı sigara yasağı yasalarının uygulanması, sigarayı bırakmak için destekleyici bir ortam yaratır ve sigara içenleri sigarayı bırakmaya motive eder.
- Tütün ürünlerinin fiyatlarındaki artış, insanları sigarayı bırakmaya teşvik eder ve bırakma hizmetleri için gelir sağlayabilir.

En büyük kazanımları elde etmek için, kullanılan stratejileri üç kovanın tamamında koordine etmek önemlidir (92).

Çoğu sigara içicisi sigarayı bırakmakla ilgilidir (82). Yine de bazı özellikli gruplar, bırakma tedavisine erişim konusunda diğerlerine göre daha fazla zorluklarla karşılaşır, erişimleri daha zor olur ve bırakma desteği açısından da zorlukların aksine desteğin en elzem olduğu popülasyonlardır. Bu öncelikli popülasyonlar, ileri yaş bireyler veya çocuk ergen içiciler, engelli bireyler; düşük sosyoekonomik düzeyde içiciler, coğrafi konum, ırk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, cinsiyet kimliği bakımından toplumdan ayrılmış bireyler, davranışsal problemleri olan veya askerlik görevi esnasında sigara kullanıcıları sosyal, fiziki, psikolojik ve toplumsal olarak belirlenmiş koşullara ve özelliklere göre gruplandırılır ve her gruba kendine özgü dinamikleri göz önüne alınarak sigara bırakma desteğinin sunulması ile hedef kitleye ulaşmak ve müdahalelerin etkinliğini arttırmak için geniş çalışmalar ve stratejiler geliştirilmelidir (20).

Belirli ırksal, etnik ve sosyoekonomik statü gruplarından insanların daha fazla tütün reklamı yapılan topluluklarda yaşama olasılığı daha yüksektir (93). Sigara içmeye yönelik bu çevresel ipuçları, sigarayı bırakmayı daha da zorlaştırabilir (94).

Hastalara tütün kullanmayı bırakma tavsiyelerindeki genel artışa rağmen, sağlık hizmeti sunucularının genç yetişkinler, belirli ırksal ve etnik azınlıklar ve sigortasız kişiler gibi bazı gruplara sigarayı bırakmalarını önerme olasılığı hala daha düşüktür (89). Bu popülasyonlara hizmet veren sağlayıcılar, bırakma tavsiyesi vermek için zaman veya eğitimden yoksun olabilir (95). Bu gruplardan hastalar aynı

zamanda birbiriyle çelişen sağlık öncelikleriyle karşı karşıya kalabilir (95). Tütün kontrol programları, öncelikli popülasyonlarla çalışan sağlayıcıları aşağıdakileri yaparak destekleyebilir:

Tablo 2.3: Tütün kontrol programlarında öncelikli popülasyon için destekleyici çalışmalar

- Sağlayıcıları, hizmet ettikleri popülasyonlar için sigarayı bırakmanın önemi konusunda eğitmek
- Sağlık personelinin her hasta ziyaretinde tütün kullanımı hakkında soru sorma ve tedavi etme prosedürleri oluşturmaya yardımcı olmak
- Hastaların kültürlerine, okuryazarlık seviyelerine, ana dillerine ve yaşlarına göre uyarlanmış bırakma bilgilerinin sağlanması
- Sigarayı bırakmanın davranışsal sağlık tedavisine dahil edilmesi
- Kültürel olarak yetkin bırakma tedavisi sağlama konusunda sağlık personelinin eğitimi

Bu yaklaşımlar çevrelerinde sağlık sistemlerine bağımlılıkla mücadele çalışmalarını entegre edilmesi ve gerekli veri donanım insan kaynaklarının yanında reklam , bilgilendirici ve eğitici yönlendirmeler, bu konuda örgütlenme ve proje geliştirme çalışmaları yürütülerek müdahalelerin ve projelerin hedefinin yakalaması ve yeni proje ve çalışmaların devamlılığını sağlamak esas alınarak yeni katkılar yapılmaya devam edilmektedir.

2.9. SAĞLIK SİSTEMLERİ DEĞİŞİMİNİ TEŞVİK ETMEK

Her yıl sigara içen 10 kişiden 8'i doktora gittiğinden, sağlık hizmeti sağlayıcıları sigarayı bırakmayı teşvik etmede önemli bir rol oynamaktadır (20). Ancak 2015'te sigara içenlerin beşte üçünden azı bir sağlık uzmanından sigarayı bırakma tavsiyesi almıştır (89). Bu konu için önemli bir adım da hasta ile her konuyu ele almak için yeterli ve etkili zaman geçirmektir (96). Sağlayıcılar hastaların bırakmaya direneceğini veya bırakmak istemeyeceğini düşünebilir bu da sağlayıcının motivasyonunu azaltır (87). Bu düşünce göz ardı edilerek sağlayıcıların her hastaya aynı istek ve motivasyonla bırakma hakkında konuşmalar yapması önemlidir (96). Yapılan çalışmalarda sigara içen kişilerin, doktorların sigarayı bırakma konusundaki tavsiyelerine değer verdiği ve hatta kısa bir danışmanlığın (üç dakikadan kısa) bile fark oluşturduğu görülmüştür (87). Sağlık sistemleri değişim stratejileri, her hastayı tütün kullanımı açısından taramayı ve her tütün kullanıcısına her ziyarette sigarayı bırakması için yardım sunmayı

amaçlar. Sağlık sistemleri değişikliği, sağlık sistemi genelinde değişiklik yapmaya odaklanır. Değişiklikler, tütün tedavisini desteklemek için kurumsal politikaların, idari ve klinik süreçlerin, bilgi teknolojilerinin, personel eğitiminin, performans geri bildiriminin ve kalite iyileştirme girişimlerinin gözden geçirilmesini içerebilir (97). Amaç, sağlayıcıların harekete geçmeyi hatırlamasına bağlı kalmak yerine tarama ve tedaviyi otomatik hale getirmektir (91).

Sağlık sistemleri değişimi "herkese uyan tek beden" değildir (97). Başarılı sağlık sistemi değişiklikleri, her bir sağlık sisteminin özelliklerine göre uyarlanır. Sistemin mali kaynaklarına, iş akışına, personele, hasta popülasyonuna, elektronik sağlık kayıtlarının (EHR'ler) kullanımına ve kalite iyileştirme çabalarına bağlı olarak birçok farklı faaliyet içerebilirler (97).

Sağlık sistemleri değişikliğinin faydalarına dair kanıtlar ikna edicidir. Sağlayıcılarla etkileşimler yalnızca birkaç dakika sürebilse de, tütün kullanımı tedavisi kısa süreli bile olsa, sigara içen kişilerin sigarayı tamamen bırakmasına yardımcı olur ve hatta henüz bırakmaya hazır olmayan kişilerin gelecekte sigarayı bırakma olasılığını artırabilir (87). Bunun yanında sigara bırakma stratejilerini birleştirmek midahalenin etkinliğini artırır (87). Örneğin, eğitim ve danışmanlık hizmetleri hatırlatma veya uyarılarıcılar gibi sistemlerle birleştirildiğinde, hastaların güncel tütün kullanım durumları hakkında bilgi almak kolaylaşacak, planlanan bırakma tarihi belirleme ve hastanın güncel durumunun takibi ve bu takibin etkinliği artacaktır (87). Tutarlı bir şekilde uygulandığında, bu değişiklikler sigara içme oranlarını azaltabilir (98). Tütün kullanımının tedavi edilmesi aynı zamanda hasta memnuniyetini artırabilir ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesi gibi hükümetlere sağlık önceliklerinin karşılanması konusunda oldukça yardımcı olabilir (99).

2.10. SİĞARA BIRAKMA DANIŞMA HATLARI

Tüm dünyada tütün bırakma hatları (TBH) insanların tütünü bırakmasına yardımcı olmak için ücretsiz ve görece daha gizli bir şekilde, sigara bağımlılığı konusunda telefon danışmanlığı sunar. Eğitimli bırakma hattı koçları, arayanlara nasıl bırakılacağına dair pratik tavsiyeler, bırakma ilaçları ve bunların nasıl kullanılacağı hakkında bilgi içeren ve bir bırakma planı geliştirmeye yardımcı olan bireysel danışmanlık sağlar (20). Koçlar ayrıca arayanlara kaynaklar hakkında bilgilendirmenin yanında yönlendirmeler yapabilir, kendi kendine bırakma konusunda yardım materyalleri gönderebilir ve bazı

durumlarda farmakolojik tedaviler sağlayabilir (20). TBH'ler ilk ortaya çıktığındaki yapılanmalarının aksine artık sadece telefon danışmanlığı ve kişiye posta yoluyla bilgilendirme kartları sunmakla kalmaz; internet, sohbet, kısa mesaj ve mobil uygulama seçenekleri ile hizmetlerini ve desteklerini genişletmiştir (100).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) ' nde TBH lar “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” olarak , 27 Ekim 2010 tarihinde hizmete açıldı. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı'nın amacı; sigara bırakmak isteyen bireyleri teşvik ederek bırakma girişiminde bulunmaları için motive etmek, bırakma kararı almış bireylere bu süreçte rehberlik etmek, bırakma sürecinde ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtileri ile baş etmeye yönelik davranış değişiklikleri hakkında danışmanlık vermek ve sigara bırakma hizmeti sunan sağlık profesyonelleri ile birimleri hakkında bilgi sunarak gerekirse bu birimlerden randevu almak gibi hizmetler sunmaktır. Danışma Hattı telefon santraline, 2010 yılından 30 Eylül 2018 tarihine kadar 27.165.744 çağrı girişi almakla birlikte günlük çağrı girişi sayısı ortalama 4000'dir (101).

Bırakma hatları son derece etkilidir ve geniş çapta erişilebilirlik sağlaması herkese ulaşılması açısından çok büyük önem arz etmektedir (87). Bırakma hatlarını kullanmak, bırakma müdahalesinin veya denemesinin başarılı bir şekilde sonuçlanmasının şansını artırır ve bırakma hattı danışmanlığını ilaçlarla birleştirmek, her ikisini de tek başına kullanımından oldukça etkili bir yöntem olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (87). Telefonu olan herkes bırakma hattını arayabilmesi, TBH'lerin yüz yüze müdahalelere göre daha düşük maliyetle daha fazla kişiye ulaşabilir olması önemlidir. Ayrıca TBH'ler, sigortası olmayan veya bir sağlık hizmeti sağlayıcısından uzakta yaşayan tütün kullanıcıları için mevcut olan tek ücretsiz bırakma kaynağı olabilir (102). Akşamları ve hafta sonları da çalıştıkları için ulaşım ve çocuk bakımı gibi engellemeler en aza inmiştir (100).

2.11. BAĞIMLILIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ /FAGERSTRÖM BAĞIMLILIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesi, sigarayı bırakma müdahalelerini tasarlamak için çok önemlidir. Aslında, bağımlılığı yüksek olan sigara içenler, ilişkili yoksunluk semptomlarını azaltmak için daha yoğun müdahalelere ihtiyaç duyabilir (32). Bu nedenle sigara bağımlılığını değerlendiren araçların geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Bu konuda birçok araç geliştirilmiştir; bazıları bağımlılığın

fiziksel boyutlarına odaklanırken, bazıları da psikolojik ve davranışsal boyutlarını içerir. Sigara bağımlılığını değerlendiren araçlar arasında, Fagerström Sigara Bağımlılığı Testi (FTCD) (103) ve Sigara Bağımlılığı Ölçeği (CDS) (104) klinik bağlamda çok popülerdir. Ayrıca, popülasyonda sigara içenlerin özelliklerinin izlenmesi hem bireysel hem de ekolojik düzeyde yapılan çalışmalar bu bağımlılık ölçeklerini birleştirmiştir. Çoğunlukla klinik ortamlarda sigarayı bırakmak için destek arayan sigara içenler arasında olmak üzere birçok çalışma psikometrik özelliklerini değerlendirmiştir (103,105). Ancak, sigarayı değerlendiren araştırma sayısı azdır. Sigara içenlerin genel nüfusa bağımlılığı (103), bu, epidemiyolojik çalışmalar yürütülürken nüfus düzeyinde tütün kontrol politikaları için temel konuları belirlemek için çok önemlidir (103).

Eski adıyla Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (151) olarak bilinen FTCD, 6 sorudan oluşan bir ölçektir. Etter ve ark.(104) tarafından geliştirilen CDS, dördüncü versiyonunda Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ve International Classification of Diseases onuncu versiyonunda (ICD-10) belirtilen bağımlılık kriterlerini kapsamaktadır. CDS ölçeğinin 12 soruluk tam versiyonu (CDS-12) ve beş soruluk kısa versiyonu (CDS-5) mevcuttur. Her iki versiyon da içerik ve yapı geçerliliği kriterlerini karşılamaktadır (7). Kısa versiyon CDS-5, sigara bağımlılığı, günde içilen sigara sayısı, uyandıktan sonra içilen ilk sigaraya kadar geçen süre, sigara içmenin ne kadar zor olduğu konusunda öz değerlendirme içermektedir (103).

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FTND), nikotine fizyolojik bağımlılığı ölçen yaygın olarak kullanılan bir ankettir (106) ve FTND'nin psikometrik özellikleri üzerine 26 makalenin gözden geçirilmesi, bunun farklı popülasyonlarda güvenilir olduğunu bulmuştur (108). FTND, araştırmacılar tarafından gözlemsel çalışmalarda ve klinik deneylerde kullanılır ve sigarayı bırakmanın biyokimyasal doğrulaması için kullanılan tükürük kotinin konsantrasyonu gibi önemli sigara değişkenleriyle pozitif ilişkileri vardır (109). FTND ayrıca klinisyenler tarafından nikotin replasman tedavisi dozajlarına karar vermek için kullanılır. Tablo 1, altı FTND sorusunu ve yanıt seçeneklerini sunmaktadır. Toplam FTND puanı, ayrı maddelerden alınan puanların toplanmasıyla hesaplanır. Toplam olası FTND puanları, 0 ile 10 arasında değişir ve daha yüksek puanlar, daha yüksek nikotin bağımlılığı düzeylerini gösterir (107).

Tablo 2.4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	a. İlk 5 dakika içinde b. 6-30 dakika içinde c. 31-60 dakika içinde d. 1 saatten sonra	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	a. Sabah içilen ilk sigara b. Diğerleri	1 puan 0 puan
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	a. 31 ve daha fazla b. 21-30 adet c. 11-20 adet d. 10 ve daha az	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?	a. Evet (1 puan) b. Hayır	(0 puan) 1 puan 0 puan
Puanlama; 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık		

FTND (155–157) en yaygın kullanılanı, sadece altı maddeye sahip olması, yönetimi basit ve non-invazivdir. Ayrıca kantitatif değerlendirme sağlar, davranışsal ve fizyolojik belirtileri kullanarak bağımlılık düzeylerini kavramsallaştırır ve genetik çalışmalarda nikotin bağımlılığı için daha iyi ölçüm sonuçları gösterir (113,114).

Bu test kısa olmasına rağmen, diğer tıbbi sorunları değerlendirmekle meşgul olan hekimlerin değerli zamanlarını alması ve bu nedenle, nikotin bağımlılığını değerlendirmek için FTND'nin kısa bir versiyonu olan Sigara İçme Ağırlığı İndeksi (HSI) geliştirilmiştir. HSI'de, iki FTND maddesinden çerçevelenmiş iki bileşen vardır (yani 1. madde - 1. sigaranın içildiği zaman ve 4. madde - günlük sigara sayısı) (115).

Kapsamlı literatür taraması sonucunda, HSI tarafından değerlendirilen nikotin bağımlılığının FTND tarafından sağlanana eşdeğer olup olmadığı hakkında çok az şey bilindiği ortaya çıktı. Bu araştırmanın amacı, HSI, yüksek erken sigara içme ve yoğun sigara içmeyi FTND ile karşılaştırmak ve ayrıca HSI,

erken yüksek sigara içme ve yoğun sigara içmenin mevcut sigara içenler arasında duyarlılığını değerlendirmektir (115).

2.12. 5A 5R YAKLAŞIMI

Genel muayenehane ortamlarında sigarayı bırakma tavsiyesinin yeterli şekilde verilmesini sağlamak için iki model ortaya çıkmıştır. İlk modelde, yardımcı sağlık profesyonelleri muayenehanedeki hastalara ayrıntılı yardımın büyük bir kısmını sağlayarak, doktorun rolünü motive edici eylem ve reçeteli ilaçlarla ilgilenmekle sınırlandırır. Hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde küçük bir rol oynadığı ülkelerde, sigarayı bırakma danışmanlığı hemşireler, eczacılar veya diğer sağlık çalışanları tarafından, eğer yeterince eğitilmişler ve bu tür hizmetleri sunmaya yönlendirilmişlerse sağlanabilir. Örneğin, kısa süreli sigara bırakma danışmanlığı, meslekten olmayan eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından sağlanan tüberküloz önleme programları gibi diğer önleyici sağlık hizmetleriyle birleştirilebilir. Pek çok kişinin basılı materyaller ve diğer yollarla sağlık bilgilerini alma konusunda sınırlı deneyime sahip olduğu LMIC (orta gelirli ülkeler) 'lerde, sağlık çalışanları ile yüz yüze temasın sigarayı bırakmayı teşvik etme ve desteklemedeki rolü muhtemelen kritik olmaya devam edecektir (116).

İkinci modelde klinisyenler, genel uygulama ortamlarının dışında başka programlara (örneğin, telefon bırakma hattı hizmetleri) sevk teşvik eder. Bu modelde, klinisyenlerin tütün kullanımı hakkında soru sormaları ve hastalara sigarayı bırakmalarını önermeleri için hâlâ eğitilmesi ve uygun kurumsal teşvikler sağlanması gerekir. Bununla birlikte klinisyenler, hastaları daha yoğun tedavi programlarına yönlendirerek, 5A çerçevesinin en çok zaman alan iki görevi olan değerlendirme ve yardımın büyük kısmını başkalarına aktarabilir. Bu modelin, telefon erişiminin sınırlı olduğu ortamlarda uygulanması zordur, ancak cep telefonu hizmetinin giderek yaygınlaşması, düşük gelirli ülkelerde ve düşük gelirli nüfuslar arasında bile danışmanlık desteği sağlamayı mümkün kılmaktadır (116).

Tütün değerlendirmesi standart hasta alım protokolünün bir parçası olduğunda ve klinisyenlerin bu tür müdahaleleri sağlaması veya hastaları mevcut ve uygun fiyatlı hizmetlere yönlendirmesi beklendiğinde veya teşvik edildiğinde, kısa müdahalelerin yapılması önemli ölçüde daha olasıdır. Elektronik sağlık kayıtları, bilgisayarlı karar destek sistemleri ve elektronik reçeteleme gibi sağlık bilgi sistemlerinin

kullanımının, sağlık bakım merkezlerinde sigara içme durumunun belgelenmesini ve sağlık bakım merkezlerinde bırakma danışmanlığına yönlendirmeleri artırdığı bulunmuştur (117). Klinisyenleri performansları için ödüllendiren mali teşvikler bırakma tedavisi faaliyetlerinin HIC'lerdeki sağlık hizmetleri sistemlerinde tedavi sunumunu iyileştirdiğı de gösterilmiştir (118–120). Birçok sağlık hizmeti ortamında, klinisyenler sıklıkla zaman sıkıntısı çekerler ve/veya bırakma danışmanlığı konusunda beceri eksikliği yaşarlar (121–125). Bu kısıtlamaların muhtemelen hastaların kliniklere rutin ve koruyucu bakımdan ziyade akut hastalık veya yaralanma için gittiğı ve doktor zamanının HIC (yüksek gelirli ülkeler)'lere göre daha sınırlı olduğı LMIC'lerde daha ciddi olabilir (116).

Tütün bağımlılığı için etkili tedaviler artık mevcuttur ve her hasta bir klinisyeni her ziyaret ettiğinde en azından minimum düzeyde tedavi almalıdır. Sürecin ilk adımı—tütün kullanım durumunun belirlenmesi ve değerlendirilmesi—hastaları üç tedavi kategorisine ayırır: (1) bırakmak isteyen tütün kullanıcıları, bırakma girişimlerine yardımcı olmak için müdahale almalıdır; (2) şimdi bırakmak istemeyenler, bırakma motivasyonlarını artıracak müdahaleler almalıdır; ve (3) yakın zamanda tütün kullanmayı bırakmış olanlara nüks önleme tedavisi sağlanmalıdır (126).

Klinisyenler için Hızlı Başvuru Kılavuzu, ABD Halk Sağlığı Hizmetinin öncülüğünde bir güncelleme olup klinisyenlere yardımcı olmak için sigarayı bırakma uzmanları, sağlık hizmeti yöneticileri, sigortacılar ve sağlık alıcılarına yönelik; tütün kullanıcılarının belirlenmesi ve değerlendirilmesinde ve etkili tütün bağımlılığı müdahalelerinin sağlanması Tütün Kullanımı ve Bağımlılığını Tedavi Eden Klinik Uygulama Kılavuzu: 2008 Güncellemesi şeklinde yayınlamıştır. Klavuzda bırakma müdahalelerinin aşamaları ayrıntılı olarak ele alınmış ve 5A/5R modelinin bırakma müdahalelerinde temel alınması önemle vurgulanmıştır (126).

Tütün bağımlılığı, genellikle bir klinisyen veya klinisyen ekibi tarafından çoklu, ayrı müdahaleler gerektiren kronik bir sağlık durumudur. Tütün bağımlılığını tedavi etmenin “5 A'sı” (Sor, Tavsiye Et, Değerlendir, Yardım Et ve Ayarla), tütün bağımlılığı tedavisini anlamanın ve bu tedaviyi sunacak klinik ekibi organize etmenin yararlı bir yoludur. Tek bir klinisyen 5 A'nın tümünü sağlayabilirken, 5 A'nın klinisyenler ve yardımcı personelden oluşan bir ekip tarafından uygulanması genellikle daha etkin ve uygun maliyetlidir. Bununla birlikte, bir ekip kullanıldığında, müdahalelerin genel sorumluluğunu

elinde tutan tek bir klinisyen ile çabaların koordinasyonu esastır. Bırakma hatları, web tabanlı müdahaleler, yerel bırakma programları ve özel olarak hazırlanmış kendi kendine yardım materyalleri gibi klinisyen genişleticileri, genellikle 5A yaklaşımına dahil edilebilir ve edilmelidir. Bu tedavi uzatıcılar, klinik müdahaleleri daha verimli hale getirebilir (126).



Şekil 2: 5A Modeli



Şekil 3 : 5 A modeli uygulama basamakları

“5 A”, (Sor, Tavsiye Et, Değerlendir, Yardım Et ve Düzenle), sigarayı bırakmak isteyenlere kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

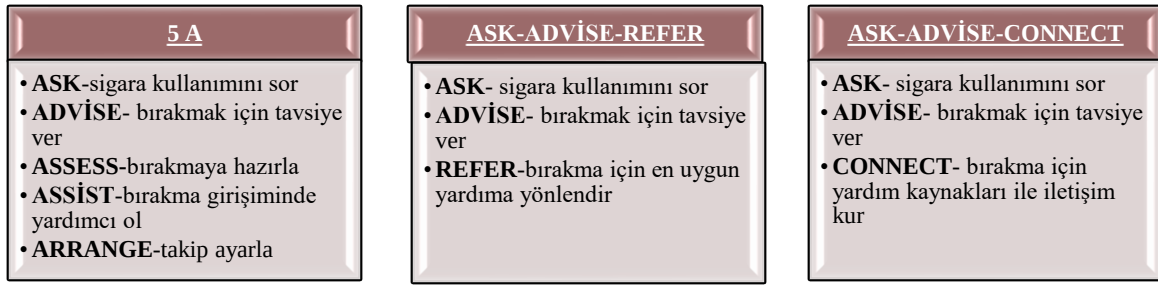
Tablo 2.5: 5 A modelinin içeriği

(ASK) SOR : Her ziyarette tüm tütün kullanıcılarını sistematik olarak tanımla
(ADVİSE) TAVSİYE : Tüm tütün kullanıcılarını bırakmaya şiddetle teşvik edin
(ASSESMENT) DEĞERLENDİRİN : Bırakma girişiminde bulunma istekliliğini belirleyin
(ASSIST) DANIŞMANLIK : Hastanın sigarayı bırakmasına yardımcı olun (danışmanlık ve ilaç sağlayın), pratik problem çözme becerilerini öğretmeyi ve destek ve teşvik sağlamayı içermelidir.
(ARRENGE) DÜZENLEMEK : Tütün bağımlılığı bir bağımlılıktır. Sigarayı bırakmak çoğu tütün kullanıcısı için çok zordur. Bırakmaya çalışan hastanın planlanmış takibi olması önemlidir. Bu, tedavi bir klinisyen ekibi tarafından paylaşıldığında ve bırakma hattı danışmanlığı gibi tedavi uzatıcıları içerdiğinde özellikle önemlidir (176).

Bırakmak istemeyen hastalara ise yaklaşım daha farklı olmalı ‘‘Sorun, Tavsiye Edin ve Değerlendirin’’ yönlendirmeleri kullanılarak içiciye yaklaşılmalı ve hasta şu anda bırakma girişiminde bulunmak istemiyorsa, gelecekte bırakma olasılığını artırmak için takip eden motivasyon stratejileri kullanılmalıdır.

Şimdi bırakmak istemeyen tütün kullanıcılarına, bırakmaya karar verme olasılıklarını artırmak için tasarlanmış özel müdahaleler sağlanmalıdır. Bırakma motivasyonunu artırmak için tasarlanmış stratejilerle yaklaşılabılır. Bu tür müdahaleler ‘‘5 R’’ yi içerebilir: İlgililik, Risk, Ödüller, Engeller ve Tekrarlama. Bu müdahalelerde klinisyen bırakma konusunu gündeme getirebilir ancak tütün kullanıcılarının her konuyu kendi sözcükleriyle ele almaları önemlidir. Klinisyen daha sonra hastanın yanıtlarını iyileştirmeye ve gerektiğinde bunlara eklemeler yapmaya yardımcı olabilir (126).

5 As kısa müdahale modeli, tütün kullanımı hakkında soru sormak ve bırakmak için yardım önermek için basit bir çerçevedir (127). Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar ışığında bazı yazarlara göre Beş A'nın hepsinin uygulanması tutarsızdır, kullanıcılara sağlanan bırakma girişimlerine daha az yardımcı olur (128). Diğer model, üç adımdan oluşan Sor-Advise-Refer, sağlayıcılara tütün kullanımını değerlendirmeleri, hastalara sigarayı bırakmalarını önermeleri ve onları bırakma hatları gibi bırakma kaynaklarına yönlendirmeleri için rehberlik eder (127). Ask-Advise-Connect modeli ise hastaları EHR (elektronik sağlık katıyları) aracılığıyla doğrudan bırakma kaynaklarına bağlamayı içermektedir (129).



Şekil 4: Sigara bırakmada 5 A modeli ve alternatif diğer modeller

Rehberler ve uzmanların önerileri ışığında sigara içicilerine sağlanabilecek müdahale çalışmaları uygulayıcılar tarafından müdahalenin uygulanabilirliğini kolaylaştırmak daha etkin kılmak için çeşitli yeniden düzenlemelere tabi tutulması gerekli olmaktadır. “İyileştirme Modeli” gibi bir planlama çerçevesi ile, personelin küçük, hızlı döngülerde değişiklikleri test etmesi, sonuçların hızlıca gözden geçirilmesi ve yapılan uygulamaların çıktılarının hemen değerlendirmesi sağlanmış olur. Model, küçük değişiklikleri hızlı bir şekilde test etmek için “Planla Uygula-Çalış-Önlem Al” döngülerini kullanır (130).

Tablo 2.6: Sigara bırakmada kullanılan modeller için “İyileştirme Modeli”

• Planla: Değişikliği test etmek için bir plan geliştir
• Yapın: Değişikliği küçük ölçekte test edin
• Çalışın: Testi gözlemleyin ve sonuçlardan ders alın
• Önlem Al: Öğrenilenlere göre değişiklikler yapın

Çok az dirençle karşılanması muhtemel küçük değişiklikler planlama ekibine çekici gelebilir, ancak programların daha önemli değişiklikleri de takip etmesi önemlidir. İdeal olarak, bu "küçük kazanımlar" daha karmaşık değişiklikleri benimsemeye yönelik adımlardır (91).

2.13. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tütün bağımlılığı kronik, nükseden bir hastalıktır ve bırakma genellikle tekrarlanan müdahaleler ve birden çok bırakma girişimi gerektirir. Sigarayı bırakan tiryakilerin önemli bir kısmı bunu resmi bir bırakma yardımı olmaksızın kendi başlarına bırakmaktadır. Bununla birlikte, nikotin oldukça bağımlılık yapar ve birçok sigara içen kişi bırakmayı son derece zor bulmaktadır. DSÖ FCTC'nin 14. Maddesinde;

“Tarafların, tütünü bırakmayı teşvik etmek ve tütün bağımlılığı için yeterli tedaviyi sağlamak için etkili önlemler almasını ve uygulamasını gerektirir” şeklinde bu konunun bahsi geçmektedir (130). 14. Madde yönergeleri, kapsamlı bir ulusal durdurma stratejisini başarılı bir şekilde tasarlamak ve uygulamak için tarafların gerçekleştirmesi gereken bir dizi özel eylem önermektedir. Önerilen eylemler, sigara içenlerin sigarayı bırakmasına yardımcı olmak için nüfus düzeyinde ve bireysel düzeyde yaklaşımların bir kombinasyonunu içerir (116).

- Nüfus düzeyindeki yaklaşımlar, tütün kullanım taramasının entegrasyonunu ve sağlık hizmetleri sistemlerine kısa müdahaleyi içerir; tütün bırakma hatları gibi bırakma hizmetlerinin kurulması; ve Web ve cep telefonu tabanlı bırakma müdahaleleri.
- Bireysel düzeydeki yaklaşımlar, sigara içenlere doğrudan bırakma desteği (örneğin, farmakolojik tedaviler, davranışsal destek) sağlanmasını içerir.

2.13.1. DAVRANIŞSAL TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tütün kullanımının tedavisi için etkili davranışsal müdahaleler, bırakma hatları ve kısa tavsiyeler gibi geniş kapsamlı yaklaşımlardan yoğun bireysel ve grup olarak davranışsal destek gibi daha yoğun çok bileşenli programlara kadar uzanır (116). Davranış danışmanlığı, pratik beceri eğitime (örneğin, problem çözme, reddetme becerileri) ve tedavi ortamında sosyal destek sağlamaya odaklanır. Hamile kadınlar ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları olan bireyler gibi çeşitli özel popülasyonlarla ilişkili benzersiz bırakma engellerini ele alacak şekilde davranışsal tedavilerin uyarlanması, bu alt gruplar arasında davranışsal müdahalelerin etkinliğini artırdığı bulunmuştur (116).

Çok seanslı bireysel veya grup danışmanlığı müdahalelerinin sigarayı bırakma üzerinde ölçülebilir bir etkisi olabilir. Tütün bağımlılığı danışmanlığının yoğunluğu ile etkinliği arasında güçlü bir doz-yanıt ilişkisi vardır. Kısa danışmanlık müdahaleleri (3 dakika veya daha az) etkili olsa da, daha yoğun danışmanlık (10 dakikadan fazla süren dört veya daha fazla seans), temassızlığa kıyasla iki kattan fazla yoksunluk oranlarını sağlayabilir (32). Yoğun danışmanlık örneği, Maudsley modeli Birleşik Krallık, bir davranış uzmanıyla altı haftalık destek seanslarının yanı sıra farmakolojik terapiler ve randevu gerektirmeyen devam eden ziyaretsiz gruplar gibi diğer yapılandırmaları içerir (131).

Yoğun danışmanlığın kültürel olarak hedeflenmesinin, sigara içen Afrikalı Amerikalılar arasında sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (132). Kültürel hedeflemenin göreceli etkinliği kültürler arasında değişkenlik arz edebilir. ABD Halk Sağlığı Servisi'nin 2008 yönergelerinde tanımlanan danışmanlık müdahaleleri, değerlendirildikleri her nüfus grubunda bırakma oranlarını etkili bir şekilde iyileştirmiştir (133).

DSÖ FCTC'nin 14. Maddesi, Tarafları tütün kullanımının durdurulmasını ve tütün bağımlılığı için uygun tedaviyi teşvik etmeye yükümlü kılmaktadır. 14. Maddenin uygulanma oranı, ülkenin gelir durumuyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Düşük gelirli ülkeler en düşük hizmet sunum oranlarına sahiptir, ancak yüksek gelirli ülkelerde bile bırakma hizmetlerinin uygulanması genellikle eksiktir (134). Maliyet, özellikle LMIC'lerde olmak üzere, farmakolojik tedavilerin ve diğer bırakma hizmetlerinin kullanımının önünde önemli bir engeldir. Genel olarak, sigarayı bırakma tedavisi hizmetlerine olan talep, LMIC'lerde sigara içmenin sağlık sonuçlarına ilişkin farkındalığın daha düşük olması ve ayrıca rol model olarak eski sigara içenlerin daha az olması, sosyal normlar üzerinde daha az sınır olması ve daha zayıf olması nedeniyle muhtemelen LMIC'lerde HIC'lerden daha düşük olacaktır. sigaraya karşı korunma ve bırakma tedavisinin fiyatı tütün ürünlerine göre daha yüksektir (116).

2.13.2. FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Bu bölümde bırakmaya yardımcıları olarak farmakolojik tedaviler ve tedaviler için mevcut ekonomik ve klinik kanıtlar incelenmektedir. Sigarayı bırakmaya yönelik kanıta dayalı farmakolojik tedaviler, transdermal yama, sakız, tabletler, pastiller, inhalerler ve burun spreyleri gibi nikotin replasman tedavisini (NRT) ve bupropion ve vareniklin gibi nikotin dışı farmakolojik tedavileri içerir. Bu ilaçlar, sigarayı bırakma olasılığını artırmak için tek başına veya belirli kombinasyonlarda kullanılabilir (32).

NİKOTİN İÇEREN FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

Nikotin yerine koyma tedavisi yoksunluk en aza indirmek ve bırakma aşamasında hastanın daha az semptomatik olmasını sağlayarak bırakma başarısını arttırmaktır. Ülkemizde en çok bant ve sakız formunda piyasada mevcuttur. Diğer ülkelerde pastil, nazal spray ve oral inhaler (kartuş) olarak da satışı yapılmaktadır. Ülkemizde de ara ara pastil formu mevcut olabilmektedir (135).

NİKOTİN TRANSDERMAL BANTI

Ülkemizde 21 mg 14 mg ve 7 mg nikotin transdermal bant preparatları mevcuttur. Bunlar 24 saat salınım yapan kolda veya gövdede kılsız bir bölgeye yapıştırılarak kullanılmaktadır. İçilen sigara adetine göre dozajlama yapılmaktadır (37).

NİKOTİN SAKIZI

Hastanın sigara içmeye başladığı saate göre farklı formlarının kullanımı önerilmektedir. İki farklı dozajlama ile 2 mg ve 4 mg lık çeşitleri bulunmaktadır. Sakızlar yava yavaş çiğnenerek kullanılır ağızda yanma olduğunda çiğnemeye ara verilerek sakız ağız içinde bekletilmelidir. Sakız tedavisi 12 hafta olarak planlanabilir (37).

NİKOTİN PASTİLİ

Nikotin sakızları gibi hastanın sigara içmeye başladığı saate göre farklı formlarının kullanımı önerilir. Günde en fazla 20 tane kullanılması önerilir. Çiğneme ve yutma olmadan ağız içinde tutularak kullanılmaktadır. 12 hafta süreyle kullanımı önerilen tedavi süresidir (37).

NİKOTİN NAZAL SPRAY

Spray kullanımı ölçülü dozda olup burun deliklerine uygulama yoluyla yapılır. Burun içine sokma, yutma işlemi veya inhalasyonu yapılmamalı en az 3 ay ile 6 ay arasında kullanımı önerilmektedir (37).

NİKOTİN ORAL İNHALER

Akciğerlere inhalasyonu yapılması önerilmez. Bir kullanımlık paket açıldığında 24 saat içinde kullanılmalıdır. Önerilen tedavi süresi 3 ay ile 6 ay arasında değişmektedir.

Nikotin replasman tedavileri ile tedaviye başlandığı anda beraberinde sigara kullanımı mutlaka bırakılmalıdır. Nikotin replaman tedavilerinin en önemli avantajı sigaranın zararlı yan maddelerinden arındırılmış şekilde hastaya nikotin sağlayarak yoksunlukla başa çıkmada son derece etkili olmaktadır. Transdermal bant preparatları kullanım kolaylığı açısından en iyi form olduğu bilinmekte olup sakız kullanımında bu uyum gözlenmez. Sigara bırakma tedavisinde denenen ilk farmakolojik ilaç olması

uzun yıllar devam eden klinik pratiği de beraberinde getirmektedir. Uzun yıllardır kullanılıyor olmasına rağmen kullanımı ile ilgili istenmeyen etki veya zararlı görülen bir bildirim yapılamamıştır

NİKOTİN İÇERMEYEN FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

BUPROPİON HCL

Bir antidepresan olan bupropion norepinefrin ve dopaminin etkisinin azaltan bir ilaçtır. Sigara bırakma üzerine etkisinin antidepresan özelliğinden kaynaklanmadığı düşünülmektedir (136). Tedavi süresi 6 ay olarak önerilmektedir (49). Sigara içmeye devam edilerek tedaviye başlanır. İlk üç gün günde bir tablet sonraki süreçte sabah akşam olacak şekilde günde 2 tablet kullanılır. Sigara bırakma için hedef gün 1 ile 2 hafta içinde belirlenir. ilaç kullanımı devam ederken hasta hedef bırakma günü ilk tercih edilen zaman olarak sigara bırakması beklenir (32).

VARENİKLİN

Reseptör düzeyinde agonist etki ile reseptör aktivasyonu oluşturan vareniklin (137,138) dopamin seviyesinde artışa neden olmadan sigara arzulama isteğini ortadan kaldırmakta aynı zamanda nikotin yoksunluğu yaşanmasını da engellemektedir. Etkilerinin yoğun olması ilk ilaç olmaktan ziyade nüks yaşamış, daha önce başarısız sigara bırakma denemesi olmuş bireylerde kullanılması düşünülebilir. sigara içmeye devam eden hastaya tedavi de beraberinde verilir. Dozajlama şeması diğer ilaçlardan farklıdır. İlk üç gün 0.5 mg sonra ilk bir hafta sabah akşam 0.5 mg ile tamamlanır. Birinci haftadan itibaren tedaviye sabah akşam 1 mg ile devam edilir. Sigara bırakma hedef günü genellikle 7. gün olarak düşünülür ve tedavinin 3 ayda tamamlanması hedeflenir. Hastanede yatan hastaların tütün kullanmayı bırakmaya çalışması hayati önem taşır çünkü tütün kullanımı iyileşmelerini ve genel sağlık durumlarını etkileyebilir. Kalp hastaları arasında, sigara içmeye devam edenlerde ikinci kalp krizi daha yaygındır (139,140). Kanseri için başarılı bir şekilde tedavi edilen ancak sigara içmeye devam eden akciğer, baş ve boyun kanseri hastalarında ikinci bir kanser riski yüksektir (141–148). Ek olarak, sigara içmek kemik ve yara iyileşmesinin yanı sıra KOAH'ı da olumsuz etkiler (148–155). Hastanede yatan hastalar, iki nedenden dolayı sigarayı bırakma girişiminde bulunmak için özellikle motive olabilirler. İlk olarak, hastaneye yatışla sonuçlanan hastalığa tütün kullanımı neden olmuş veya alevlenmiş olabilir,

bu da hastanın sigara içmenin sağlık risklerine karşı algılanan savunmasızlığını vurgular (156) ve hastaneye yatışı "öğretilbilir bir an" haline getirir. İkinci olarak, hastane ortamının dumsız saha olması nedeniyle hastalar hastanede yatarak tedavi almakta iken sigaradan uzak durmaya motive olabilirler. Sonuç olarak, hastanede sigara içen her kişi geçici olarak dumsız bir ortamda tutulur (157–159). Bu nedenlerden dolayı, klinisyenler hastanede kalmayı sigarayı bırakmayı teşvik etmek için bir fırsat olarak kullanılmalıdır (160–162). Bu aynı zamanda klinisyenler için yoksunluk semptomlarını hafifletmek için içiçiye farmakolojik tedavi sunma fırsatı sunar. Hastalar, yoksunluk semptomlarının hafifletilmesiyle ilgili olumlu deneyimlere sahipse, gelecekteki bir bırakma girişiminde yoğun tedaviler kullanma veya hastane tarafından zorunlu tutulan yoksunluklarını sürdürme olasılıkları daha yüksek olabilir. Uzun süreli bakım kurumlarındaki hastalar da etkili olduğu belirlenen tütün bağımlılığı müdahalelerini hizmetler dahiline alınmalıdır. Hastane sonrası takibin önemi araştırmalarla gösterilmiştir (16,163,164). Ancak, hastanede çalışan klinisyenlerin sigara içen hastaları takip etme becerisini zorlaştırabilecek sistem düzeyinde sorunlar vardır. Bırakma hattı hizmetleriyle faks- bırakma bağlantılarının geliştirilmesi, hastanelerin hastaları sigarayı bırakma takibi için yönlendirmeleri için etkili ve verimli bir yol olabilir (165–167). Hastanede yatan hastalar için önerilen müdahaleler aşağıda sıralanmıştır:

Tablo 2.7: Bırakma müdahalesi için hastanede yatan hastalarda uygulanacak basamaklar

<i>HASTANEDE YATAN HER HASTA İÇİN AŞAĞIDAKİ ADIMLAR ATILMALIDIR:</i>
<i>v Her hastaya kabul sırasında tütün kullanıp kullanmadığının sorulması ve tütün kullanım durumunu belgelenmesi</i>
<i>v Halihazırda tütün kullananlar için, tütün kullanım durumunun kabul sorunu listesinde ve taburculuk teşhisi olarak listelenmesi</i>
<i>v Tüm tütün kullanıcılarının yoksunluğu sürdürmelerine ve yoksunluk belirtilerini tedavi etmelerine yardımcı olmak için danışmanlık yapılması ve bu konuda farmakolojik tedavilerin kullanılması</i>
<i>v Hastanede yatış sırasında sigarayı nasıl bırakacağı ve taburcu olduktan sonra nasıl perhiz yapacağı konusunda tavsiye ve yardım sağlanması</i>
<i>v Sigara içme durumuyla ilgili takip için düzenleme yapılması ve taburcu olduktan sonra en az bir ay süreyle destekleyici temas sağlanması</i>

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

3.1.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE EVRENİ

Araştırmamız; Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde 20.10.2021 ile 20.03.2022 tarihleri arasında yatarak tedavi almakta olan hastalar üzerinde yapılan tek kol prospektif bir takip çalışmasıdır.

3.1.2.ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL VE KURUM İZİNLER VE ÖRNEKLEM HESABI

Araştırmaya RTEÜ Girişimsel Olmayan Etik Kurul tarafından 19.10.2021 tarihli, 2021/180 onay numarası ile etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden faktörlerin değerlendirilmelerinde kullanılacak en düşük örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak %95 güç ve $\alpha=0,05$ düzeyinde %30 etki büyüklüğü ile serbestlik derecesi 1 olarak hesaplandığında 145 kişi olarak belirlenmiştir. Bu hesaplamada bağımlı değişken olan sigara bırakma başarısı ikili grup olacak şekilde ‘başarılı’ ve ‘başarısız’ olarak değerlendirilmiştir. Etki eden bağımsız değişkenlerden en ön planda olan ise sigara bırakma polikliniğine başvurma durumudur ve yine ikili gruplar şeklinde ‘başvurdu’ ve ‘başvurmadı’ şeklinde analizlere dahil edilmiştir.

3.1.3. DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Dahil etme kriterleri:

1. Hastanede yatarak tedavi gören hastalar
2. Aktif sigara içicisi olanlar
3. Yaşı 18 ve üzerinde olanlar
4. Koopere, oryante ve standardize mini mental test skoru 18 ve üzeri olan hastalar

Dışlama kriterleri:

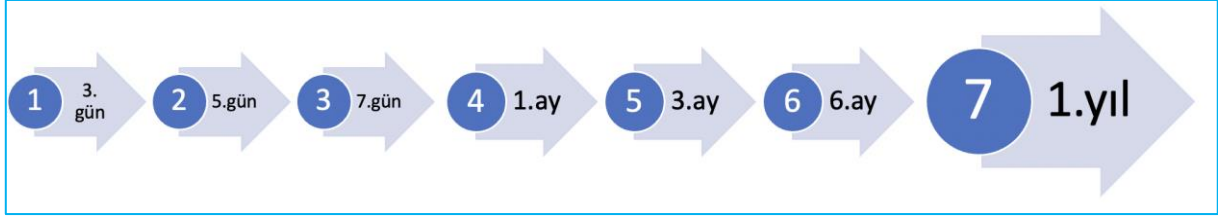
1. COVID-19 tanısı ile yatarak tedavi olanlar
2. Aktif psikiyatrik hastalığı olanlar
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.1.4. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ

Hastanede çeşitli sebeplerle yatarak tedavi almakta olan hastalar tespit edilerek yatak başı vizitleri yapılmış, hastaların detaylı tıbbi öyküleri, ilaç kullanım durumları, komorbiditelerinin varlığı sorgulanmış, hastane sistemi ve Sağlık Bakanlığı E-Nabız sistemi aracılığıyla tıbbi kayıtları incelenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara yatak başı sigara bırakma hizmetleri ile ilgili bilgilendirmeler yapılmış, iletişim ve ulaşım bilgileri kaydedilerek, hastaneden taburcu olduktan sonra devam edecek olan takipleri hakkında bilgilendirmeler yapılmıştır. Görüşmelerde DSÖ'nün kısa bırakma müdahaleleri (5A/ 5R modeli) kullanılmıştır. Sigara bırakmayı kabul edenlere 5A modeli, bırakmak istemeyen hastalara 5R modeli uygulanmıştır. Görüşmeler sırasında bırakmak istemeyen hastalara motivasyon konuşmaları yapılmış bırakmaya yönelik hastalar cesaretlendirilmeye çalışılmıştır. Hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalar olduklarından hastalık ağırlık seyirleri genel anlamda ileri düzeyde olduğu hastaya açıkça söylenmiştir. Her hastaya hastalıkları ile ilgili kısa tıbbi bir açıklama yapılmıştır. Kendi hastalıkları ile sigara arasındaki 'bağ' bilimsel temelli bilgiler ışığında uygun bir dille açıklanmıştır. Sigara içmeye devam ettiklerinde olası yaşayacakları riskler ve onları bekleyen giderek kötüleşecek sağlık durumları hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Yine sigara içmeye devam ettikleri takdirde kaybedecekleri somutlaştırılarak basit bir dille anlatılmıştır. Sigaradan uzaklaştıkları takdirde yaşayacakları kazançlar, sosyal hayatlarına ve sağlık durumlarına olacak kazançlar da detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Kazanç ve kayıpları arasında seçiminin 'sadece' sigaradan uzaklaşmak için bir dönem yüksek irade göstermek olduğu ifade edilmiştir. Sigara bırakan diğer hastalardan örnekler verilerek sigara bırakmanın sadece bir süreç olduğu bir kez sigara bıraktıktan sonra tekrar başlamak istemeyeceği ifade edilmiştir. Sigaranın vücudunda oluşturduğu olumsuz etkilerin çoğunun zaman içinde geri döndürülebilir olduğu söylenmiştir. Sigara bırakma için hiçbir zaman geç olmadığı söylenerek 'hayat kalitesinin' zor olan tıbbi durumuna rağmen iyileştirilebileceği anlatılmıştır. Görüşmeler sırasında hastaların sigara kullanma alışkanlıkları hakkında detaylı bilgi alınmıştır. Sabah ilk içtiği sigarayı uyandıktan kaç dakika sonra içtiği sorgulanmıştır. Sabah uyanır uyanmaz sigara içen hastalara, mide boşken içilen sigaranın mide ve kalp hastalıkları riskinde belirgin artışa neden olduğu detaylı anlatılmıştır. Bu şekilde tüketmeye devam ederse ani gelişen kalp hastalıklarına son derece açık

olduğu söylenmiş; sabah uyanır uyanmaz içilen sigaradan vazgeçmesinin hayati önemli olduğu vurgulanmıştır. Sabah uyanır uyanmaz sigara içmekten vazgeçtiği takdirde nikotin bağımlılığının da azalacağı ve sigara bırakmasının daha kolay olacağı söylenmiştir. Hastalara alışkanlıklarını, hayat rutinlerini değiştirmenin zor olduğu vurgulanmış değişim sürecinin geçici bir zaman dilimi olduğu söylenmiştir. Bu sürecin atlatılması sonrasında sigaranın tamamen hayatından çıkartabileceği anlatılmıştır. Sigarasız hayatın kazançları detaylı olarak anlatılmıştır. Sağlığı, sosyal yaşamı, ekonomisi için önemli kazançlar elde edeceği söylenmiştir. Sigara bırakma sürecinde her zaman yanında olunacağı vurgulanmış hastaya hastane içinde tarafımıza ulaşacağı bir adres gösterilmiş ne zaman isterse başvurabileceği söylenmiştir. Sigaradan tamamen kurtulma niyetiyle başlanan ‘bu yolda’ süreçte karşılaşılabileceği zorluklar detaylandırılmış bunlarla nasıl başa çıkabileceği hakkında ‘ipuçları’, pratik çözüm önerileri sunulmuştur. Hastalarla karşılıklı ‘anlaşma’ yapılmış sigarayı tamamen hemen bırakabileceğini söyleyen hastalara sigara paketinin atılması ve sigaraya ulaşmak istemeyeceği konusunda ‘söz’ vermişlerdir. Sigarayı hatırlacak alışkanlıklarından da (çay, kahve, sosyal ortam, vs.) uzaklaşması veya sigaranın yerine yine çok sevdiği başka alışkanlıklar (kuruyemiş, atıştırma, vs.) koyarak sigaraya odaklanan dikkatin dağıtılması için motivasyonel konuşmalar yapılmıştır. Aromalı sakızlar, şekerlerin sürekli yanında bulundurması söylenmiştir. Ne kadar söz verselerde ve sigara içmeme konusunda kesin irade gösterecekler de yoksunluk semptomları yaşama durumlarının oldukça muhtemel olduğu söylenmiştir. Yaşayacakları şikayetler ve semptomlar detaylı olarak anlatılmıştır. Hastaların ‘sigara krizi’ dedikleri yoksunluk şikayetlerinin en üst düzeyde yaşadıkları ‘o zor anlarda’ sigaraya ulaşmamaları önemle vurgulanmıştır. O anlarda yaşadıkları semptomların geçici olduğu ‘el, ağız, dudak’ meşguliyeti için yoğun aromalı şeker veya sakızlardan yararlanmaları söylenmiştir. Hastalara yine bu ‘kriz anlarında’ dikkatlerini farklı bir konuya yoğunlaştırmaları söylenmiştir. Hastalara sevdikleri bir ‘tütsü’ kokusu ile bulundukları ortamda tütsü kullanmaları önerilmiş, koku duyusunda sigaranın anımsattıklarını daha güzel ve sağlığa zararsız kokularla değiştirebilecekleri anlatılmıştır. Sigarayı bırakmak isteyen ama ilk aşamada hemen bırakamayacağını, azaltabileceğini ifade eden hastalarla ise sigara bırakma planı yapılmış sigara bırakma günü belirlenmiştir. Yukarıda bahsedilen öneriler benzer şekilde hastalara anlatılmış hastalardan belirlenen sigara bırakma gününde sigarayı bırakacakları ‘sözü’ alınmıştır. Hastalarla yapılan görüşmelerde her hastanın kültürel seviyesine

göre uygun samimi, içten bir dil kullanılmış karşılıklı ‘güven bağı’ kurulmuştur. Aynı zamanda çalışmaya dahil edilen tüm hastalar Sigara Bırakma Polikliniğine davet edilmiş, polikliniğe gelen ve gelmeyen tüm hastalar taburcu olduktan sonra takip eden 3., 5., 7., günlerde, 1., 3., 6. aylarda ve son olarak 1. yıl sonunda telefon aramaları ile takip edilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Hastaların bir yıl boyunca telefon ile takip periyotlarının sayısı ve zamanı şematize edilmiştir.

Telefon aramalarında hastalara sigara bırakma durumları, sigara kullanmaya devam ediyorsa günde kaç adet içtiği, evde başka sigara içicisinin olup olmadığı sorgulanmıştır. Sigarayı bırakamayanlara ise bırakamama nedenleri sorulmuştur. Farmakolojik sigara bırakma tedavileri başlanmış olanlara ise tedavi kullanım durumu ve kullanmadı ise nedenleri, tedavi ile ilgili yaşadığı yan etkiler varsa ayrıntıları, süreç içinde sigara bırakmaya engel olabilecek faktörler ve bunlarla nasıl başa çıkabileceği ayrıntılı olarak sorgulanarak kaydedilmiştir. Motivasyonel ve davranışsal terapi yöntemleri telefon aramalarında tekrarlanmış kazanımlar varsa pozitif pekiştireçler ile kazanımların kalıcı olmasına çalışılmıştır. Bir yıl boyunca takip aramalarda farmakolojik tedavi kullansın kullanmasın bütün hastalar yüz yüze görüşmelere de davet edilmiş, farmakolojik tedavi kullanmakta olan hastaların tedavinin devamı veya değiştirilme gereksinimleri de değerlendirilmiştir.

Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastalar ilk muayenlerinde ayrıntılı fizik bakı, laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri), akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri, elektrokardiyografi ile değerlendirilmiştir. Hastalara FNBT uygulanarak, nikotin bağımlılık düzeyleri tespit edilmiştir. Komorbiditeleri olan hastalara gerekli birimlerden konsültasyon istenerek nikotin replasman tedavisi için kontraendikasyon durumu sorgulanmıştır. Farmakolojik tedaviye uygun hastaların Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemine (TUBATİS) kayıtları yapmış ve bu sistem üzerinden ilaç ataması yapılarak hastanın belirlenen ihtiyacına göre nikotin bandı 15 mg veya nikotin bandı 25 mg tedavilerinden biri başlanmıştır.

TUBATİS sistemi, temel olarak 6 basamaktan oluşmaktadır. İlk basamakta; hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği gibi temel demografik özellikleri kaydedilip, iletişim numarası da sisteme yazılmaktadır. İkinci basamakta; hastaya FNBT soruları sorularak nikotin bağımlılığı derecesi hesaplanmakta ve kaydedilmektedir. Üçüncü basamakta; hastanın ne kadar süredir sigara içtiği, eğer varsa daha önceki bırakma denemeleri ve bu denemelerde herhangi medikal-psikolojik yardım alıp almadığı gibi kişiye özgü temel sigara içme anamnezleri kaydedilmektedir. Dördüncü basamakta; hastanın gebelik, sahip olduğu ek hastalıklar ve kullandığı ilaçlar sorgulanmaktadır. Beşinci basamakta; hastanın öksürük, balgam, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi genel solunum semptomlarının varlığı ile anksiyete durumu sorgulanarak, gerekli durumlarda istenilmiş olan konsültasyonlar varsa kaydedilmektedir. Hastanın tansiyon ölçümü, karbon monoksit ölçümü ve polikliniğe gelmeden içtiği son sigaranın zamanı sorgulanarak kaydedilmektedir. Son basamakta ise; hastanın nikotin bağımlılık derecesi ve tüm muayene, komorbidite durumları göz önüne alınarak başlanması planlanan tedavi kaydedilmektedir. Hastaya planlanan tedavi hakkında gerekli tüm bilgiler verilerek tedaviyi kabul ettiğine dair tedavi onam formu imzalatılmaktadır. Hedef sigara bırakma tarihi ve bir sonraki kontrole gelmesi planlanan tarih de kaydedilerek TUBATİS sistemine kayıt gönderilmektedir.

Takip telefon aramalarında farmakolojik tedavi gereksinimi devam eden ya da tedavi değişikliği yapılması planlanan hastalar da yine Sigara Bırakma Polikliniğinde TUBATİS sistemi üzerinden ilaç atamaları yapılarak sisteme takip kayıtları devam ettirilmiştir.

Bir yıl boyunca belirlenen aralıklarla telefon aramaları ile veya Sigara Bırakma Polikliniğine başvurarak yüzyüze görüşmeler ile hastaların takibi sürdürülmüş bir yılın sonunda son takipte hastalara diğer telefon aramalarında yöneltilen sorulara ek olarak bir yıl boyunca acil servise ve aile hekimine başvuru durumları ve başvurmuşlarsa kaç kez başvurdukları sorgulanarak kayıt altına alınmıştır. Son takiplerinde sigara içmeden durduğunu beyan eden hastalar polikliniğimize davet edilerek karbonmonoksit (CO) ölçüm cihazı ile ekshale karbonmonoksit ölçümleri yapılmış ve veriler kayıt altına alınmıştır.

3.1.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama aşaması, TUBATİS ve eş zamanlı olarak manuel doldurulmuş olan kayıtlardan oluşmuş olup yatak başı vizitlerde, Sigara Bırakma Polikliniği ziyareti sırasında ve takip telefon aramalarında hastalardan elde edilen veriler SPSS programına aktarılmıştır.

3.1.6. ANALİZ İÇİN DEĞİŞKENLERİN GRUPLANDIRILMASI

Yaş; sürekli değişken olarak ve kategorik değişken olarak 45 yaş altı, 45-65 yaş ve arası, 65 yaş üzeri ve eğitim durumunu okur yazar olmayan-ilköğretim, ortaokul-lise ve lisans ve üstü olarak kaydedilmiş ; sigara paket/yıl sayısı sürekli değişken olarak ve kategorik değişken olarak 10 dan az, 10-20 arası, 20 den fazla olarak kaydedilmiştir. Meslekler; serbest meslek, mavi yakalı, beyaz yakalı, ev hanımı, öğrenci veya işsiz ve emekli olarak kategorize edilmiştir.

Hastaların kontrol telefon aramalarında sigara bırakma durumu hedef bırakma gününden itibaren hiç sigara içmeyenler ‘bırakmış’ şeklinde kaydedilmiştir; içmeye devam ediyorsa içilen sigara dal sayısı sürekli değişken olarak kayıt edilmiş olup takiplerinde sigara içme durumları her hasta için mevcut haliyle içtiği sigara dal sayısı bir önceki kayıtlı içilen sigara dal sayısı ile karşılaştırılarak ‘azaltmış’, ‘arttırmış’, ‘fark yok’ şeklinde kaydedilmiştir.

Hastalardan bir yıllık takipleri sonunda bir yıldır sigarayı bırakmış olanlar sigara bırakma polikliniğine davet edilerek ekshale CO ölçümleri yapılmış ve ölçümlerinde 5 ppm ve altında CO konsantrasyon düzeyleri görülen hastalar ‘başarılı’ olarak değerlendirilmiştir.

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY, USA, IBM Corp. yazılımı ile analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen sayısal veriler normal dağılım gösteriyorsa ortalama ve standart sapma değerleri ile, göstermiyorsa ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri ile gösterilmiştir. Kategorik veriler ise sayı ve yüzde değerleri ile sunulmuştur. Kategorik veriler arasındaki ilişkiler ki-kare testi ve Fisher’s Exact Test ile değerlendirilmiştir. Sürekli verilerin dağılım özellikleri Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile belirlenmiş, normal

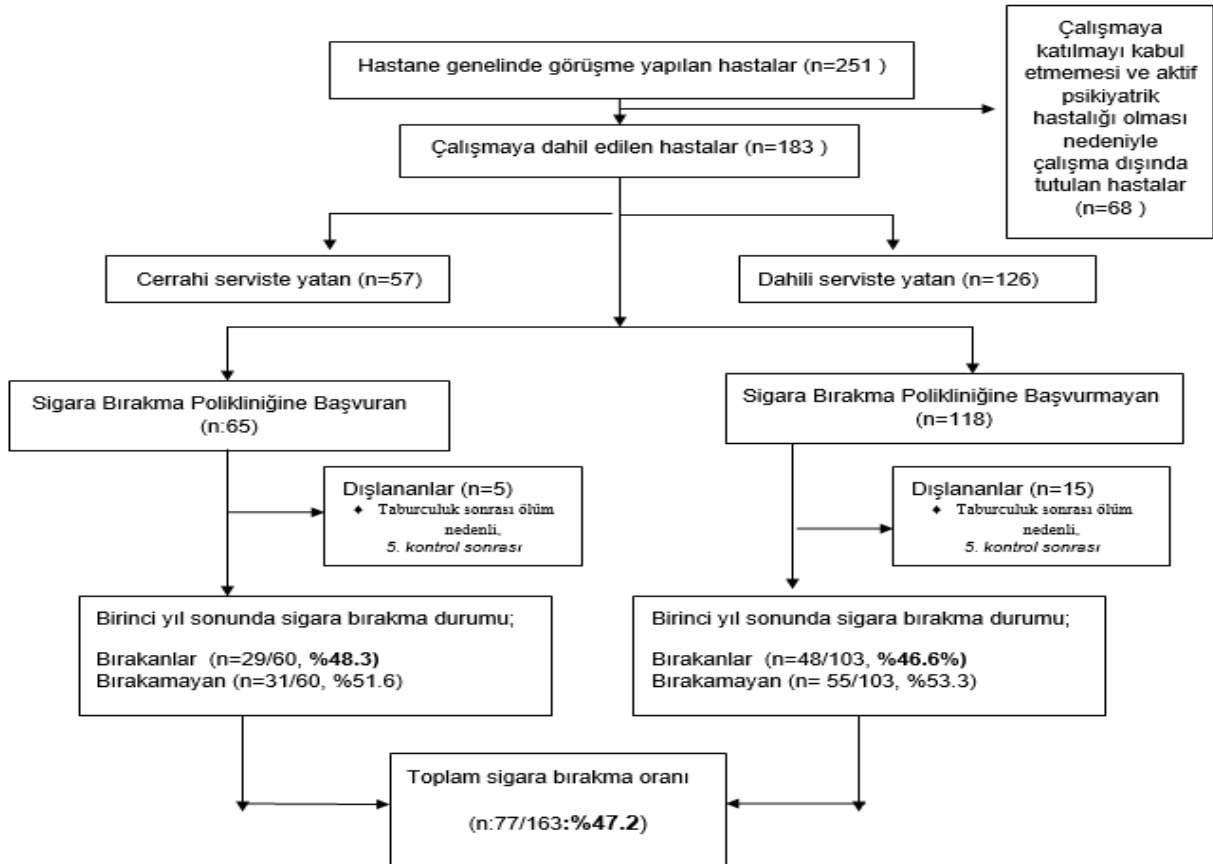
dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arasındaki farkları t-testi kullanılarak, göstermeyen değişkenlerin ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların son bir yıl içinde acile başvuru sayıları ile aile hekimine başvuru sayıları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Son bir yıl içinde aile hekimine başvurma durumu ve son bir yıl içinde acil servise başvurma durumu üzerine etkisi olan faktörlerin değerlendirilmesi için iki farklı lojistik regresyon modeli düzenlenmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

4.1. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARA AİT AKIŞ ŞEMASI

Toplam 183 hasta çalışmaya dahil edildi, bunların 57'si (%31,1) hastanenin cerrahi servislerinde, 126'sı (%68,9) ise dahili branşlar servislerinde yatarak tedavi olmaktaydı. Toplam 183 hastanın 65'i (%35,5) taburculuk sonrası Sigara Bırakma Polikliniğimize (SBP) başvurmuştu, 118'i (%64,5) SBP'ye başvurmamıştı. SBP'ye başvuran hastalardan 5 tanesi takiplerde vefat ettikleri için çalışma dışında tutuldular. Sigara bırakma polikliniğine başvurmayan hastalardan ise 15 tanesi takiplerde vefat ettikleri için çalışma dışında tutuldular. Birinci yıl sonunda sigara bırakma durumlarına bakıldığında; sigara bırakma polikliniğine başvuran 65 hastadan 5'i hariç tutulduktan sonra toplam 60 hastadan 29 tanesi (%48,4) sigarayı bıraktı. Sigara bırakma polikliniğine başvurmayan 118 hastadan 15'i hariç tutulduktan sonra toplam 103 hastadan 48 tanesi (%46,6) sigarayı bıraktı. Bütün katılımcıların toplam sigara bırakma oranlarına bakıldığında %47,2 si (77 kişi) sigarayı bırakmıştı (Şekil 6).



Şekil 6. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Birincil ve İkincil Sonlanım Hedeflerine Göre Dağılımını Gösteren Akış Şeması.

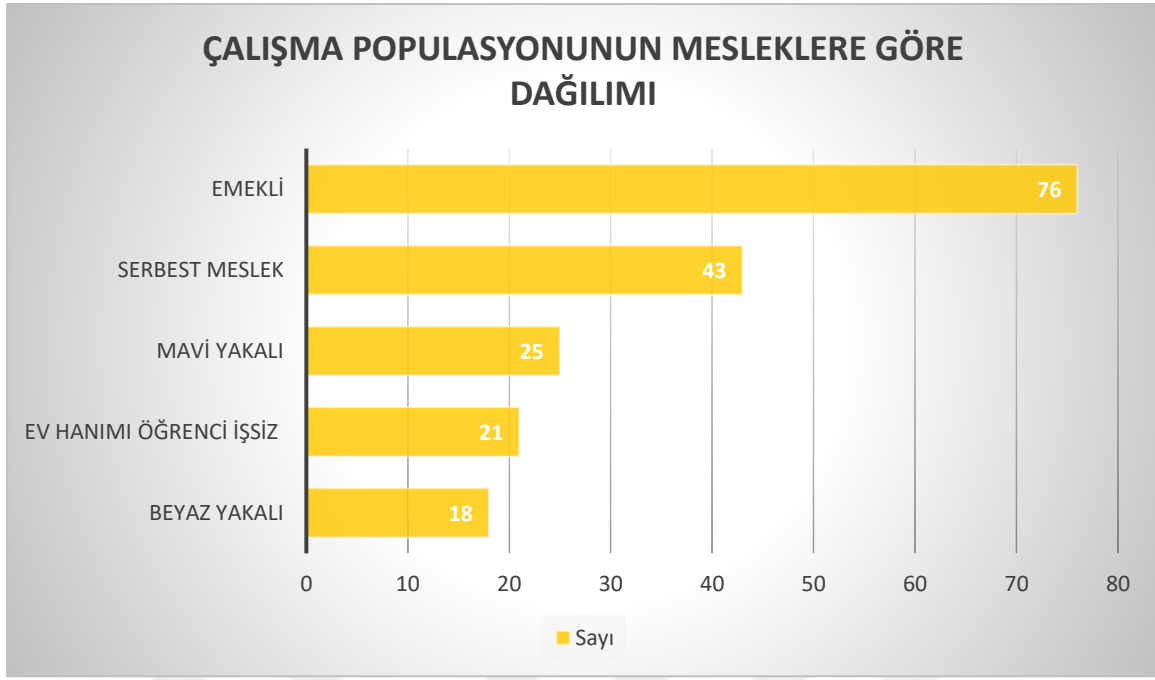
4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya dahil edilen toplam 183 hastanın yaş ortalaması 54 ± 14 idi. Çoğunluğu; (%50,8) 45-65 yaş aralığında olanlardan oluşmaktaydı. Cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında %85,8'i erkeklerden ve %14,2'si kadınlardan oluşmaktaydı. Eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında hastaların %48,1'i okuryazar olmayan veya ilkökul mezunu, %41,0'ının ortaokul veya lise mezunu, %10,9'unun üniversite mezunu olduğu görüldü (tablo 4.1).

Tablo 4.1: Çalışma Popülasyonunun Demografik Özellikleri

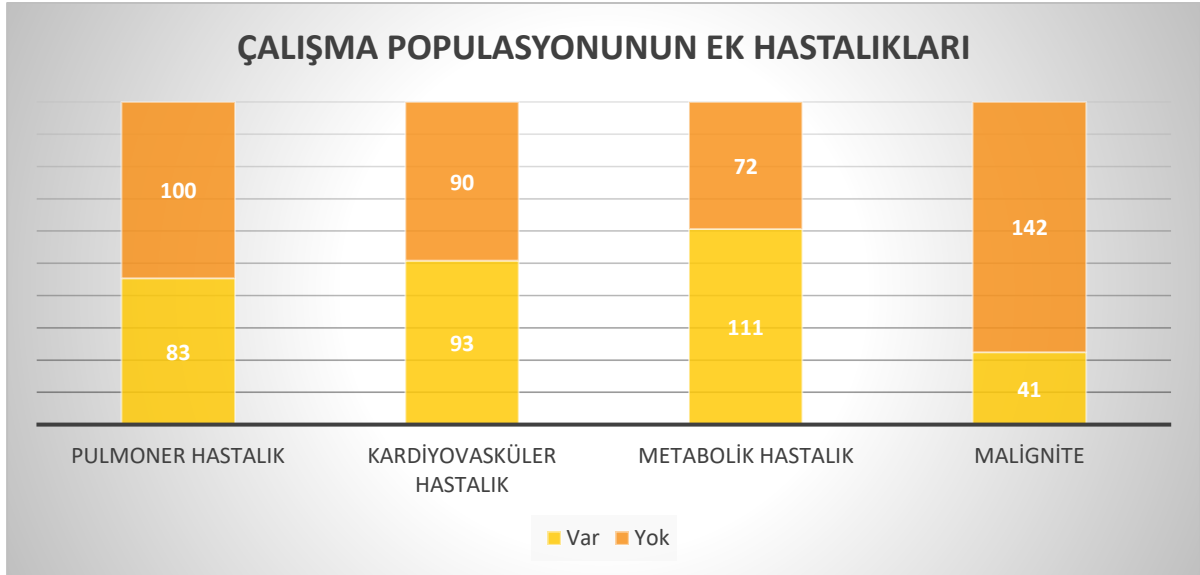
Değişkenler	Sayı (%) veya Ortalama ($\pm$ SD)
Yaş	54 ± 14
Yaş Grup	
<45 Yaş Olanlar	49 (% 26,8)
45-65 ve Yaş Aralığında Olanlar	93 (%50,8)
≥ 65 Yaş Olanlar	41 (%22,4)
Cinsiyet	
Erkek	157 (%85,8)
Kadın	26 (%14,2)
Eğitim Durumu	
Okuryazar Değil+ İlkokul Mezunu	88 (%48,1)
Ortaokul+Lise Mezunu	75 (%41,0)
Üniversite Mezunu	20 (%10,9)

Mesleklere göre bakıldığında ise hastaların %23,5'i serbest meslek erbabıydı, %13,7'si mavi yakalı, %9,8'i beyaz yakalı, %11,5'i ev hanımı, öğrenci veya işsiz, % 41,5'i emekli idi (şekil 7).



Şekil 7: Örneklemin Mesleklere Göre Dağılımı

Hastalar ek hastalıklarına göre incelendiğinde; 83 hastada (%45,4) pulmoner hastalıklar, 93 hastada (%50,8) kardiyovasküler hastalıklar, 111 hastada (%60,7) metabolik hastalıklar ve 41 hastada (%22,4) malign hastalık olduğu belirlendi (Şekil 8).

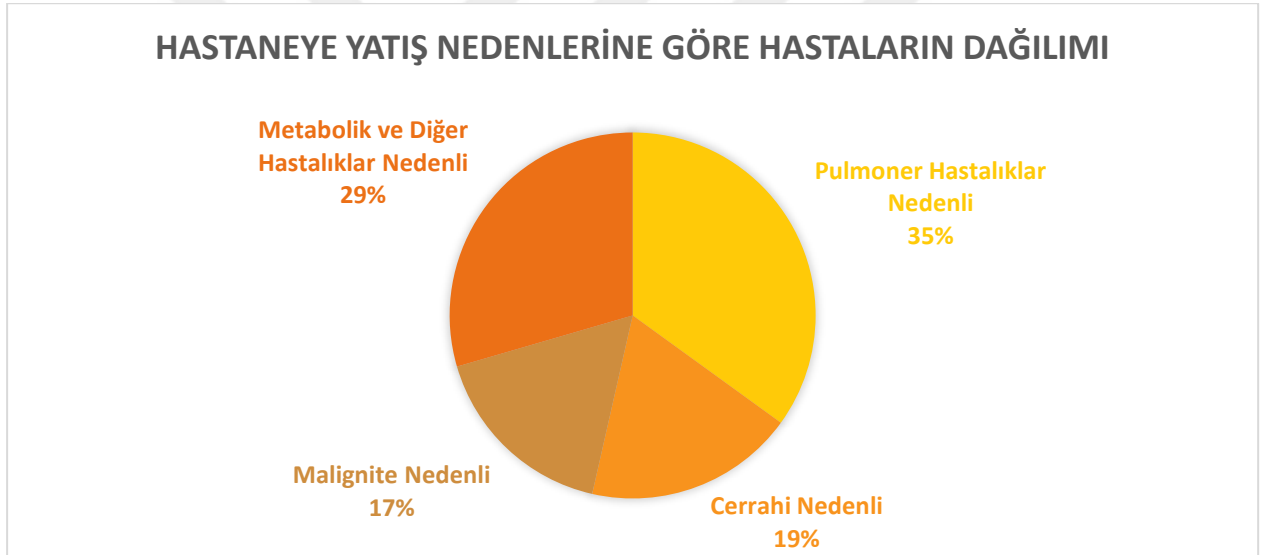


Şekil 8: Örneklemin Ek hastalıklara Göre Dağılımı

Tablo 4.2: Çalışma Populasyonunun Sigara ile İlgili Deneyimleri

Değişkenler	Sayı (%) veya Ortalama (±SD)
Sigara paket yıl (Tütün içilen yıl x içilen günlük paket)	54,31± 37 (min 2- max 195)
Sigara paket yıl grup	
10 dan az	16 (%8,7)
10-20 arası	17(%9,3)
20 den fazla	150 (% 82,0)
Sigara bırakma deneme durumu	
Hiç denememiş	117 (%63,9)
En az bir kez denemiş	66 (%36,1)
Sigara bırakma denemesi sayısı	
Bir kez bırakmayı deneyenler	62 (%93,9)
Birden fazla bırakmayı deneyenler	4 (%6,1)
Sigara bırakma deneme tarihi	
Bir yıldan daha önce bir zamanda sigara bırakmayı deneyenler	46 (%25,1)
Son bir yıl içinde sigara bırakmayı deneyenler	20 (%10,9)
Bırakma denemesi sırasında destek alanlar	11 (%6,0)
Alınan destek türü	
Nikotin replasman tedavisi (NRT)	3 (%27,3)
NRT dışı destek (vareniklin/bupropion)	8 (%72,7)
Hanede kendinden başka sigara içen birey varlığı	
Var	82 (%44,8)
Yok	101(% 55,2)

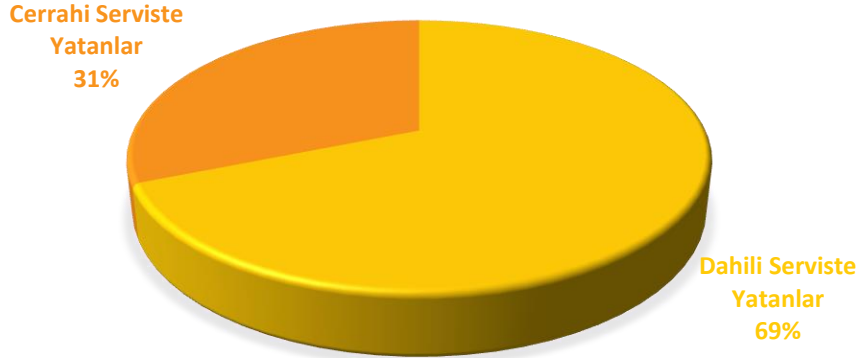
Hastaların sigara ile ilgili deneyimleri incelendiğinde; içilen sigara paket yılı ortalaması $54,3 \pm 37$, minimum paket yıl sayısı 2 ve maksimum paket yıl sayısı 195 idi. 10 paket yıldan daha az sigara içme hikayesi olan hastalar 16 kişi (%8,7), 10 ile 20 paket yıl arasında olan hasta sayısı 17 (%9,3), 20 paket yıldan daha fazla sigara içme hikayesi olan hasta sayısı 150 kişi (%82,0) idi. Daha önceden hastaların %36,1'i sigara bırakmayı denemişti. Bırakmayı deneyenlerin %93,9'u bırakmayı bir kez denemişken %6,1'si bırakmayı birden fazla denemişlerdi. Sigara bırakma denemesini son bir yıl içinde yapan hastalar %10,9 iken bir yıldan daha önce bırakmayı deneyenler %25,1 idi. Hastaların %6,0'sı sigara bırakma denemesi sırasında destek alırken %27,2'si nikotin replasman tedavisi ile %72,2'si vareniklin veya zyban ile destek tedavisi almışlardı. Ev de kendinden başla sigara içicisi olan hastalar %44,8 olarak saptandı (Tablo 4.2).



Şekil 9: Örneklemin Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımı

Hastaların hastanede yatarak tedavi alma nedenleri incelendiğinde; 64 hasta (%35,0)'i pulmoner hastalıklar nedenli, 34 hasta (%18,6)'sı cerrahi nedenli, 31 hasta (%16,9)'u malignite nedenli, 54 hasta (%29,5) ise metabolik ve diğer hastalıklar nedenli hastanede yatarak tedavi almakta idi (şekil 9).

YATTIĞI SERVİS TÜRÜNE GÖRE HASTA DAĞILIMI



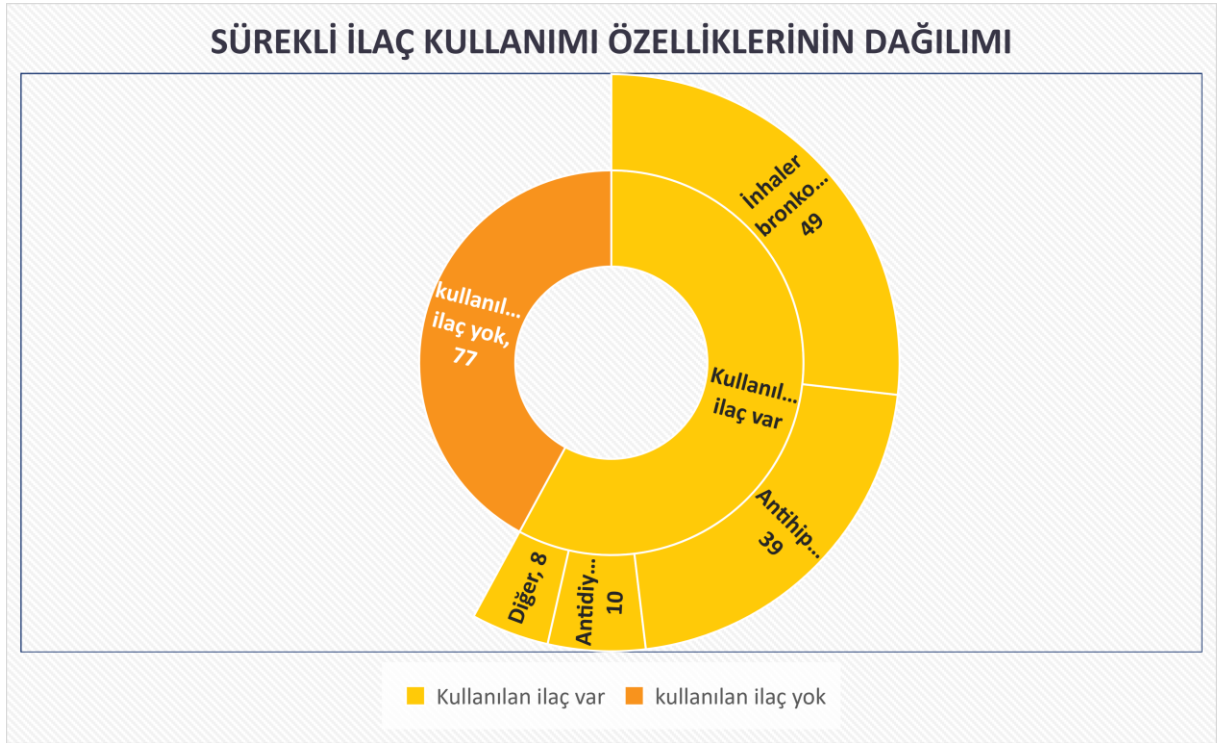
Şekil 10: Örneklemin Hastanede Yattığı Servislere Göre Dağılımı

Hastaların yattığı servisleri dahili ve cerrahi branş olarak kabaca 2 ana başlık olarak incelendiğinde 126 hasta (%68,9) dahili branşlarda; 57 hasta (%31,1) cerrahi servislerde yatmakta idi (şekil 10).

Tablo 4.3: Çalışma Populasyonunun Yatış Süreleri

Tüm dahil edilen hastalar (n:183)	Sayı (%) veya Ortalama ($\pm$ SD)
Yattığı süre gün	6,4 $\pm$ 6,0 (min 1- max 40)
Yattığı süre gruplar	
5 gün ve daha az	99 (%54,1)
5-10 gün arası yatış	60 (%32,8)
10 gün ve daha fazla	24 (%13,1)

Hastaların hastanede yattığı gün sayısı ortalama 6,4 $\pm$ 6,0 idi, minimum yatış gün sayısı 1 iken maksimum yatış gün sayısı 40 idi. 5 gün ve daha yatışı olan hasta sayısı 99 (%54,1), 5-10 gün arası yatış günü olan hasta sayısı 60 (%32,8) , 10 günden daha uzun yatışı olan hasta sayısı 24 (%13,1) idi (tablo 4.3).



Şekil 11: Örneklemin Kronik İlaç Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalardan 77 kişinin sürekli ilaç kullanımı yoktu. Katılımcıların 106 (%57,9)'sı sürekli ilaç kullanmakta idi. Kullanılan ilaçların çeşitlerini incelediğimizde 10 hasta (%9,4) antidiyabetik, 39 hasta (%36,7) antihipertansif, 49 hasta (%46,2) inhale bronkodilatör, 8 hasta (%7,5) diğer türlerde sürekli ilaç kullanmakta idi (şekil 11).



Şekil 12: Örneklemin Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyine Göre Dağılımı

Fagerström bağımlılık test sonuçlarına göre, 3-7 puan ve arasında (orta düzeyde bağımlılık) alanların sayısı 108 (%59,0) kişi ile çalışmamızda çoğunluğu oluştururken, 0-2 puan ve arasında (düşük düzeyde bağımlılık) alanların sayısı 18 (%9,8), 8-10 puan ve arasında (yüksek düzeyde bağımlılık) alanların sayısı 57 (%31,2) olarak saptandı (şekil 12).

Tablo 4.4: Örneklemenin Aktif Şikayet Durumuna Göre Dağılımı

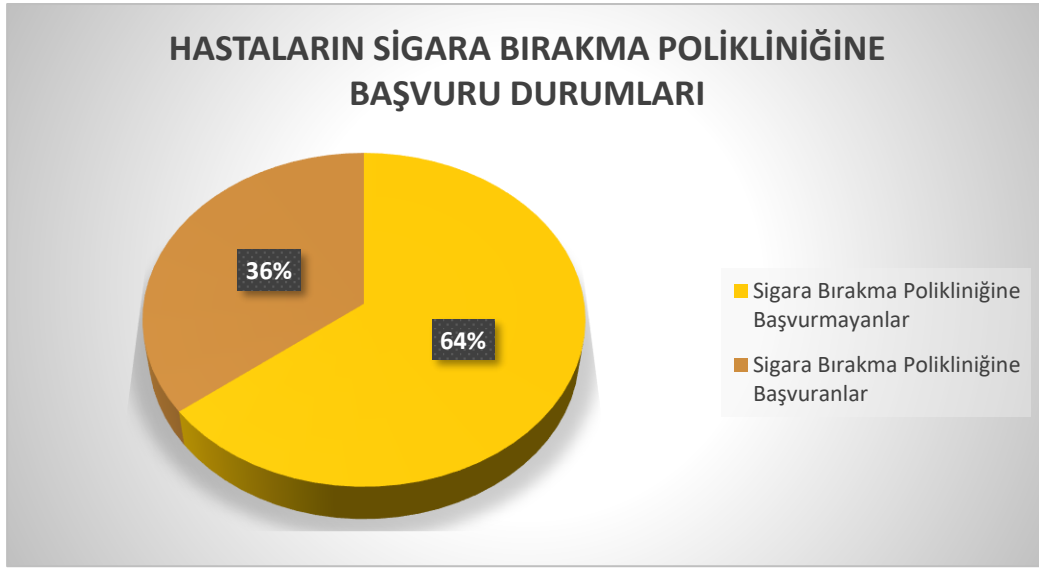
Değişkenler	Sayı (%)
Öksürük	148 (%80,9)
Balgam	144 (%78,7)
Nefes darlığı	91 (%49,7)
Efor kapasitesinde azalma	150 (%82,0)
Anksiyete	14 (%7,7)
Göğüs ağrısı	2 (%1,1)

Hastaların aktif şikayetlerine bakıldığında 148 hastada (%80,9) öksürük, 144 hastada (%78,7) balgam, 91 hastada (%49,7) nefes darlığı, 150 hastada (%82,0) efor kapasitesinde azalma, 14 hastada (%7,7) anksiyete, 2 hastada (%1,1) göğüs ağrısı mevcuttu (tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hastaların Taburculuk Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurdıkları Gün

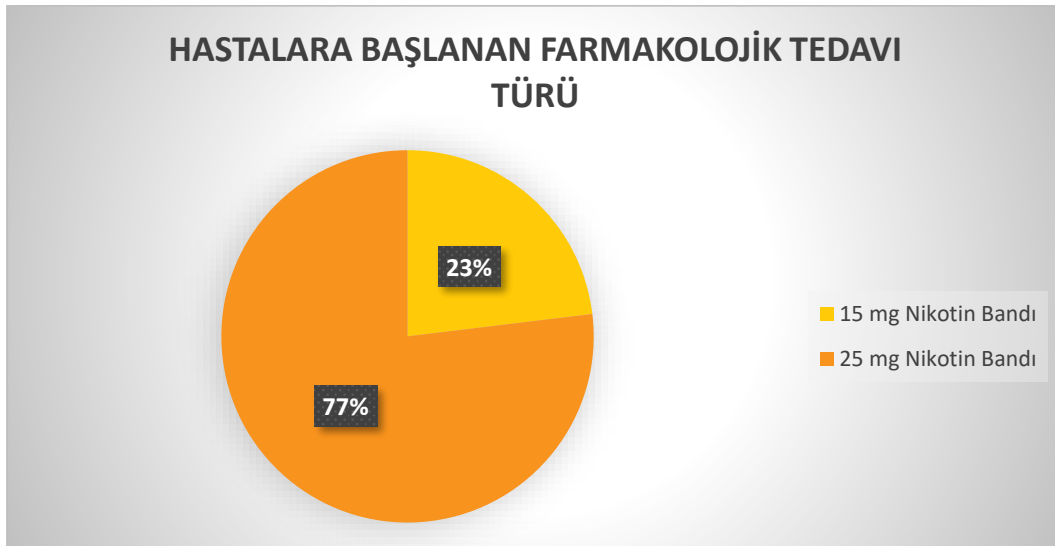
Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar (n:65)	Ortalama ($\pm$ SD)
Taburcu olduktan sonra kaçınıcı gün sigara bırakma polikliniğine başvurduğu	2,7 $\pm$ 10,7

Hastalardan Sigara Bırakma Polikliniğine başvuranlar ortalama 2,7 $\pm$ 10,7. gün polikliniğe başvurdıkları ve minimum 1. gün maksimum 90. gün de de başvuranların olduğu saptanmıştır (tablo 4.5).



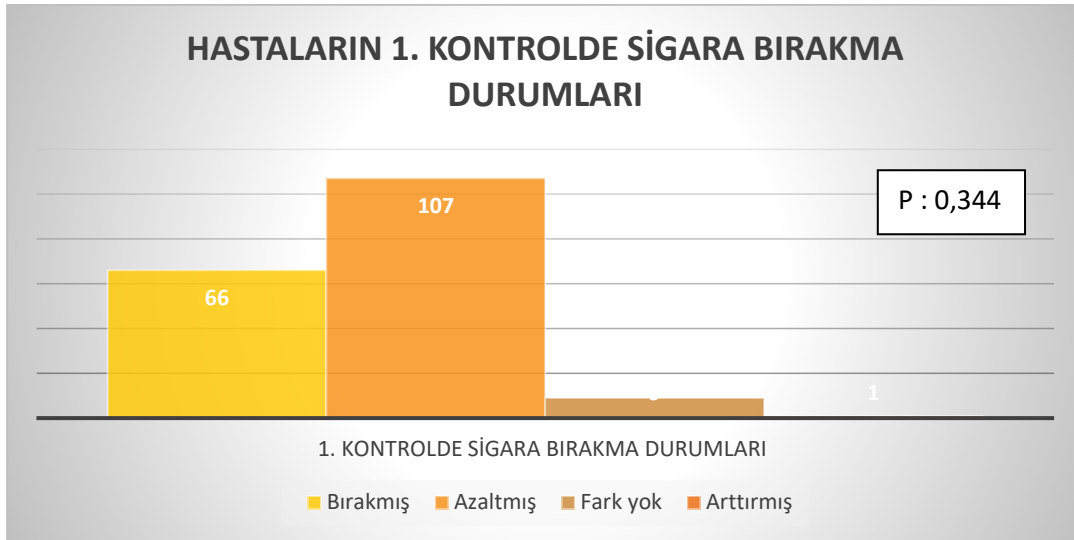
Şekil 13: Örneklemin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Durumları

Hastalardan taburcu olduktan sonra Sigara Bırakma Polikliniğine başvuranların sayısı 65 (%35,5) iken 118 kişinin (%64,5) Sigara Bırakma Polikliniğine başvurmamış telefon aramaları ile takipleri sürdürülmüştür. Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 65 hastanın tümüne farmakolojik tedavi başlanmış olup 15 kişiye (%23,1) 15 mg nikotin bandı tedavisi başlanmış, 50 kişiye (%76,9) 25 mg nikotin bandı tedavisi başlanmıştır (şekil 13-14).



Şekil 14. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalara Başlanan Tedavilerin Dağılımı

4.3. SİĞARA BIRAKMA ORANLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER



Şekil 15: Örneklemin 1. Kontrolde Sigara Bırakma Durumları

Hastaların taburcu olduktan sonraki 3. Günde telefon aramaları ile takiplerinde 66 hasta (%36,1) sigarayı bırakmış, 107 hasta (%58,5) sigara kullanımını azaltmış, 9 hasta (%4,9)'nın sigara içme durumunda fark olmazken 1 hasta (%0,5) sigara kullanımını arttırmıştır (şekil 15).

Tablo 4.6 : Hastaların Ek Hastalıklarına Göre Sigara Bırakma Durumları

	Sigarayı bırakanlar (n:77)	Sigarayı bırakamayanlar (n:86)	p
Pulmoner hastalık			0,529
Var	33(%42,9)	37(%43,5)	
Yok	44(%57,1)	48(%56,5)	
Kvs hastalık			0,274
Var	33(%42,9)	44(%51,8)	
Yok	44(%57,1)	41(%48,2)	
Metabolik hastalık			0,428
Var	42(%54,5)	52(%61,2)	
Yok	35(%45,5)	33(%38,8)	
Malignite			0,828
Var	12(%15,6)	12(%14,1)	
Yok	65(%84,4)	73(%85,9)	

Hastaların ek hastalıklarına göre sigara bırakma durumları incelendiğinde pulmoner hastalık tanısı olanlardan 33 kişi (%42,9), kvs hastalık tanılı hastalardan 33 kişi (%42,9), metabolik hastalık tanılı hastalardan 42 kişi (%54,5), malignitesi olan hastalardan 12 kişi (%15,6) sigara bırakma başarısı gösterdiği bulunmuş olup ek hastalıklar ile sigara bırakma başarısı arasında istatistiksel olarak farklılık oluşmamıştır (tablo 4.6).

Tablo 4.7: Şikayetlerine Göre Hastaların Sigara Bırakma Durumları

	Sigarayı bırakanlar (n:77)	Sigarayı bırakamayanlar (n:86)	p
Öksürük			0,533
Var	64(%83,1)	70(%82,4)	
Yok	13(%16,9)	15(%17,6)	
Balgam			0,322
Var	63(%81,8)	66(%77,6)	
Yok	14(%18,2)	19(%22,4)	
Efor kapasitesinde azalma			0,545
Var	63(%81,8)	70(%82,4)	
Yok	14(%18,2)	15(%17,6)	
Nefes darlığı			0,494
Var	37(%48,1)	42(%49,4)	
Yok	40(%51,9)	43(%50,6)	

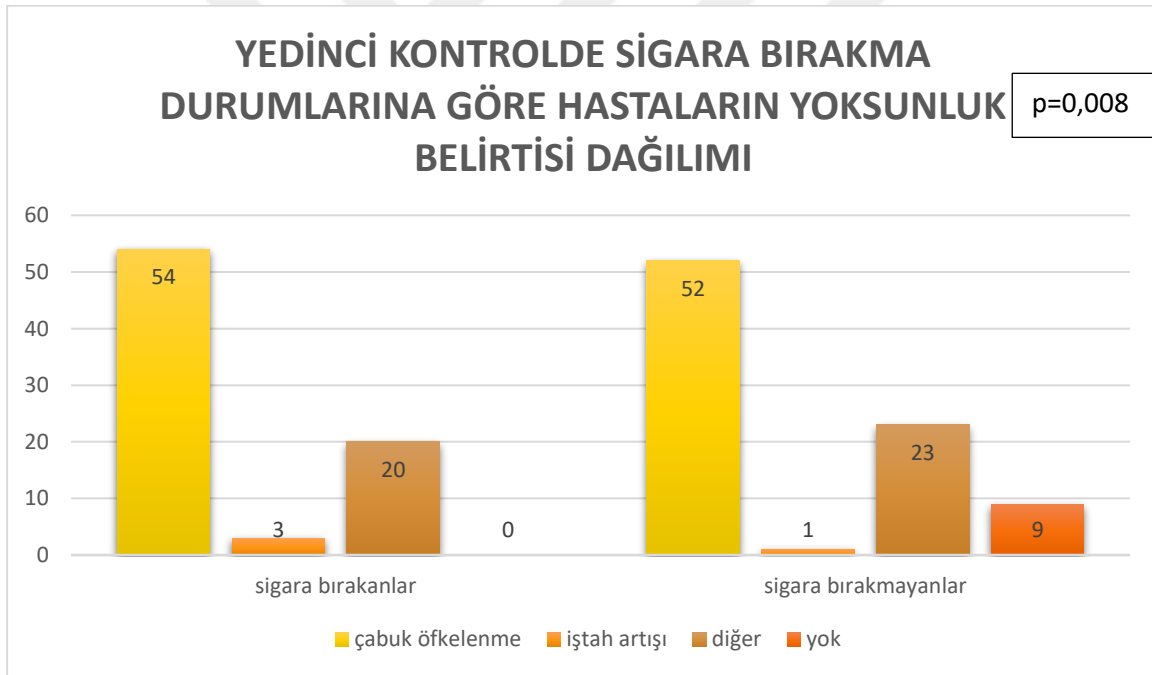
Hastaların sigara ile ilişkili şikayetleri ile sigara bırakma başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde sigara bırakamayan grupta öksürük, balgam, efor kapasitesinde azalma, nefes darlığı şikayetleri daha yüksek bulunmuştur. Fakat sigara bırakan ve sigara bırakamayan hastalar arasında yukarıda sayılan şikayetleri yaşama durumları için istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşmamıştır. Hastalardan sigara bırakma başarısı gösteremeyenlerde sigara bırakan hastalara göre anksiyete yaşama oranı yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (0,024) (Tablo 4.7, Tablo 4.11) .

Tablo 4.8: Kontrol Aramalarda Hastaların Yoksunluk Belirtisi Dağılımları

	Sigarayı bırakanlar (n:77)	Sigarayı bırakamayanlar (n:86)	p
1 kontrol yoksunluk			0,004
Çabuk öfkelenme	51(%66,2)	33(%38,8)	
İştah artışı	4(%5,2)	9(%10,6)	
Diğer	20(%26,0)	34(%40,0)	
Yok	2(%2,6)	9(%10,6)	
2 kontrol yoksunluk			0,012
Çabuk öfkelenme	52(%67,5)	50(%58,8)	
İştah artışı	4(%5,2)	5(%5,9)	
Diğer	21(%27,3)	19(%22,4)	
Yok	0 (%0,0)	11(%12,9)	
3. kontrol yoksunluk			0,048
Çabuk öfkelenme	49(%63,6)	53(%62,4)	
İştah artışı	2(%2,6)	3(%3,5)	
Diğer	26(%33,8)	22(%25,9)	
Yok	0(%0,0)	7(%8,2)	
4. kontrol yoksunluk			0,027
Çabuk öfkelenme	52(%67,5)	58(%68,2)	
İştah artışı	1(%1,3)	6(%7,1)	
Diğer	24(%31,2)	17(%20,0)	
Yok	0(%0,0)	5(%4,7)	
5. kontrol yoksunluk			0,057
Çabuk öfkelenme	48(%62,3)	51(%60,0)	
İştah artışı	3(%3,9)	2(%2,3)	
Diğer	26(%33,8)	25(%29,4)	
Yok	0(%0,0)	7(%8,3)	
6. kontrol yoksunluk			0,103
Çabuk öfkelenme	48(%62,3)	53(%62,4)	
İştah artışı	4(%5,2)	2(%2,4)	
Diğer	24(%31,2)	22(%25,8)	
Yok	1(%1,3)	8(%9,4)	

7. kontrol yoksunluk			0,008
Çabuk öfkelenme	54(%70,1)	52(61,2)	
İştah artışı	3(%3,9)	1(%1,2)	
Diğer	20(%26,0)	23(%27,0)	
Yok	0(%0,0)	9(%10,6)	

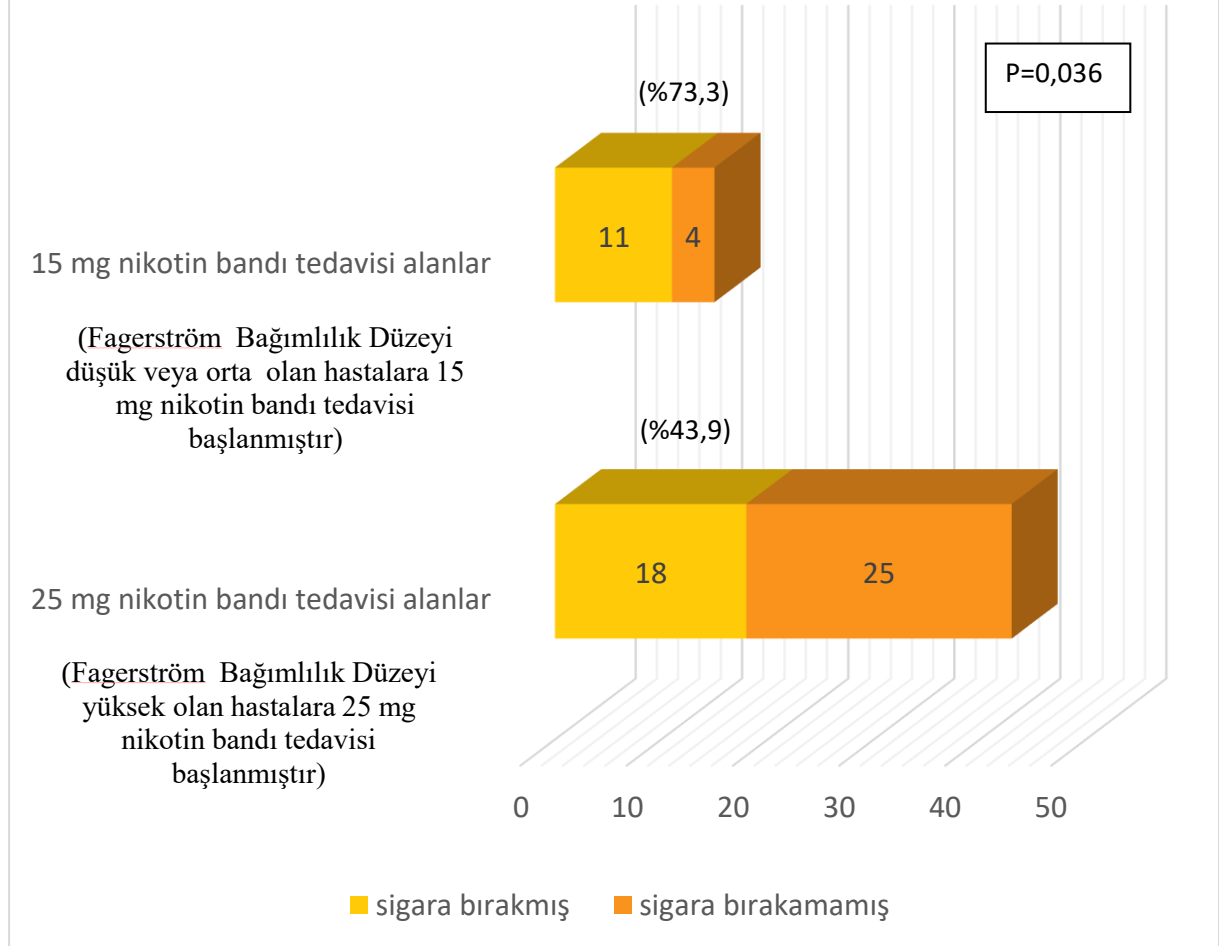
Hastaların kontrol aramalarında yoksunluk semptomlarına göre sigara bırakma durumları incelendiğinde kontrollerde yoksunluk şikayeti olan semptomatik hastaların sigarayı bırakmada daha başarılı olduğu bulunmuş 1. Kontrol , 2. Kontrol , 4. Kontrol ve 7. Kontrol de sigara bırakanlar ile bırakamayanlar arasında yoksunluk yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmuştur (tablo 4.8).



Şekil 16: Kontrolde Sigara Bırakma Durumuna Göre Hastaların Yoksunluk Belirtisi Dağılımı

Yedinci kontrolde sigarayı bırakanların 54'si çabuk öfkelenme, 3'ü iştah artışı, 20'ü diğer çeşitli yoksunluk şikayetleri yaşamış olup çabuk öfkelenme diğer yoksunluk şikayetlerine göre ön plana çıkmış ve sigara bırakan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşmuştur (P:0,008) (şekil 16)

HASTALARA VERİLEN TEDAVİLERE GÖRE SİGARA BIRAKMA DURUMLARI



Şekil 17. Hastaların Kullandıkları Farmakolojik Tedaviye Göre Sigara Bırakma Durumlarının Dağılımı

Hastalara başlanan farmakolojik tedavilere göre sigara bırakma durumlarına bakıldığında 15 mg nikotin bandı tedavisi alan hastaların sigara bırakma oranı %73,3 olukun 25 mg nikotin bandı tedavisi alnalarının sigara bırakma oranı %41,8 olmuştur. Oluşan farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (P=0,036) (şekil 17).

Tablo 4.9: Her Kontrolde Sigara Bırakma Durumlarına Göre Hastaların Kilo Artışı Durumları

	Sigarayı bırakanlar (n:77)	Sigarayı bırakamayanlar (n:86)	P
Birinci kontrolde kilo artışı			0,203
Var	2(%3,0)	108(%92,3)	
Yok	64(%97,0)	9(%57,7)	
İkinci kontrolde kilo artışı			0,042
Var	2(%3,1)	13(%11,0)	
Yok	63(%96,9)	105(%89,0)	
Üçüncü kontrolde kilo artışı			0,302
Var	4(%6,0)	15(%12,9)	
Yok	64(%94,0)	101(%87,1)	
Dördüncü kontrolde kilo artışı			0,446
Var	16(%22,9)	20(%17,7)	
Yok	54(%77,1)	93(%82,3)	
Beşinci kontrolde kilo artışı			<0.001
Var	27(%35,5)	12(%12,1)	
Yok	49(%64,5)	87(%87,9)	
Altıncı kontrolde kilo artışı			<0.001
Var	24(%35,3)	11(%11,2)	
Yok	44(%64,7)	87(%88,8)	
Yedinci kontrolde kilo artışı			<0.001
Var	32(%41,6)	10(%13,0)	
Yok	45(%58,4)	67(%87,0)	

Hastaların kontrol aramalarında kilo alma durumlarına göre sigara bırakma başarılarına bakıldığında uzak zamanlı takiplerinde daha çok olduğu görülmüş ikinci kontrol, beşinci kontrol, altıncı kontrol ve yedinci kontrollerde sigara bırakanlarda kilo artışı durumu yaşanmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (tablo 4.9).

Tablo 4.10: Hastaların Özellikleri Ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Toplam örneklem (n:183)	SBP'ye Başvuran (n:65)	SBP'ye Başvurmayanlar(n:1)	p
Yaş, ort (SD)	54,17(14,8)	53,4 (2,8)	58.6 (1.76)	0,336
Yaş grubu, n(%)				
<45 yaş	49 (%26,8)	19(38,8)	30(61,3)	0,415
45-65 Yaş	93 (%50,8)	35(37,4)	58(62,4)	
≥65 Yaş	41 (%22,4)	11(26,8)	30(73,3)	
Cinsiyet n(%)				
Kadın	26 (%31,3)	11(42,3)	15 (57,7)	0,435
Erkek	157(%85,7)	54(34,4)	103 (65,6)	
Meslek, n(%)				
Serbest meslek	43 (%23,4)	18 (41,9)	25(58,1)	0,240
Mavi yakalı	25 (%13,6)	10 (40,0)	15(60,0)	
Beyaz yakalı	18 (%9,8)	9 (50,0)	9(50,0)	
Evhanımı+işsiz+öğrenci	21 (%11,5)	8 (38,1)	13(61,9)	
Emekli	76 (%41,5)	20 (26,3)	56(73,7)	
Tütün paket yıl, median (IQR)	54,3 (50)	40 (35)	50(48)	0,653
Tütün paket yıl grup, n (%)				
10 paket altı	16 (%8,7)	3 (18,7)	13(81,3)	0,336
10-20	17 (%9,2)	6 (35,3)	11(64,7)	
20 paket üstü	150(%81,9)	56 (37,3)	94(62,7)	
Eğitim, n (%)				
İlkokul ve altı	88 (%48,2)	31 (35,2)	57(64,8)	0,904
Ortaokul veya lise	75 (%40,9)	26 (34,7)	49(65,3)	
Lisans ve üzeri	20 (%10,9)	8 (40,0)	12(60,0)	

Fagerström, median (IQR)	5,9 (6)	6 (3)	6(2)	0,534
Fagerström grubu, n(%)				
Düşük	18 (%9,8)	6 (33,3)	12(66,7)	0,840
Orta	108 (%59,0)	37 (34,3)	71(65,7)	
Yüksek	57 (%31,2)	22 (38,6)	35(61,4)	
Sigara bırakma deneme sayısı, median (IQR)	0,4 (0)	1(0)	1(0)	0,016
Yattığı süre gün, median (IQR)	6,4 (5)	5(5)	6(9)	0,067

Hastaların sigara bırakma polikliniğine başvurma durumlarına göre demografik özelliklerine bakıldığında SBP'ye başvuran ve başvurmeyan hastaların yaş ortalaması benzer idi (sırayla 53,4 ve 58,6). Yaş dağılımına bakıldığında ağırlıklı olarak 45-65 yaş arası hastaların (35 kişi) SBP'ye başvurduğu görülmüş olup ikinci olarak gençlerin (45 yaş altı) SBP'ye daha sık (19 kişi) başvurduğu görülmüştür. Kadın katılımcıların SBP'ye başvuru oranı %42,3 olarak erkek katılımcılara göre yüksek saptanmış olup meslek durumlarına bakıldığında SBP'ye başvurmeyanların büyük çoğunluğunu emekliler oluşturmuştur. Katılımcıların sigara kullanım hikayelerine bakıldığında günde içilen paket x yıl (paket x yıl) hesabıyla SBP'ye başvurmeyan hastaların ortalama 50 paket yıl sigara kullanma hikayesi varken SBP'ye başvurmeyan hastaların büyük çoğunluğunun 20 paket yıl ve üzeri sigara kullanma hikayesi mevcuttu. Eğitim düzeylerine göre hastalar incelendiğinde lisans ve üstü düzeyindeki iyi eğitilmiş sayılan grubun %60 ı SBP'ye başvurmazken ortaokul+lise ve okuryazar olmayan +ilkokul düzeylerinde eğitime sahip hastalarda da başvurmeyan hasta yüzdesi benzer bulunmuştur (sırasıyla %65,3 ve 64,8) . Fagerström bağımlılık düzeyine göre hastaların bağımlılık düzeyleri ortalama 6 iken düşük , orta ve yüksek bağımlılık düzeyinde hastaların kabaca % 60'ı SBP'ye başvurmamıştı. Sigara bırakma deneme sayısına bakıldığında her iki grupta da ortalama bırakma deneme sayısı 1 iken daha önce bırakma denemesi olanlarda SBP'ye başvurma durumu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmiştir (0,016). Katılımcıların hastanede tedavi aldığı süreye bakıldığında SBP'ye başvuranlar ve başvurmeyanlar arasında önemli farklılık izlenmedi (sırasıyla 5 gün ve 6 gün) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Hastaların Özellikleri Ve Sigara Bırakma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Toplam örneklem (n:163)	Sigara Bırakan (n:77)	Sigara Bırakamayan (n: 86)	p
Yaş, ort (SD)	52,97 (14,9)	57,1(2,067)	56,94(2,222)	0,200
Yaş grubu, n(%)				
<45 yaş	48 (%29,4)	20(41,7)	28(58,3)	0,517
45-65 Yaş	84 (%51,5)	40(47,6)	44(52,4)	
≥65 Yaş	31 (%19,1)	17(54,8)	14(45,2)	
Cinsiyet, n(%)				
Kadın	22 (%13,4)	13(59,0)	9(40,0)	0,377
Erkek	141 (%86,6)	64(45,4)	77(54,6)	
Meslek, n(%)				
Serbest meslek	42 (%25,7)	17(40,5)	25(59,5)	0,884
Mavi yakalı	25 (%15,3)	10(40,0)	15(60,0)	
Beyaz yakalı	18 (%11,2)	8(44,4)	10(55,6)	
Ev hanımı+işsiz+öğrenci	17 (%10,4)	11(64,7)	6(35,3)	
Emekli	61 (%37,4)	31(50,8)	30(49,2)	
Tütün paket yıl, median(IQR)	52,9 (45)	50(45)	50(30)	0,531
Tütün paket yıl grup, n(%)				
10 paket altı	16 (%9,8)	6(37,5)	10(62,5)	0,709
10-20	17 (%10,4)	8(47,1)	9(52,9)	
20 paket üstü	130 (%79,8)	63(48,5)	67(51,5)	
Eğitim, n(%)				
Okuryazar değil ve ilkokul	75 (%46,0)	40(53,4)	35(46,6)	0,556
Ortaokul+lise	69 (%42,4)	28(40,6)	41(59,4)	
Lisans ve üstü	19 (%11,6)	9(47,4)	10(52,6)	

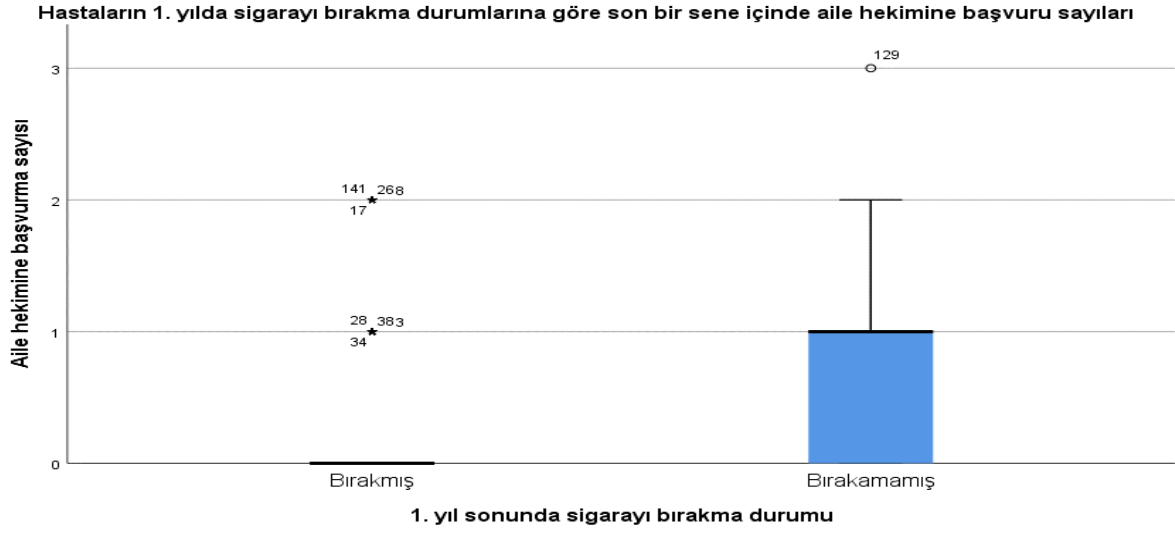
Fagerström, median (IQR)	5,91 (6)	6(2)	6(3)	0,248
Fagerström grubu, n(%)				
Düşük	17 (%10,4)	9(52,9)	8(47,1)	0,763
Orta	95 (%58,3)	45(47,3)	50(52,7)	
Yüksek	51 (%31,3)	23(45,1)	28(54,9)	
Sigara bırakma deneme sayısı, median (IQR)	0,4 (0)	1(0)*	1(0)**	0,363
Yattığı süre gün, median (IQR)	6,1 (5)	5(6)	7(6)	0,440
Tab sonrası kaçınıcı gün SBP ye başvurmuş	3,0 (0)	0(5)	0(2)	0,168
Sigara bırakma polikliniğine gelenler, n(%)	41 (%25,1)	24 (58.5)	17 (41.5)	0,103
Anksiyete varlığı, n(%)	9 (%5,5)	1 (1.2)	8 (9.4)	0.024
*min-max:1-5, ort (SD):1,29 (0,96)				
**min-max:1-7,ort (SD):1,18 (0,94)				

Sigara bırakma durumlarına göre hastaların özelliklerine bakıldığında sigara bırakan hasta sayısı 77 olurken 86 hasta sigara bırakamamıştır. Örneklem genellendiğinde toplam takipleri yapılan hastaların %47,2' si sigara bırakma başarısı göstermiştir. Sigara bırakan ve bırakamayan hastaların yaş ortalaması benzer izlenmiş olup (sırasıyla 57,1 ve 56,9) yaş gruplarına bakıldığında 65 yaş üstü hasta grubunda daha yüksek sigara bırakma başarısı sağlanmıştır (%54,8). Kadın katılımcılarda bırakma başarısı %59 olurken erkeklerde bu oran %45,3 olmuştur. En yüksek sigara bırakma başarısı ev hanımı+işsiz+öğrenci grubunda olurken (%64,7) diğer meslek gruplarında benzer oranlar izlenmiştir. Serbest meslek grubunda %40,4 mavi yakalı grubunda %40,0 beyaz yakalılarda %44,4 olurken emekli grubunda %50,8 oranında bırakma başarısı görülmüştür. Sigara bırakan ve bırakmayan hastaların ortalama tütün paket yıl hesabı eşit (50 paket yıl) olukun sigara bırakan ve bırakmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamıştır. 20 paket yıl ve üstü sigara kullanıcılarının sigara bırakma başarısı %48,5 ile en yüksek izlenmiş daha sonra 10-20 paket yıl grubunda %47,1; 10 paket ve altı grubunda ise %37,5 olarak

izlenmiştir. Okuryazar olmayan ve ilkokul düzeyinde eğitime sahip hastalar arasında bırakma yüzdesi %53,3 ile en yüksek olurken daha sonra lisans ve üstü düzeyinde eğitime sahip hastalarda %47,3; ortaokulve lise düzeyinde ise %40,5 olmuştur. Fagerström bağımlılık düzeyine göre hastaların sigara bırakma başarısı incelendiğinde bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık izlenmezken düşük bağımlılık düzeyine sahip grupta sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuş olup bağımlılık düzeyi arttıkça sigara bırakma başarısı da azaldığı görülmüştür.hastaların daha önce sigara bırakma denemesi yapmış olmaları sigara bırakan hastalarda daha görülürken sigara bırakma başarısı için istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Taburculuk sonrası SBP‘ye başvurmamayan ve başvurmamayan hastalar arasında sigara bırakma başarısı arasında anlamlı farklılık izlenmemiş benzer bırakma oranları gözlenmiştir. Yapılan ayrıntılı analizlerde hastaların anksiyeteye sahip olmaları sigara bırakma durumlarını önemli düzeyde etkilemiş bırakamayan hastalarda anksiyete yüksek saptanmış ve oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (0,024) (Tablol 4.11) .

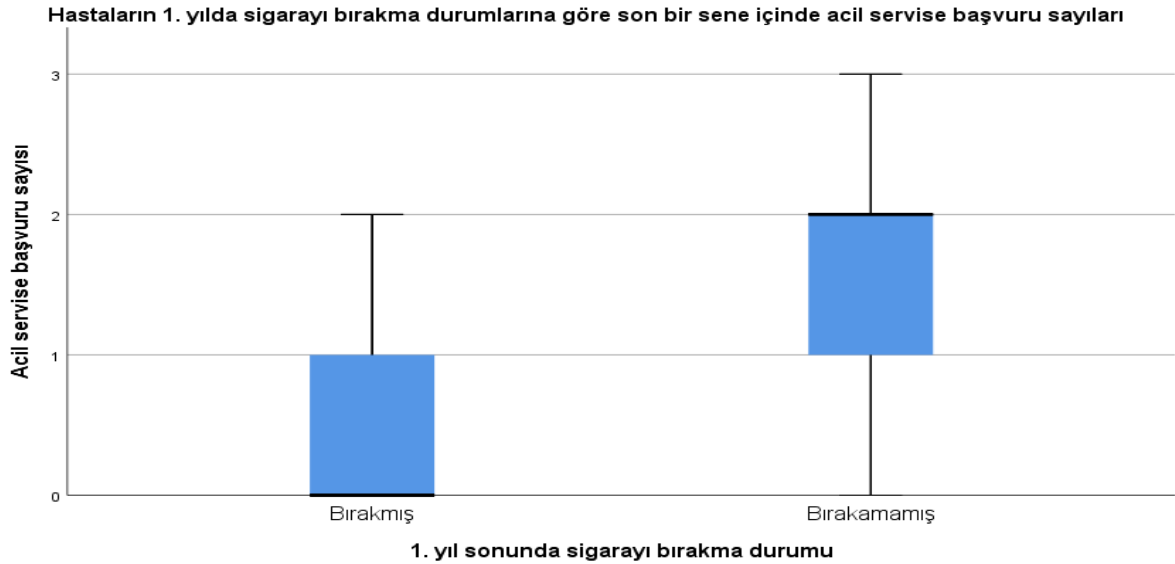
Tablo 4.12: Birinci Yılda Sigarayı Bırakma Durumlarına Göre Son 1 Yılda Çeşitli Sebeplerden Acil Servis Ve Aile Hekimine Başvuru Sayıları

	Sigarayı bırakan	Sigarayı bırakamayan	p
Son 1 yılda acile başvuru sayısı, median (IQR)	0 (1)	2 (1)	<0.001
Son 1 yılda aile hekimine başvuru sayısı, median (IQR)	0 (0)	0.5 (1)	<0.001



Şekil 18: Hastaların Birinci Yılın Sonunda Sigara Bırakma Durumlarına Göre Aile Hekimine Başvuru Sayıları

Katılımcıların 1 yıllık takipleri sonucunda toplamda acil servise ve aile hekimine başvuru sayılarına bakıldığında sigara bırakamayan hastaların acil servis ve aile hekimine başvuru sayıları sigara bırakan hastalara göre oldukça fazla saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (tablo 4.12) (şekil 18, şekil 19).



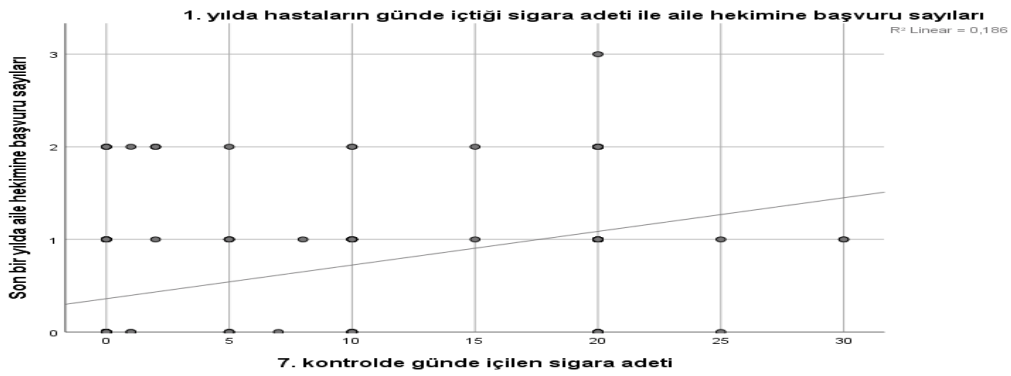
Şekil 19: Hastaların Birinci Yılın Sonunda Sigara Bırakma Durumlarına Göre Acil Servise Başvuru Sayıları

Tablo 4.13: Birinci Yıl Takibinde Saptanan; Günde İçtiği Sigara Adeti ile Son 1 Yılda Acil Servis ve Aile Hekimi Başvuruları Arasında Spearman Korelasyon Analizi

	r (korelasyon katsayısı)	P
Son 1 yılda acil başvuru sayısı	0.678	<0.001
Son 1 yılda aile hekimine başvuru sayısı	0.498	<0.001



Şekil 20: Hastaların Bir Yıl Boyunca Günde İçtikleri Sigara Adedi ile Acil Servise Başvuru Sayıları Arasındaki İlişki



Şekil 21: Hastaların Bir Yıl Boyunca Günde İçtikleri Sigara Adedi ile Aile Hekimine Başvuru Sayıları Arasındaki İlişki

Hastaların takipleri boyunca günde içtikleri sigara adet sayısı ile 1 yıl boyunca acil servis ve aile hekimine başvuru sayıları korelasyon analizine tabi tutulmuş olup elde edilen korelasyon katsayısının pozitif olması iki değişken arasında aynı yönde bir ilişki olduğunu; günde içilen adet sayısı arttıkça acil servis ve aile hekimine başvurunun da arttığını göstermektedir. Bizim katılımcılarımızda günde içilen sigara adet sayısı ile acile başvuru arasında anlamlı bir korelasyon bulundu ($p<0,001$). Bu korelasyon pozitif; aynı yönde bir ilişki içinde idi. Buradan hareketle günde içilen sigara adet sayısı arttıkça acile ve aile hekimine başvurunun da arttığını görülmüştür. Ayrıca ilişkinin gücüne bakacak olursak korelasyon katsayı değeri +1'e daha yakın bulunmuş olup (yani orta üst bir kuvvette) olması nedeniyle aradaki ilişkinin orta üst bir kuvvette olduğu görülmüştür (tablo 4.13) (şekil 20, şekil 21).

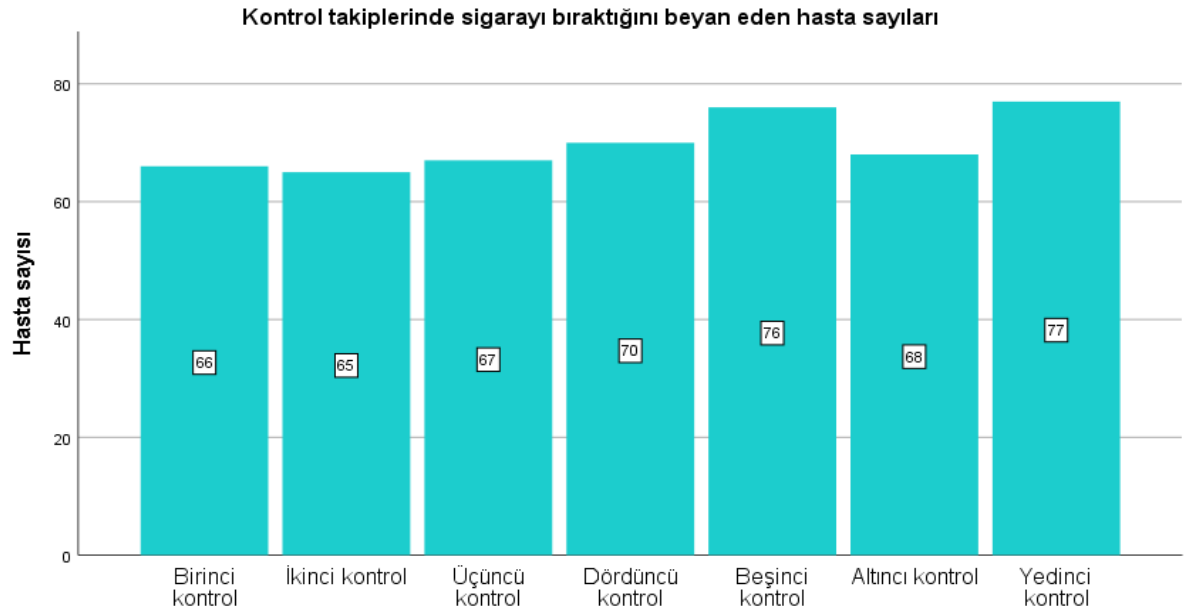
Aşağıdaki tablolarda (tablo 4.14, tablo 4.15) birinci yıl sonunda sigara bırakamayanların bırakanlara göre hem acil servise hem de aile hekimine en az bir defa başvurmaları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptandı. Sigarayı bırakamayanlar sigarayı bırakanlara göre acil servise 40 kat (OR: 40.053, %95 CI:13.230-121.263), aile hekimine de 9 kat (OR: 9.627, %95 CI: 4.385-21.136) daha fazla başvurmuşlardı.

Tablo 4.14: Son Bir Yılda Çeşitli Sebepler ile Acil Servise Başvurma ile İlişkili Faktörler

Acil servise başvurma üzerine değişkenlerin etkisi	OR	%95 CI	p
Sigara bırakmamış olma (ref: bırakan)	40.053	13.230-121.263	<0.001
Kadın cinsiyet (ref:erkek)	0.407	0.105-1.578	0.193
Pulmoner hastalık varlığı (ref: yokluğu)	0.713	0.264-1.927	0.505
Malignite varlığı (ref: yokluğu)	3.708	0.978-14.057	0.054
KVS hastalık varlığı (ref: yokluğu)	0.822	0.221-3.063	0.770
Metabolik hastalık varlığı (ref: yokluğu)	0.607	0.185-1.996	0.411
Eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olmak (ref: ilkokul ve altı)	0.431	0.148-1.256	0.123
Yattığı süre (gün) (her 1 gün artışı)	1.017	0.942-1.099	0.663
Yaş (her bir yaş artışı)	1.037	0.991-1.085	0.112
Constant	0.112	-	0.095

Tablo 4.15: Son Bir Yılda Çeşitli Sebeplerle Aile Hekimine Başvurma ile İlişkili Faktörler

Aile hekimine başvuru üzerine değişkenlerin etkisi	OR	%95 CI	p
Sigara bırakmamış olma (ref: bırakan)	9.627	4.385-21.136	<0.001
Kadın cinsiyet (ref:erkek)	0.673	0.213-2.127	0.500
Pulmoner hastalık varlığı (ref: yokluğu)	1.354	0.576-3.184	0.487
Malignite varlığı (ref: yokluğu)	2.951	0.926-9.404	0.067
KVS hastalık varlığı (ref: yokluğu)	0.564	0.186-1.715	0.313
Metabolik hastalık varlığı (ref: yokluğu)	1.152	0.423-3.139	0.782
Eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olmak (ref: ilkokul ve altı)	0.909	0.389-2.124	0.826
Yattığı süre (gün) (her 1 gün artışı)	1.009	0.939-1.085	0.803
Yaş (her bir yaş artışı)	1.000	0.965-1.037	0.997
Constant	0.267	-	0.207



Şekil 22 : Hastaların Takip Aramalarında Sigarayı Bırakma Durumları

Çalışmamıza dahil edilen 183 hastanın takipleri telefon aramaları ile yapılmış; hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra aralıklı aramalarla takipleri sürdürülmüştür. Birinci takip araması taburcu olduktan sonra 3. günde yapılmış olup 66 hasta sigara bırakmıştır. İkinci takip araması taburcu olduktan sonraki 5. günde gerçekleştirilmiş olup 65 kişi sigara bırakmıştır. Sonraki arama taburcu olduktan sonraki 7. Günde yapılmış ve 67 hasta sigara bırakmıştır. Dördüncü takip araması taburcu olduktan sonraki birinci ayda gerçekleştirilmiş ve 76 hasta sigara bırakmıştır. Beşinci takipte hastalar taburcu olduktan sonra üçüncü ayda kontrolleri yapılmış olup 68 hastanın sigara bıraktığı görülmüştür. Hastalar taburcu olduktan sonra bir yıl dolduğunda son takip aramaları yapılmıştır. Çalışma başında dahil edilen 183 hastanın 20 si takiplerde exitus nedeniyle takip dışı kalmış olup 163 hastanın bir yılın sonundaki yedinci takip aramasında 77 sinin sigara bıraktığı görülmüştür (Şekil 22).

Sigara bırakan hastalar sigara bırakma polikliniğine davet edilerek ekshale CO düzey ölçümü yapılmış hastaların ölçülen ekshale CO düzeyleri 5 ppm den düşük bulunmuş olup sigara bırakma başarıları kimyasal olarak da doğrulanmıştır.

5.TARTIŞMA

Hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastalarda uygulanan sigara bırakma müdahalelerinin uzun dönem sonuçlarını inceleyen bu çalışmamızda; toplam 183 hasta incelenmiştir. Çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı (%77,0). Yaş aralıkları incelendiğinde çoğunluğun 45-65 yaş aralığında olduğu (%50,8) saptandı. Hastaların %36,1'inin daha önce sigara bırakma denemesi olduğu görüldü. Hastaların 126'sı dahili branşlarda yatarak tedavi almakta iken 57'si cerrahi servislerinde yatmakta idi. Hastaların ek hastalıklarına göre katılımcıların çoğunluğunda metabolik hastalık mevcut iken malign hastalık tanılı hasta sayısı 41 kişi idi. Hastaların hastaneye yatış sebeplerine baktığımızda %17'sinin malignite nedeniyle yine benzer oranda %19'unun cerrahi nedenle yatarak tedavi aldığı görülmüştür. Pulmoner ve metabolik hastalıklar nedeniyle yatarak tedavi alan hastalar grubun (sırasıyla %35 ve %29) çoğunluğunu oluşturmuştur. FNBT skoruna göre katılımcıların çoğunluğu nikotin bağımlılık düzeyi orta olan kişilerdi (%51,9). Hastalara 15 mg nikotin bandı ve 25 mg nikotin bandı sırasıyla %23,0 ve %76,9 olarak tercih edildi. Hastaların sigara bırakma polikliniğine başvuru durumlarına bakıldığında 65 kişi (%35,5) sigara bırakma polikliniğine başvurmuş; 118 kişi ise taburculuk sonrası telefonla aranarak takip edilmişlerdi. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara nikotin bandı tedavilerinden başlanmıştır. Hastaların bir yılın sonunda sigara bırakma durumlarına bakıldığında; sigara bırakma polikliniğine başvuran ve farmakolojik tedavi verilerek takip edilen katılımcılarda sigara bırakma oranı %48,3 olmuştur. Sigara bırakma polikliniğine başvurmayan hastalarda ise sigara bırakma oranı %46,6 olarak bulunmuştur. Tüm katılımcılara bakıldığında sigarayı başarı ile bırakanların oranı %47,2 olarak saptandı ve ekshale CO ölçümü cihazı kullanılarak CO düzeyi ölçümü ile sonuçlar doğrulandı. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalara yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olanlara 25 mg nikotin bandı başlanırken; orta ve düşük düzey bağımlılığı olanlara 15 mg nikotin bandı tedavisi başlanmıştır. Hastalardan 15 mg nikotin bandı tedavisi başlananların %73,3'ü sigarayı bırakırken; 25 mg nikotin bandı tedavisi başlananların %36,0' ı sigarayı bırakmıştı. FNBT skoruna göre bakıldığında düşük düzey bağımlılığı olanlardan % 33,3'ü orta düzey bağımlılığı olanlardan % 34,2'si ve yüksek düzeyde bağımlılığı olanlardan %38,5'i sigara bırakma polikliniğine başvurmuştu. Sigara bırakan hastaların FNBT skoruna

göre dağılımına bakacak olursak düşük düzey bağımlılığı olanlardan %56,2'si orta düzey bağımlılığı olanlardan %46,8' i ve yüksek düzey bağımlılığı olanlardan %46,0'sı sigarayı bırakmıştı.

Çalışmamızdaki bireylerden 88'i (% 48,0) okuryazar değil veya ilköğretim mezunu, 75'i (% 40,9) ortaokul veya lise mezunu, 20'si (% 10,9) ise üniversite veya üstü eğitim düzeyine sahipti. Dünyada yapılmış olan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanım oranı azalırken aynı zamanda bırakma oranları artmaktadır (167). Ülkemizde ise Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre eğitim düzeyi ile sigara bırakma başarısı arasında ilişki bulunmamıştır (168). Çalışmamızda da eğitim durumu ile sigara bırakma başarısında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p:0,556$). Çalışmamızda emekli bireyler yaklaşık % 40,3 ile sigarayı bırakmada en başarılı meslek grubu olurken beyaz yakalılar ise % 10,4 ile en başarısız grup oldular. Çalışmamızda bireylerin paket/ yıl olarak toplam sigara tüketme miktarı $54 \pm 37,9$ olarak ölçülmüştür.

Ülkemizde yapılan yakın zamanlı bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur; NRT uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet, sigaraya bağımlılığı, paket yıl, Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). On beşinci günde NRT uygulanan olguların %81'i, NRT uygulanmayanların %71'i sigara içmezken, 1. yıl sonunda sigarayı bırakma oranları sırasıyla %55.2 ve %40 olmuştur ($p>0.05$). Tüm olguların 1 yıllık sigara bırakma başarısı ise %45.5 bulunmuştur. Sonuçta, sigarayı bırakmada davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol vizitleri ve telefon görüşmelerinin önemli rol oynadığı bulunmuş; buna NRT eklenmesinin, başarıyı artırdığı gösterilmiştir (169) .

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise paket/ yıl olarak tüketilen sigara miktarının sigara bırakma başarısına etki etmediği belirtilmiştir (170). Bizim çalışmamızda da yüzdesel olarak daha fazla tüketim öyküsüne sahip olan bireyler daha başarılı olmuştur fakat; paket/ yıl olarak toplam tüketilen sigara miktarının sigara bırakma oranlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir. Katılımcıların % 36,1' i (66 kişi) başvuru öncesi en az bir kez sigarayı bırakmayı denemişti. Sigarayı bırakmayı deneme sayısı arttıkça bırakma başarısının arttığı çalışmalar (171) ile tam tersi olarak deneme sayısı artışının başarısızlık getirdiği çalışmalar da (172) mevcuttur. Bizim çalışmamızda yüzdesel olarak sigara bırakma

deneme sayısının az olduğu grupta başarı fazla olsa bile bu durum başarı açısından istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sigara bırakma başarısını etkileyen önemli faktörlerden birisi de nikotin bağımlılık düzeyidir. Yapılan birçok çalışmada sigarayı bırakan kişilerde FTND ile saptanan bağımlılık düzeyi skoru bırakamayanlara göre daha düşük saptanmıştır (173,174). Literatürde bağımlılık skoru arttıkça sigara bırakma başarısının arttığı çalışmalar da vardır (175). Bizim çalışmamızda bir yılın sonunda başarılı olan grupta FNBT skoru $5,714 \pm 1,661$ iken, başarısız grupta $6,105 \pm 1,902$ olarak saptanmıştır. Yine FNBT skorları düşük seviyeden yükseğe doğru gruplanarak analiz edildiğinde de bağımlılık seviyesi düşük olanların sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Fakat FNBT skoru ile sigara bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bizim çalışmamızda yaş gruplarına göre incelediğimizde sigarayı bırakma oranları; 65 ve üzeri olanlarda % 51,5, 45-65 yaş ve aralığında % 49,3, 45 yaş altında % 41,6 oranında olduğu saptanmıştır. Bizim örneklemimizde 45-65 yaş ve arası bireyler 93 kişi (% 50,8) ile en kalabalık yaş grubunu oluştururken 45 yaş altı bireyler 49 kişi (%26,8) ve 41 (% 22,4) kişi olmuştur. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada (176) yaş ortalaması 42 ± 11 , bir diğer çalışmada (177) ise 44 ± 13 olarak bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda (176,178) yaşın büyük olması sigarayı bırakma başarısını olumlu yönde etkilerken, bizim çalışmamızda ise yaşın bırakma başarısı için istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

COVID -19 salgını sırasında yaşayarak yakından tecrübe ettiğimiz sağlık hizmetlerinin uzaktan devam ettirilmesi gereken zorunlu durumlarda uzaktan sağlık bakım hizmetlerinin kullanılması ve bu kullanımın artırılması aslında bize sigara bırakma konusunda sağlık hizmetlerine ulaşamayan dezavantajlı bireyler için veya sağlık hizmetlerinin ekonomik kullanımı konusunda avantaj oluşturmak ve aynı zamanda yakın takip sıklığı ile hastanın sigara bırakma sürecine uyum ve motivasyonunun artırılması konusunda önemli fikirler vermiştir. KOAH tanılı hastaların takiplerinin konu edildiği bir çalışmada takip aramalarda açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ile klinisyenlerin, hastalarla hızlı, esnek ve sürekli temas olasılığı artması da dahil olmak üzere birçok faydasını gördüklerini vurgulanmaktadır (179). Bizim çalışmamızda sigara bırakma polikliniğine gelerek farmakolojik tedavi başlanan ve yine

telefon aramaları ile takip edilen hasta sayısı 65 kişi (%35,5) iken hastanede yatak başı sigara bırakma müdahalesi yapılmış olan sigara bırakma polklniğine başvurmayan telefon aramaları ile takip edilen hasta sayısı 118 kişi (%64,4) olmuştur. SBP'ye başvuranların sigara bırakma başarısı % 48,3 oranında olurken SBP'ye başvurmayan hastalarda sigara bırakma başarısı % 46,6 olmuştur. Brezilya'da yapılan hastanede yatmakta olan hastalara yönelik sigara bırakma müdahale çalışmasında (180) hastanede yattıkları süre boyunca hastalara boyunca motivasyon/ davranış danışmanlığı, basılı eğitim materyalleri ve nikotin replasman tedavisi verilmiş olup taburcu olduktan sonra, hastalar bir ay boyunca haftalık telefon görüşmeleri ile takip edilmişlerdir. Çalışmada bulunan bırakma yüzdeleri, literatürde yakın zamanda yayınlanan, aynı zamanda hastanede yatış ve taburculuk sonrası sigara içenlere bir yaklaşım sunan ve taburcu olduktan bir ay sonra ara sıra ve sürekli bırakma sonuçlarını değerlendiren araştırmalarda sunulanlara eşdeğer olduğu ifade edilmiş olup çalışma sonuçlarına bakıldığında, değerlendirilen iki grup arasında bırakma yüzdesinde anlamlı bir fark bulunmuş, Fagerström < 5 ve dolayısıyla daha az bağımlı olanlar daha iyi sonuçlar vermiştir. Çalışma grupları tarafından sunulan bir başka farklılık da daha fazla bağımlı olan grupta daha yaygın olan anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların bulguları ile ilgiliydi. Depresyondaki hastalar nikotine daha bağımlı olma eğilimindedir ve sigarayı bırakmak için tarih belirlemede daha fazla zorluk yaşamışlardır. Depresyonu olan hastaların, sigarayı bırakma girişimlerine olumsuz bir şekilde etki eden olumsuz duygudurum dalgalanmalarına sahip oldukları gözlenmiştir (180). Bizim çalışmamızda ise sigara bırakma konusunda başarısız olan grupta anksiyete istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,024$). Sigara bırakma girişimleri sırasında anksiyete yaşayan hastaların anksiyete yaşaması yaşadıkları yoksunluk semptomları ile ilişkili düşünülebilir. Anksiyete yaşamayan hasta sigara bırakmaya daha eğilimli olmaktadır şeklinde yorum yapılabilir. Buradan hareketle hastanede yatarak tedavi almakta olan hastaya yönelik yapılan sigara bırakma müdahaleleri önem kazanmaktadır. Çünkü hastanede yatarak tedavi almakta iken sigara bırakma girişimi başlatılması hastane ortamı ve tıbbi destek almakta olmak hastanın motivasyonunu arttırmakta; yoksunluk semptomlarını daha az hissetmesine sebep olmaktadır. Böylece sigara bırakma düşüncesi konusunda hastanın yaşayacağı anksiyete hissetme ihtimali azalmaktadır.

Yukarda bahsettğimiz çalışmanın önerilerine bakacak olursa hastanede yatan sigara içenlere yönelik müdahaleler konusunda bir öncelik verilmesi önemle vurgulanarak, yapılandırılmış bakım, taburculuk sonrası takip, daha iyi motivasyonel yaklaşım ve farmakolojik tedaviye bağlılığın teşviki, multidisipliner yaklaşım, özellikle de ruhsal bozukluğu olanlar gibi özel gruplara yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ile bırakma girişimleri geniş bir yelpazede kullanılmalı, engellerin her birinin üstesinden gelmek ve böylece sigarayı bırakmak için hastaneye yatış gibi değerli bir fırsattan yararlanmak için stratejiler geliştirilmelidir şeklinde öneriler sunulmuştur (180).

Sigarayı Bırakma için 'Ottawa Modeli' (OMSC), dizayn ve örneklemin takip şeması açısından bizim çalışmamızla büyük oranda benzerlik göstermektedir. Kanada genelinde 120'den fazla hastaneye entegre edilmiş sağlık hizmeti ortamlarında sunulan tütün bağımlılığı tedavisine yönelik sistematik bir yaklaşımdır. Çalışma kapsamında hastanede yatan hastaların sigara içme durumunun belirlenmiş; sigara içenlere kısa süreli danışmanlık ve hastanede farmakoterapi sağlanmıştır. Hastalara hastaneye yatış sonrası takip desteği sunulmuş olup , modelde genel hastanede yatan hastalarda uzun süreli bırakma sonuçlarının mutlak %11 oranında iyileştirildiği (%18'den %29'a; $p=0.02$) bulunmuştur (181). Müdahale grubunda, tüm nedenlere bağlı yeniden yatışlar, sigarayla ilişkili yeniden yatışlar ve tüm nedenlere bağlı acil servis ziyaretleri olasılıklarında önemli düşüşler yaşandığı gösterilmiştir (181).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak OMSC'de sigara içmeyen hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalardan çalışmanın kontrol kolu oluşturulmuştur. 2 yıllık mortalite, yıllık sigaraya bağlı yeniden hastaneye yatış , 2 yıllık tüm nedenlere bağlı yeniden hastaneye yatış sayılarına bakıldığında; kontrol grubu ve müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmadığı gözlenmiştir. 6 aylık sigarayı bırakma verisine bakıldığında ise 221 kontrol hastasının 45'i (%20,4) müdahale edilen 256 hastanın 90'ı (%35,2) sigarayı bırakmıştır ($p<0,001$). Çalışmanın önemli sonuçlarından bir tanesi de sigarayı bırakanların yeniden hastaneye yatma olasılığı sigara içmeye devam edenlere göre daha düşük bulunurken ($p=0,04$) ve ölme olasılığı %47 daha az saptanmıştır ($p=0,07$). Özellikle maliyetli akut bakım hizmetleri için 30 günlük, 1 yıllık ve 2 yıllık sağlık hizmeti kullanımında önemli düşüşler gözlemlenmiş, müdahale hastalarında 1 yıllık ve 2 yıllık takiplerde mortalite riskinde önemli azalmalar görülmüştür. Çalışmanın ana bulgularına bakacak olursak sigarayı bırakmanın yüksek riskli ve genel

sigara içen popülasyonda morbidite ve mortaliteyi azalttığını bulan önceki çalışmalarla tutarlı olduğu ifade edilmiş, kontrol grubundaki sigara içenlerle karşılaştırıldığında, akut kardiyovasküler rahatsızlıkları olan ve hastane tarafından yoğun bir müdahale almak üzere randomize edilen sigara içenler arasında hastaneye yeniden yatışlarda %44' lük bir göreceli risk düşüşü ($p=0.007$) gözlemlenmiştir. Çalışmada ayrıca sigara içmeyen 'kontrol' ve 'müdahale' grupları arasında sigara bırakma oranları incelenmiş sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Bu bize hastanede yatan ve müdahale alan sigara içenlere özgü girişimlerin başarısının temelini “sigara” ve “hastalık” birlikteliğinden temel aldığını düşündürür. Sigarayı bırakan hastalarda yeniden hastaneye yatış ve ölüm oranlarında müdahale grubundakilere benzer azalmalar görülmüş olup bu da hipotezlerimizi daha da desteklemektedir (181).

Sigarayı Bırakma için 'Ottawa Modeli' (OMSC), temel verileri kullanılarak sigara bırakma danışmanlığı yönüyle analizlerinin incelendiği başka bir çalışmada OMSC' nin daha önceki değerlendirmeleriyle uyumlu olarak, aktif müdahale gruplarının her ikisi de tütün bağımlılığı tedavisi uygulama oranlarını artırdığı bulunmuş olup çok bileşenli müdahale, klinisyen performans koçluğu ile birleştirildiğinde, klinisyenler tarafından sunulan tütün bağımlılığı tedavisi oranlarında daha da artan bir başarı göstermiştir (182).

Çalışmamızın sonuçlarında da benzer olarak sigara bırakamayanlarda sigara bırakanlara göre acil servise ve aile hekimine başvurunun daha fazla olduğu görülmüştür. Oluşan farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu konudaki verilerimize baktığımızda hastaların acil servise ve aile hekimine başvurma nedenleri detaylandırılmamış olup sigara ile ilişkili olup olmadığı bilgisine ulaşamamıştır. Bu konuda yapılan istatistik ve ilişki analizleri sigaranın acil servise ve aile hekimine yani sağlık sistemi kullanımına yüksek ihtimalle neden olması düşünülerek yapılmıştır. Bu konuda yapılan prospektif çalışma örneklerinden biri olan OMSC çalışmasında sigara kullanımı ile mortalite, morbidite arasındaki ilişki sigaranın başlıca sağlık sorunlarının temel altında yatan nedeni olarak kurgulanmıştır. Buradan hareketle bizim çalışmamızda da acil servise ve aile hekimliğine başvuru ile sigara arasındaki ilişki benzer şekilde yorumlanmıştır.

Bizim çalışmamızın ana sonuçlarından bir tanesi de sigara içen hastaların bir yıllık süreçte günde içmeye devam ettikleri sigara adeti ile bir yıl sonunda toplam aile hekimine ve acil servise başvuru sayıları arasında güçlü bir ilişki bulunmuş olmasıdır. Yapılan korelasyon analizinde günde içilen sigara adeti ile acil servis ve aile hekimi hizmetlerinden yararlanma sayısı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik sigara bırakma müdahalelerinin uygulandığı 14 çalışmayı içeren bir derleme çalışmasının sonuçları incelendiğinde bırakma müdahaleleri içinde bizim çalışmamızda da olduğu gibi farmakolojik destek tedavilerinin yanı sıra ortak olarak, telefon görüşmeleri, metin mesajları ve etkileşimli sesli aramalar gibi bazı uzaktan iletişim stratejileri kullanılmıştır (183). Çalışma sonuçlarına göre müdahale alan grupta yoksunluk belirtilerinin daha az olduğu görülmüş telefon aramaları ile devam eden takiplerde hastaların sigara bırakmasının daha olası olduğu vurgulanmıştır.

Sigara içenlere yaklaşmak için her fırsatta sigarayı bırakmanın teşvik edilmesi gerektiği fikri, hastanede yatan sigara içenler için müdahale protokolleri oluşturma ve uygulama ihtiyacını güçlendirir. Hastanede yatış süresi sigara tedavisi için özellikle elverişli bir zamandır. Yapılan çalışmalar ile farmakoterapinin, hastanede yatan hastalarda sigarayı bırakmayı teşvik etmede önemli bir unsur olduğu doğrulanmıştır. Bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastanede yatan hastalara taburcu olduktan sonra da hastanın izlenmesi sigara bırakma konusunda hastalar için son derece teşvik edici olmaktadır (183).

Thomas Ylioja ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanede yatan sigara içenlerden oluşan bir örnekleme yatan hastalarda daha düşük depresif belirtiler ve alkol kullanım sorunları olasılığı ve daha yüksek sigara ilişkili hastalık olasılığı, sigarayı bırakmada daha büyük başarı ile ilişkilendirilmiştir (184). Buradan hareketle hastanede yatan hasta olmak sigara içicisi bir birey için sigara bırakma müdahalesinin başlanması konusunda en ideal yer ve zaman olduğunu bir kez daha görmekteyiz. Sigara içicisi bireye yatak başı başlatılan müdahalelerin farmakolojik tedavi desteği de içermesi hastaların yoksunluk yaşama ihtimalini azaltarak hastaların motivasyonunu pekiştirmektedir. Yapılan çalışmada da görüldüğü gibi sigara bırakma üzerine depresif duygu durum, anksiyete etkisi bu tür bir destek ile en aza indirilerek müdahalenin başarısı önemli oranda artacaktır.

Bizim çalışmamızda da anksiyete ile sigara bırakma arasında güçlü bir ilişki bulunmuş sigara bırakma konusunda başarısız olanların anksiyetesinin olduğu bulunmuştur. Bu durum sigara bırakma konusunda sıkı takip ve motivasyonel desteğin önemini göstermesi açısından önemli olabilir. Anksiyete yaşayan hastaya yönelik olan sigara bırakma müdahalesi yatan hastada uzman psikolojik destek alma şansı oluşturmaktadır. Hastanın sigara bırakma sürecinde yaşadığı anksiyete genel olarak yoksunluk belirtileri ve sigara bırakma motivasyonun yeterli seviyede olmamasından kaynaklanmaktadır. Yatak başı başlatılacak olan sigara bırakma davranışsal müdahalesi aynı zamanda farmakolojik tedavi ile birleştirildiğinde hastaların yoksunluk yaşama durumlarının önüne geçilebilecektir. Anksiyete yaşama olasılığı azalan hastanın sigara bırakma olasılığının da artacağını söylemek mümkündür.

Central South Üniversitesine bağlı bir hastanede Mart ve Eylül 2009 tarihleri arasında düzenlenen uzun süreli sigara içme öyküsü (≥ 10 paket-yıl) olan ve KOAH tanısı konan 102 hastanın katıldığı çalışmada müdahale grubuna altı ay boyunca sigarayı bırakma bilişsel müdahalesi verilmiştir ve 6 ay sonundaki çıktılar incelendiğinde kontrol grubu ve müdahale grubu aralarında yaş, cinsiyet, sigara içme miktarı, sigaraya başlama yaşı, 1 günde içilen sigara sayısı açısından anlamlı fark bulunamazken sigara bırakma başarısında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Müdahale grubunda 30 (%58,8) ve kontrol grubunda 17 (%33,3) kişi 6. ayda sigarayı bırakmıştı. Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında 1 ay sonra kilo alımında anlamlı bir fark yoktu. Bununla birlikte, müdahale grubunun kilo alımı, 3 ay ($P < 0.01$) ve 6 ay ($P < 0.01$) sonrasında kontrol grubundan daha fazlaydı. Bizim çalışmamızda da benzer olarak takip aramalarda özellikle 6 ay sonraki takiplerde kilo alımı sigara bırakan grupta fazla bulunmuş oluşan fark istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır.

Bilişsel müdahale uygulaması, sigarayı bırakma önerileri, grup dersleri, bireysel danışma, kendi kendine yardım sigarayı bırakma materyalleri, telefon takibi ve sosyal destek vb. içermiş, bilişsel müdahalenin her türlü, sıradan sigara içenler arasında sigarayı bırakmada belirli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (185). Bao ve ark. (186), sigarayı bırakma tavsiyesi almış sigara içenlerin bir yıllık sigarayı bırakma oranının %14.7 olduğunu ve almayanların %6.9'undan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Lipkus ve ark. , 402 ergen ile yaptıkları çalışmada kendi kendine sigara bırakma için çeşitli yardım materyalleri kullanmış ve 4 ay sonra sigarayı bırakma oranı %11 bulmuşlardır ve aralıklı telefon

takibinin, sigarayı bırakma oranında daha çok iyileştirme yaptığını belirtmişlerdir. Bilişsel müdahalenin farmakolojik tedavilerin kullanımı konusunda yeterli çalışmaların olmadığı gebe kadınlar, ergenler ve diğer özel gruplarda sigarayı bırakma üzerindeki etkisi, ilaç müdahalesinden bile daha iyi olduğu ifade edilmiş (187), meta-analiz sonuçları bilişsel müdahalenin KOAH hastalarında sigarayı bırakma üzerinde belirli bir etkisinin olduğunu göstermektedir, ancak bilişsel müdahale ile birlikte ilaç müdahalesinin etkisi daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada da özellikle, KOAH hastalarının sigarayı bırakmasına yardımcı olma konusunda bilişsel müdahalelerin etkisi gözlemlemek istenmiştir. Bu nedenle, doktorların hastalar üzerinde bilişsel müdahalesi sigarayı bırakma müdahalesinde çok önemli bir rol oynayabileceği düşünülmüş ve yaygın olarak kullanılmaya değerdir şeklinde görüş bildirmişlerdir (188).

2021 yılında U.S. de yapılan bir meta-analizde sigarayı bırakma danışmanlığı çalışmalarının sistematik bir incelemesi, hastanede yatan hastalar için yoğun sigara bırakma programlarına ilişkin hakemli 14 çalışmanın verileri incelenmiş; kısa ve uzun vadeli sonuçlar, taburculukta ve 6 aylık takipte yoğun danışma grubundaki hastaların %26'sı, standart danışma grubundaki hastaların %15'i sigarayı bırakmada başarılı olmuş, bu fark oldukça anlamlı bulunmuştur. Kanıtların tümü, hastanede yatış sırasında uzun süreli danışmanlık ve yardımcı ilaç tedavisinin başlatılmasının ve taburculuk sonrası yüksek uyumun sürdürülmesinin, minimum yan etkiyle veya hiç yan etki olmaksızın kalıcı bırakma oranlarını belirgin şekilde iyileştirebileceğini göstermektedir (189).

Bir yıllık takipler boyunca çalışmamızda acil servise ve aile hekimine başvuru sayıları sigara bırakamayan hastalarda bırakan hastalara göre belirgin yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer olarak Kanada da yapılan OMSC müdahalesi çalışmasının sonuçlarına bakıldığında müdahale grubu, tüm zaman noktalarında tüm nedenlere bağlı yeniden yatışlar, sigarayla ilişkili yeniden yatışlar ve tüm nedenlere bağlı acil servis ziyaretleri olasılıklarında önemli düşüşler yaşadığı bulunmuş En yüksek mutlak risk azalmaları, tüm nedenlere bağlı yeniden yatışlarda 30 gün ($p<0,001$), 1 yıl ($p<0,001$) ve 2 yıl ($p<0,001$) görülmüştür. Tüm nedenlere bağlı acil servis ziyaretlerinin riskindeki en büyük azalma 30 günde olmuştur ($p=0,03$). Mortalitede azalma 30. günde

belirgin olmazken, 1. yılda (%11.4'e karşı %5.; $p<0.001$) ve 2. yılda (%15.1'e karşı %7.9; $p<0,001$) olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda da hastaların takiplerde günde içmeye devam ettikleri sigara dal sayısı ile acil servise ve aile hekimine başvuruları arasında yapılan korelasyon analizinde günde içilen sigara dal sayısı arttıkça acile başvuruların arttığı bulunmuş olup ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmasının yanında sigara dal sayısı ile acil servise başvuru sayısı arasında yüksek ilişkili bir korelasyon katsayısı göstermiştir.

Kanada genelinde 19 hastaneden yatan hastaların dahil edildiği Ottawa Modeli çalışmasında hastaların 3., 14., 30., 60., 90., 120., 150. ve 180. günlerde telefon aramaları ile takipleri sürdürülmüş, hastaneye yatış sonrası ekshale CO ölçümü ile de doğrulanan 6 aylık yoksunluk oranında %11'lik önemli bir mutlak artış (190) ile ilişkilendirilmiştir (191) (sigarayı bırakma olasılığında %71'lik bir artış gözlenmiştir). Müdahaleler, ilaç verilmesinden ziyade taburculuk sonrası takipten ve sigara içenlere yönelik danışmanlıktan oluşmuştur. Bırakma oranlarındaki %11'lik iyileşme, kalp hastalığı olan sigara içen hastalardaki orana benzer bulunmuştur (16). Karşılaştırmalı olarak, Rigotti ve arkadaşlarının 2007 yılında hastanede yatan hastalara yönelik sigara bırakma müdahalesi çalışmasında da (15), hastane temasını ve 1 aydan uzun takibi içeren müdahalelerin, tanıya göre seçilmeyen, hastanede yatan hastalarda uzun vadeli bırakma oranını %12,4'ten %16,0'a yükselttiğini göstermiş; kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda uzun süreli bırakma oranı %30,9'dan %45,3'e yükselmiştir. Çalışmada hastanede yatan hastalarda sigara içme prevalansı %20 idi, benzer popülasyonda sigara içme prevalansına sahip ülkelerde genel hastane popülasyonu için yayınlanan %15 -%36 prevalans oranlarına benzer izlenmiştir (192–195).

Bu değerlendirmeler bize, hastanede sigara içenler için etkili müdahalelerin, araştırma personeli yerine klinik personeli kullanılarak çeşitli hastane ortamlarında rutin uygulamaya dahil edilebileceğini göstermektedir (165). Ottawa Modeli'nde sosyal yardım kolaylaştırıcıları, modelin uygulanması için hastanelere rehberlik etmek için kullanılmış; çalışma öncesi, sosyal yardım kolaylaştırıcıları birinci basamak sağlık sistemi ortamlarındaki uygulamaları sigara bırakma müdahalesine dönüştürmek için kullanılmıştır (196).

Önleyici bir strateji olarak sigarayı bırakmanın önemi benzersizdir. Hastanelerin yakın zamana kadar bu halk sağlığı sorununu sistematik bir şekilde ele almaya başlamamış olması şaşırtıcıdır. Bu araştırma, sigarayı bırakma başarısını önemli ölçüde etkileyebilecek şekilde genel hastane ortamına sigarayı bırakmaya yönelik sistematik müdahaleler getirmenin mümkün olduğunu göstermiştir. Sigara içen hastalara yatış anında hassas bakım sağlanması, ilk etapta nikotin yoksunluğunun önlenmesini ve tedavisini sağlar - hasta konforunu artırır ve tedaviye uyumu kolaylaştırırken sonuçta sigarayı bırakma olasılığını artırır. Yenilikçi teknolojilerin kullanımı, hastaneden taburcu olduktan sonra çok sayıda sigara içen kişinin yönetimine ve takibine izin verir. Her hastanede sigarayı bırakmaya yönelik sistematik yaklaşımların uygulanmasının halk sağlığı üzerindeki etkileri derindir (191).



6. GÜÇLÜ YÖNLER - KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kapsamında; hastanede medikal bir nedenle yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik yatak başı sigara bırakma müdahalelerinin başlanmıştır. Motivasyonel konuşmalar yapılmış sigara bırakmak isteyen hastalara bırakmalarının önündeki engeller belirlenmiştir. Söz konusu engel görülen veya motivasyonu azaltan etmenlere yönelik hasta ile ortaklaşa çözüm planlamaları yapılmıştır. Dış etmenler de hesaba katılarak bırakma konusunda medikal veya sosyal hasta açısından gerekli ve yeterli koşullar sağlanmaya çalışılmıştır. Taburculuk sonrası da takibin devamı iletişim bilgileri alınarak telefon aramaları ile devam ettirilmiştir. Motivasyonu en yüksek düzeyde tutmak için taburculuk sonrası aramalar daha sık aralıklarla planlanmış takip aramalarda ilk görüşmede bahsedilen durumların kontrolleri yapılmıştır. Bunlara yönelik pratik çözüm önerileri sunulmuş olup tedavi verilmiş ve verilen tedaviyi kullanmakta ise tedavi ile ilgili varsa yan etkiler sorgulanarak takip edilmiştir. Hastaya bırakma desteği anlamında motivasyonel ve her türlü danışmanlık hizmeti verilmiştir. Sigarayı bıraktı ise devamlılığı sağlamak bırakmadı ise bırakma konusunda istekliliğin devamını sağlamak ve bırakma başarısı göstermesi için hastalar desteklenmiştir. Bu bağlamda çalışmamızın en güçlü yönü hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik ülkemizde yapılan ilk örnek olup gerçek dünya koşullarındaki hastalara sigara bırakma müdahalesi yapılmıştır. Hastaların sigara bırakma konusunda deneyimleri takiplerdeki başarı ve başarısızlıklarına yine gerçek dünya koşullarında müdahalelere devam edilmesine takip aramalarla devamlılık sağlanmıştır.

Çalışmamızın güçlü yönlerinden bir tanesi de prospektif bir dizayna sahip olmasıdır. Hastalar gerçek zamanlı takip edilmişlerdir ve çıktılar da aynı katılımcıların gerçek dünya koşullarında takiplerinden oluşmuştur.

Takipleri sırasında tüm hastalara eksiksiz ulaşılmış veri kayıtları eksiksize yakın tamamlanmıştır. Katılımcılar 1 yıllık takipleri sonunda sigara içme durumlarını telefon aramalarında kendi beyanları ile bildirmişlerdir. Bunun yanında bıraktığını beyan eden hastalar sigara bırakma polikliniğine davet edilerek ekshale CO ölçümü yapılarak da hastaların bırakma durumları kimyasal olarak da doğrulanması yapılmıştır.

Çalışmamız iyi bir örneklem büyüklüğünü içermesine ve klinik pratikte yarar sağlayacak bulguları sunmasına rağmen, bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardı. Çalışma popülasyonumuz Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi yataklı servislerinde yatmakta olan hastalardan oluşmuş olması yönüyle tek merkezden hastalardan oluşmuş olup bu çalışmamızın kısıtlılıklarından bir tanesidir. Tek merkezden hastalardan oluşması çalışmamızın topluma ait bir örneklem genellemesi yapılmasını zorlaştırmaktadır. Çalışmaya dahil ettiğimiz hastaları yani örneklemimizi oluştururken spontane olarak hastaların katılımı incelenmiş olup herhangi bir seçim işlemi yapılmamıştır. Örneklemimizin gösterdiği heterojen özellikler çalışmamızın geçtiği hastanede yatarak tedavi olan hastaların küçük bir alt kümesi olma özelliği taşımaktadır. Bu bağlamda hastalarımızın özellikleri çalışmamızın geçtiği merkezdeki yatarak tedavi alan hastalarla sınırlı kalmıştır.

Yatak başı hasta vizitlerinde aktif içicisi ve katılım koşullarını sağlayan tüm hastalara sigara bırakma müdahalesi yapılmıştır. Başka bir deyişle çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sigara bırakma müdahale çalışmaları yapılmadan bırakılmamıştır. Sonuç olarak aynı evreni temsil eden kontrol grubumuz bulunmamaktadır. Müdahale grubunun yanında kontrol grubunun olmaması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından bir diğeridir.

Çalışmamızın dizaynında sigara bırakma müdahalelerinde dünyada örneklerinde sıklıkla kullanılmış olan bir takım bilgilendirici broşür, eğitici görsel ve işitsel sigara bırakmaya yönelik araç yer almamıştır. Motivasyon oluşturmak, devamını sağlamak için müdahaleler sırasında bu tür yardımcı araç gereç kullanımı sigara bırakma kılavuzlarında güncellemelerde önemle vurgulanmakta olup müdahalenin etkisini önemli ölçüde arttırdığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda bu tür araçların kullanılmamış olması kısıtlılıklarımızdan bir tanesidir.

Tüm bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında dahi çalışmamız gerçek yaşam verisi elde ettiğimiz ve uzun dönem takip çalışması olması sebebiyle tütün kontrolü hakkında yeni gelişmeler ışığında sigara bırakma müdahalesi için yürütülen stratejilere ve literatüre katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, dünyada ciddi bir salgın haline gelen sigara kullanımı ile mücadele etmek, sigaraya başlamayı engellemek, sigara kullananların bırakmasına yardım etmek ve bırakanların tekrar

başlamasına engel olmak son derece önemlidir. Bu konudaki yol gösterici çalışmalar sigarayı bırakmada kararlılığının, desteğin ve sıkı takibin önemini ortaya koymaktadır. Bu tür gerçek dünya koşullarında hastanede medikal destek altında ‘hasta’ olarak yatmakta olan popülasyona yönelik sigara bırakma müdahaleleri bırakma konusunda ikna ediciliği artırmakta hasta takiplerinin hastanın kendi yaşam alanına döndükten sonra da sık aralıklarla devam edilmesi sigara bırakma başarı oranlarına önemli katkı sağlayacak ve bırakma çalışmalarının maliyet etkinliğini arttıracaktır. Bu tür gerçek yaşam verilerini içeren çalışmaların yol göstericiliği sayesinde sigara bırakma müdahalesi alan hasta sayısı artarken yapılan müdahalenin başarı oranı da artacaktır.



SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde gerçekleştirmiş olduğumuz çalışmamızda hastanede yatarak tedavi almakta olan hastalara yönelik sigarayı bırakma müdahalesi yapılan hastaların genel özellikleri, bir yıl süresince sigara bırakma oranlarını, sigaraya bağlı veya sigaradan bağımsız bir nedenle tekrar medikal destek alma ihtiyacı gelişip gelişmediği, bırakan ve bırakamayan hastalara yönelik müdahalelerin sonuçları üzerinde etkili olan faktörleri saptamaya çalıştık.

Sonuç olarak:

- Çalışmaya dahil edilen 183 hasta kontrol telefon aramaları ile takiplerden elde edilen veriler ile, 1 yıllık takipleri sırasında 20 hasta çeşitli sebeplerden exitus olmuş olup bu hastalar çalışma sonuç verileri için analizler dışında tutulmuş ve sonuç olarak takip edilen hastalardan 77'si (%47,2) bir yıl sonundaki son aramalarında sigara içmediklerini belirtmiş, bırakma durumları ekshale CO düzeyinin ölçümü ile de kimyasal olarak kanıtlanmıştır.
- Sigara bırakma polikliniğine gelerek farmakolojik tedavi başlanan hastalardan 29 tanesi (%48,3) sigara bırakma başarısı göstermişken, sigara bırakma polikliniğine gelmeyen telefon aramaları ile takipleri sürdürülen hastaların 48'i (%46,6) sigara bırakma başarısı göstermiş olup oranlardaki benzerlik dikkat çekmektedir.
- Sigara bırakma polikliniğine başvurarak nikotin bandı tedavisi başlanan hastalardan FNBT skoru yüksek olanlara tarafımızca tedavide 25 mg nikotin bandı tedavisi tercih edilme oranı artmış olup, 25 mg nikotin bandı verilen hastalarda bırakma oranı %41,8 olurken 15 mg nikotin bandı tedavisi verilenlerde bırakma başarı oranı %73,3 olmuştur. Buradan hareketle farmakolojik tedavi başlanan hastalar arasında daha düşük FNBT skoru olan hastalara başlanan 15 mg nikotin bandı tedavisinin sonucunda bırakma oranında istatistiksel olarak anlamlılık elde edilmiştir (p:0,036).
- Hastaların; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumuları, meslekleri, paket/yıl olarak sigara kullanım miktarı sigara bırakma üzerinde anlamlı bir etki yapmadığı görülmüş olup; bu durum, sigara bırakma

müdahalelerinin demografik veya kültürel ayrım olmaksızın herkes için etkili olabileceğini göstermektedir.

- Regresyon analizi ile bir yılın sonunda hastaların acil servise ve aile hekimine başvuru sayılarına bakıldığında sigara içmeye devam eden hastaların takip aramalarda içmeye devam ettikleri sigara dal sayısı ile aile hekimi ve acil servise başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş acil servise başvuru sayısı ile içmeye devam edilen sigara dal sayısı arasında güçlü bir korelasyon gözlenmiştir. Bu durum sigara içmenin sağlık sistemine getirdiği maliyet ve iş yükünü gözler önüne sermektedir.
- Bir yılın sonunda sigara bırakan ve bırakmayan hastaların acil servise ve aile hekimine başvurusu açısından yapılan analizde sigara bırakamayanların acil servis ve aile hekimi başvuru sayısının istatistiksel olarak anlamlı arttığı gözlenmiştir.
- Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılık görülmemişse de FNBT skoru daha az olan hastaların daha yüksek olanlara göre sigara bırakma başarılarının fazla olduğu görülmüştür. Benzer noktadan hareketle hastaların takipleri sırasında yoksunluk yaşama durumları ile sigara bırakma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiş olup bu da bize fiziksel ve psikolojik bağımlılığın bırakma müdahalesinde önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.
- Çalışmamızda hastaların şikayetleri incelendiğinde anksiyeteye sahip olmaları sigara bırakma durumlarını önemli düzeyde etkilemiş bırakamayan hastalarda anksiyete yüksek saptanmış ve oluşan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç yapılam benzer araştırmalarda da saptanmış olup sigara bırakma müdahalesinde hasta uyumunun artırılması ve motivasyonel desteğin önemini ortaya koymaktadır.

KAYNAKÇA

1. García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz, V., Riesco-Miranda, J. A., & Jiménez-Ruiz, C. (2019). Smoking Cessation Treatments: Current Psychological And Pharmacological Options. *Revista De Investigación Clínica*, 71(1), 7-16.
2. Garcia-Gomez L, Hernández-Perez A, Noe-Diaz V, Antonio Riesco-Miranda J, Jimenez-Ruiz C. Smoking Cessation Treatments: Current Psychological And Pharmacological Options. *Revista De Investigacion Clinica*. 2019;71(1):7–16.
3. World Health Organization. (2015). WHO Report On The Global Tobacco Epidemic 2015: Raising Taxes On Tobacco. World Health Organization.
4. Drope, J., & Schluger, N. W. (2018). The Tobacco Atlas. American Cancer Society.
5. Jha P. Avoidable Deaths From Smoking: A Global Perspective. *Public Health Rev*. 2011;33(2):569–600.
6. Durmuş A, Teber M., Akyılmaz D., Işılak Durmuş H., Çetin H., Yardım F. Yeşilay Bilim Kurulu Danışma Kurulu F. Sigara Vücudun Düşmanı Tbm Alan Kitaplığı Dizisi: 8 7. Baskı, 2017
7. Kotz D, Batra A, Kastaun S. Smoking Cessation Attempts And Common Strategies Employed: A Germany-Wide Representative Survey Conducted In 19 Waves From 2016 To 2019 (The Debra Study) And Analyzed By Socioeconomic Status. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 Jun 6;117(1–2):7.
8. Şen, Ş. (2018). Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı Ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi.
9. Sigara Bırakma Kampanyası Sm. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 28.04.2021 Tarihli Ve 24917130 Sayılı Yazısı. [Internet]. [Cited 2023 Feb 17].
10. Amaral Lm Do, Andrade R De O, Lanzieri Io, Richter Kp, Macêdo Âcdad De, Leite Icg. Eficácia De Um Protocolo Hospitalar Para Cessaço Do Tabagismo No Pós-Alta: Um Estudo Longitudinal. *Rev Med (Rio J)*. 2022 May 3;101(3).
11. Duval S, Long Kh, Roy Ss, Oldenburg Nc, Harr K, Fee Rm, Et Al. The Contribution Of Tobacco Use To High Health Care Utilization And Medical Costs In Peripheral Artery Disease A State-Based Cohort Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2015 Oct 6;66(14):1566–74.
12. Gallucci G, Tartarone A, Lerosé R, Lalinga Av, Capobianco Am. Cardiovascular Risk Of Smoking And Benefits Of Smoking Cessation. *J Thorac Dis*. 2020 Jul;12(7):3866-3876.

13. Reid Rd, Mullen Ka, D'angelo Mes, Aitken Da, Papadakis S, Hale Pm, Et Al. Smoking Cessation For Hospitalized Smokers: An Evaluation Of The "Ottawa Model." *Nicotine & Tobacco Research* [Internet]. 2010 Jan 1 [Cited 2023 Feb 17];12(1):11–8.
14. Cochrane Library Cochrane Database Of Systematic Reviews Dierent Doses, Durations And Modes Of Delivery Of Nicotine Replacement Therapy For Smoking Cessation (Review) Dierent Doses, Durations And Modes Of Delivery Of Nicotine Replacement Therapy For Smoking Cessation (Review). 2019 [Cited 2023 Mar 9]; Available From: [Www.Cochranelibrary.Com](http://www.cochranelibrary.com)
15. Rigotti Na, Munafo Mr, Stead Lf. Interventions For Smoking Cessation İn Hospitalised Patients. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Internet]. 2007 [Cited 2023 Mar 9];(3).
16. Reid Rd, Lipe Al, Quinlan B. Promoting Smoking Cessation During Hospitalization For Coronary Artery Disease. *Canadian Journal Of Cardiology*. 2006;22(9):775–80.
17. Everett, B. G., Rehkopf, D. H., & Rogers, R. G. (2013). The Nonlinear Relationship Between Education And Mortality: An Examination Of Cohort, Race/Ethnic, And Gender Differences. *Population Research And Policy Review*, 32, 893-917.
18. Godtfredsen N, Lam T, Hansel T, Leon M, Gray N, Dresler C, Et Al. Copd-Related Morbidity And Mortality After Smoking Cessation: Status Of The Evidence. [Cited 2023 Mar 9];
19. Bullen, C. (2008). Impact Of Tobacco Smoking And Smoking Cessation On Cardiovascular Risk And Disease. *Expert Review Of Cardiovascular Therapy*, 6(6), 883-895.
20. Alberg Aj, Shopland Dr, Cummings Km. The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating The 50th Anniversary Of The 1964 Report Of The Advisory Committee To The Us Surgeon General And Updating The Evidence On The Health Consequences Of Cigarette Smoking. Vol. 179, *American Journal Of Epidemiology*. 2014. P. 403–12.
21. Mullen Ka, Manuel Dg, Hawken Sj, Pipe Al, Coyle D, Hobler La, Et Al. Effectiveness Of A Hospital-İnitiated Smoking Cessation Programme: 2-Year Health And Healthcare Outcomes. *Tob Control*. 2017;26(3):293–9.
22. Aytemur Za, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. *Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları*. 2010;10:15–7.
23. Yılmaz, A. (2006). Türkiye'de Tömbeki Üretimi Ve Nargile Kullanımının İncelenmesi. *Doktoratezi*. Tapdk.
24. Özendi, S. (2006). Avrupa Birliği'nde Tütün Kontrolü Ve Türkiye'deki Uygulamalarının İncelenmesi [Tez]. Tapdk. Ankara.

25. Seydioğulları M. Dünya’da Ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları. Dünya’da Ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları. 2009;4–6.
26. II.Uluslararası Tütün Çalıştay Sonuç Raporu. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı, 10 Haziran 2019
27. Immurana, M., Boachie, M. K., & Kisseih, K. G. (2021). Effects Of Foreign Direct Investment And Trade On The Prevalence Of Tobacco Consumption In Africa: A Panel Study. *Globalization And Health*, 17, 1-10.
28. Asma S, Mackay J, Song Sy, Zhao L, Morton J, Palipudi Km. The Gats Atlas. Who, Cdc Foundation. World Health Organization, World Lung Foundation. 2015;30–40.
29. U.S. National Cancer Institute And World Health Organization. Front Cover : Monograph 21 The Economics Of Tobacco And Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. 2016;Nih Public(No. 16-Ca-8029a):688.
30. Loring, Belinda. (2014). Tobacco And Inequities: Guidance For Addressing Inequities In Tobacco-Related Harm. World Health Organization. Regional Office For Europe.
31. Ulucanlar S, Fooks Gj, Gilmore Ab. The Policy Dystopia Model: An Interpretive Analysis Of Tobacco Industry Political Activity. *Plos Med*. 2016;13(9):1–21.
32. Moshinsky M. Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update Guideline. Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update Guideline. 2008;13(1):104–16.
33. Sandoval, R. C., Bacelar Gomes, A., Roche, M., Parra, N., & Armada, F. (2023). Advances In Tobacco Control In The Region Of The Americas, 2020. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 46, E202.
34. Doğan Öb, Egici Mt, Ozkaya H. The Effect Of Treatment Methods And Continuity Of Follow-Up On Success Rates In Patients Followed In The Smoking Cessation Polyclinic. *Ankara Medical Journal*. 2022;22(4):499–509.
35. O’connor Rj. Non-Cigarette Tobacco Products: What Have We Learned And Where Are We Headed? *Tob Control*. 2012 Mar;21(2):181.
36. E-Cigarettes Ware. Electronic Cigarettes: What’s The Bottom Line? E-Cigarettes: Patterns Of Use, Health Effects And Imports. 2020;1–6.
37. Bilir N, Babao E, Sigara E, Canbakan Es, Ay O, Tedavisi F, Et Al. Göğüs Hastalıkları-Tütün Kontrolü. *Solunumorgtr*. 2018;Bölüm 14, K1-K132.

38. Iarc Monographs On The Evaluation Of Carcinogenic Risks To Humans. Iarc Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2010;93:9–38.
39. Kılınç, O., (2022). Tütün Kontrolünde Güncel Tehditler . İstanbul: Buluş Tasarım Ve Matbaacılık Hizmetleri.
40. Bbc News. Dünya Sigarayı Bırakma Günü'nde Grafiklerle Türkiye - Bbc News Türkçe [Internet]. [Cited 2023 Feb 18]. Available From: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-40092125>
41. Sigara Satis_1925_2021_Grafik.Xlsx [Internet]. [Cited 2023 Feb 18].
42. Keklik, S. (2014). Türkiyede Tütün Kontrol Politikaları: Tütün Endüstrisi Faaliyetleri Işığında Bir Değerlendirme (Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
43. Services H, Control D, Prevention D, Promotion H, Smoking O. Preventing Tobacco Use Among Youth And Young Adults A Report Of The Surgeon General. 2012;
44. Mutti S, Hammond D, Borland R, Cummings Km, O'connor Rj, Fong Gt. Beyond Light & Mild: Cigarette Brand Descriptors And Perceptions Of Risk In The International Tobacco Control (Itc) Four Country Survey Hhs Public Access. Addiction. 2011;106(6):1166–75.
45. U.S. Department Of Health & Human Services. Economic Trends In Tobacco | Smoking & Tobacco Use | Cdc. Web Page. 2021;2018–20.
46. Jones, A., & Sanders, S. (2010). Countering Tobacco Tactics: A Guide To Identifying, Monitoring And Preventing Tobacco Industry Interference In Public Health. Ash Australia.
47. Burki Tk. Philip Morris International Purchases Vectura. Lancet Respir Med. 2021;9(12):E122.
48. Harrison Je, Weber S, Jakob R, Chute Cg. Icd-11: An International Classification Of Diseases For The Twenty-First Century. BMC Med Inform Decis Mak. 2021 Nov 9;21(Suppl 6):206.
49. Prochaska, J. J., & Benowitz, N. L. (2016). The Past, Present, And Future Of Nicotine Addiction Therapy. Annual Review Of Medicine, 67, 467-486.
50. United States. Public Health Service. Office Of The Surgeon General. How Tobacco Smoke Causes Disease : The Biology And Behavioral Basis For Smoking-Attributable Disease : A Report Of The Surgeon General. U.S. Dept. Of Health And Human Services, Public Health Service, Office Of The Surgeon General; 2010. 704 P.
51. Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2001). Incentive-Sensitization And Addiction. Addiction, 96(1), 103-114.

52. Perkins Ka, Gerlach D, Broge M, Fonte C, Wilson A. Reinforcing Effects Of Nicotine As A Function Of Smoking Status. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9(3):243–50.
53. Rupperecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. *The Neuropharmacology Of Nicotine Dependence*, 19-53.
54. Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology Of Nicotine Addiction: Implications For Smoking Cessation Treatment. *The American Journal Of Medicine*, 121(4), S3-S10.
55. Corrigall Wa, Coen Km, Adamson Kl. Self-Administered Nicotine Activates The Mesolimbic Dopamine System Through The Ventral Tegmental Area. *Brain Res*. 1994 Aug 8;653(1–2):278–84.
56. Huang, H., Xu, Y., & Van Den Pol, A. N. (2011). Nicotine Excites Hypothalamic Arcuate Anorexigenic Proopiomelanocortin Neurons And Orexigenic Neuropeptide Y Neurons: Similarities And Differences. *Journal Of Neurophysiology*, 106(3), 1191-1202.
57. Neuroscience Enn, 2005 Undefined. Is There A Common Molecular Pathway For Addiction? *Nature.Com* [Internet]. 2005 [Cited 2023 Feb 21]; Available From: <https://www.nature.com/articles/nn1578>
58. Rupperecht Le, Smith Tt, Schassburger Rl, Buffalari Dm, Sved Af, Donny Ec. Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2015 [Cited 2023 Feb 21];24:19–53. Available From: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-13482-6_2
59. Michel, A., & Seidling, W. (2016). Forest Condition In Europe: 2016 Technical Report Of Icp Forests: Report Under The Unece Convention On Long-Range Transboundary Air Pollution (Clrtap).60. Who Technical Manual On Tobacco Tax Policy And Administration.
61. World Health Organization. (2021). Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing New And Emerging Products. World Health Organization.
62. Crosbie E. Removing The Last Billboard For The Tobacco Industry: Tobacco Standardized Packaging In Ireland. *Health Policy (New York)*. 2019 Oct 1;123(10):932–5.
63. Lintott C, Schawinski K, Bamford S, Slosar A, Land K, Thomas D, Et Al. Galaxy Zoo 1: Data Release Of Morphological Classifications For Nearly 900 000 Galaxies. *Mon Not R Astron Soc*. 2011;410(1):166–78.

64. Lugg, S. T., Tikka, T., Agostini, P. J., Kerr, A., Adams, K., Kalkat, M. S., ... & Naidu, B. (2017). Smoking And Timing Of Cessation On Postoperative Pulmonary Complications After Curative-Intent Lung Cancer Surgery. *Journal Of Cardiothoracic Surgery*, 12, 1-8.
65. Ekezie W, Murray RL, Agrawal S, Bogdanovica I, Britton J, Leonardi-Bee J. Quality Of Smoking Cessation Advice In Guidelines Of Tobacco-Related Diseases: An Updated Systematic Review. Vol. 20, Clinical Medicine, *Journal Of The Royal College Of Physicians Of London*. Royal College Of Physicians; 2020. P. 551–9.
66. Ziedonis, D. M., Zammarelli, L., Seward, G., Oliver, K., Guydish, J., Hobart, M., & Meltzer, B. (2007). Addressing Tobacco Use Through Organizational Change: A Case Study Of An Addiction Treatment Organization. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(4), 451-459.
67. Zwar, N. A., Zwar, N. A., Richmond, R. L., Zwar, N. A., & Richmond, R. L. (2006). Role Of The General Practitioner In Smoking Cessation. *Drug And Alcohol Review*, 25(1), 21-26.68. Bailey Sr, Ba Sah, Ba Cjj, Harrison Phd Ct, Ammerman S, Bryson Sw, Et Al. Original Investigation A Randomized Clinical Trial Of The Efficacy Of Extended Smoking Cessation Treatment For Adolescent Smokers. 2013 [Cited 2023 Feb 22]; Available From: <https://academic.oup.com/ntr/article/15/10/1655/1180383>
69. Farber Hj, Groner J, Walley S, Nelson K. Protecting Children From Tobacco, Nicotine, And Tobacco Smoke. 2015 [Cited 2023 Feb 22]; Available From: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-3110
70. Nicotine Replacement Therapy And Adolescent Patients [Internet]. [Cited 2023 Feb 22]. Available From: <https://www.aap.org/en/patient-care/tobacco-control-and-prevention/youth-tobacco-cessation/nicotine-replacement-therapy-and-adolescent-patients/>
71. Vallata A, O'loughlin J, Cengelli S, Alla F. Predictors Of Cigarette Smoking Cessation In Adolescents: A Systematic Review. *Journal Of Adolescent Health*. 2021 Apr 1;68(4):649–57.
72. Hartmann-Boyce, J., Theodoulou, A., & Farley, A. Minerva-Duiding-18/05/2022 Interventies Om Gewichtstoename Na Rookstop Te Voorkomen.
73. Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape Of The Relapse Curve And Long-Term Abstinence Among Untreated Smokers. *Addiction*, 99(1), 29-38.
74. Lindson N, Thompson Tp, Ferrey A, Lambert Jd, Aveyard P. Motivational Interviewing For Smoking Cessation. Vol. 2019, *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. John Wiley And Sons Ltd; 2019.

75. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological Therapies For Chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) In Adults. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (12).
76. Ebbert Jo, Hughes Jr, West Rj, Rennard S1, Russ C, Mcrae Td, Et Al. Effect Of Varenicline On Smoking Cessation Through Smoking Reduction: A Randomized Clinical Trial. *Jama - Journal Of The American Medical Association*. 2015 Feb 17;313(7):687–94.
77. Leone, F. T., Zhang, Y., Evers-Casey, S., Evins, A. E., Eakin, M. N., Fathi, J., ... & Farber, H. J. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment In Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 202(2), E5-E31.
78. National Academies Of Sciences, Engineering, And Medicine; Health And Medicine Division; Board On Population Health And Public Health Practice; Committee On The Review Of The Health Effects Of Electronic Nicotine Delivery Systems; Eaton DL, Kwan LY, Stratton K, Editors. *Public Health Consequences Of E-Cigarettes*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Jan 23. III, Section III: Public Health Implications Of E-Cigarettes.
79. Rigotti, N. A. (2018). Balancing The Benefits And Harms Of E-Cigarettes: A National Academies Of Science, Engineering, And Medicine Report. *Annals Of Internal Medicine*, 168(9), 666-667.
80. Lee Jgl, Schleicher Nc, Leas Ec, Henriksen L. Us Food And Drug Administration Inspection Of Tobacco Sales To Minors At Top Pharmacies, 2012-2017. Vol. 172, *Jama Pediatrics*. American Medical Association; 2018. P. 1089–90.
81. Guides, C., & Mothers, Y. (1992). The Impact Of Tailored Self-Help Smoking. *Health Education Quarterly*, 19(4), 495-504.
82. Lushniak, B. D., Samet, J. M., Pechacek, T. F., Norman, L. A., & Taylor, P. A. (2014). The Health Consequences Of Smoking—50 Years Of Progress: A Report Of The Surgeon General.
83. Anderson, C. M., & Zhu, S. H. (2007). Tobacco Quitlines: Looking Back And Looking Ahead. *Tobacco Control*, 16(Suppl 1), i81–i86.
84. Reynales-Shigematsu LM, Roa-Rodríguez R, Barrington-Trimis JL, Blanco-Marquizo A. Estado Actual Y Desafíos Emergentes En La Prevención Y El Control Del Tabaco [Current And Emerging Issues In Tobacco Prevention And Control]. *Salud Publica Mex*. 2019 Jul-Ago;61(4):436-447. Spanish.

85. Keller, P. A., Feltracco, A., Bailey, L. A., Li, Z., Niederdeppe, J., Baker, T. B., & Fiore, M. C. (2010). Peer Reviewed: Changes In Tobacco Quitlines In The United States, 2005-2006. *Preventing Chronic Disease*, 7(2).
86. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician Advice For Smoking Cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000165.
87. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use And Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, And Staff. A Clinical Practice Guideline For Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008 Aug;35(2):158-76.
88. Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., & Schwartz, R. (2016). Estimating The Number Of Quit Attempts It Takes To Quit Smoking Successfully In A Longitudinal Cohort Of Smokers. *BMJ Open*, 6(6), E011045.
89. Babb, S., Malarcher, A., Schauer, G., Asman, K., & Jamal, A. (2017). Quitting Smoking Among Adults—United States, 2000–2015. *Morbidity And Mortality Weekly Report*, 65(52), 1457-1464.
90. Us Department Of Health And Human Services. (2014). The Health Consequences Of Smoking—50 Years Of Progress: A Report Of The Surgeon General.
91. Andersen S, Brossart L, Endrizal A, Zoschke I, Hackett R, Ballard R, Et Al. Best Practices User Guides: Cessation In Tobacco Prevention And Control. 2020; Available From: <https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/guides/pdfs/best-practices-cessation-user-guide-508.pdf>
92. Auerbach, J. (2016). The 3 Buckets Of Prevention. *Journal Of Public Health Management And Practice: JPHMP*, 22(3), 215.
93. Lee, J. G., Henriksen, L., Rose, S. W., Moreland-Russell, S., & Ribisl, K. M. (2015). A Systematic Review Of Neighborhood Disparities In Point-Of-Sale Tobacco Marketing. *American Journal Of Public Health*, 105(9), E8-E18.
94. Simmons Vn, Piñeiro B, Hooper Mw, Gray Je, Brandon Th. Tobacco-Related Health Disparities Across The Cancer Care Continuum. 2016 [Cited 2023 Feb 23];23(4). Available From: [www.X-Rayphotography.Com](http://www.x-rayphotography.com).
95. L Tan Mbbs As, Young-Wolff Kc, Carter-Harris L, Salloum Rg, Banerjee Sc, Author C, Et Al. Disparities In The Receipt Of Tobacco Treatment Counseling Within The Us Context Of The Affordable Care Act And Meaningful Use Implementation. *Nicotine & Tobacco Research* [Internet]. 2018 [Cited 2023 Feb 23];1474–80. Available From: <https://academic.oup.com/ntr/article/20/12/1474/4560140>

96. Sharpe T, Alsahlanee A, Ward Kd, Doyle F. Systematic Review Of Clinician-Reported Barriers To Provision Of Smoking Cessation Interventions In Hospital Inpatient Settings. *J Smok Cessat* [Internet]. [Cited 2023 Feb 22];13(4):233–43.
97. Kilanowski, J. F., Jepsen, S. D., Drerup, E. A., Brinkman, P., & Duffy, S. (2023). A Needs Assessment Of Ohio Farmers' Self-Reported Health Behaviors. *Journal Of Agromedicine*, 28(2), 136-150.
98. Land Tg, Rigotti Na, Levy De, Schilling T, Warner D, Li W. The Effect Of Systematic Clinical Interventions With Cigarette Smokers On Quit Status And The Rates Of Smoking-Related Primary Care Office Visits. [Cited 2023 Feb 22]; Available From: [Www.Plosone.Org](http://www.plosone.org)
99. Zahn, D., Ruland, J., & Thomas, S. (2006). A Customer Service Approach To Implementing A Best Practice At Community Health Centers. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved*, 17(1), 53-58.
100. Babb S, Beebe La, Betzner A, Boomer J, Celestino P, Cummins Se, Et Al. Quitline Services: Current Practice And Evidence Base Naqc Quality Improvement Initiative 2016 Quitline Services: Current Practice And Evidence Base Acknowledgment And Recommended Citation.
101. Sigara Bırakma Hizmetleri [Internet]. [Cited 2023 Feb 23]. Available From: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html>
102. The Tobacco Cessation Podcast | American Lung Association [Internet]. [Cited 2023 Feb 22]. Available From: <https://www.lung.org/policy-advocacy/tobacco/cessation/technical-assistance/online-presentation-series/tobacco-cessation-policy-podcast>
103. Fu M, Carnicer-Pont D, Castellano Y, Ballbè M, Sureda X, Raich A, Et Al. Measuring Cigarette Dependence: A Comparison Of Two Scales In Two Different Groups Of Smokers. *Tob Prev Cessat*. 2022 Apr 1;8(April).
104. Etter Jf, Vu Duc T, Perneger T V. Validity Of The Fagerstrom Test For Nicotine Dependence And Of The Heaviness Of Smoking Index Among Relatively Light Smokers. *Addiction*. 1999;94(2):269–81.
105. Becoña E, Vázquez Fl. The Fagerström Test For Nicotine Dependence In A Spanish Sample. *Psychol Rep*. 1998 Dec;83(3 Pt 2):1455-8. Doi: 10.2466/Pr0.1998.83.3f.1455. Pmid: 10079737.
106. Banducci An, Long Ke, Macpherson L. A Case Series Of A Behavioral Activation–Enhanced Smoking Cessation Program For Inpatient Substance Users With Elevated Depressive Symptoms. *Clin Case Stud*. 2015;14(1):61–77.

107. Gutenkunst Sl, Bell Ml. Managing Missing Items In The Fagerström Test For Nicotine Dependence: A Simulation Study. *Bmc Med Res Methodol*. 2022 Dec 1;22(1).
108. Meneses-Gaya Ic, Zuardi Aw, Loureiro Sr, Crippa Ja. Psychometric Properties Of The Fagerström Test For Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol*. 2009 Jan;35(1):73-82. English, Portuguese.
109. Fu M, Martínez-Sánchez Jm, Agudo A, Pascual Ja, Ariza C, Moncada A. Nicotine Depedence And Salivary Cotinine Concentration In Daily Smokers. *European Journal Of Cancer Prevention*. 2012;21(1):96–102.
110. Saha I, Islam K, Paul B, Som T. Nicotine Dependence And Its Correlates Among The Adult Tobacco Users In A Slum Of Burdwan District, West Bengal, India. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(4):813.
111. Kõks G, Tran Hdt, Ngo Nbt, Hoang Lnn, Tran Hmt, Ngoc Tc, Et Al. Cross-Sectional Study To Characterise Nicotine Dependence In Central Vietnamese Men. *Subst Abuse*. 2019 Jan 1;13.
112. Aryal Ur, Bhatta Dn, Shrestha N, Gautam A. Assessment Of Nicotine Dependence Among Smokers In Nepal: A Community Based Cross-Sectional Study. *Tob Induc Dis*. 2015 Aug 26;13(1).
113. Zanger Um, Kõks S, Kõks G, Prans E, Diep Thi Tran H, Bich Thi Ngo N, Et Al. Genetic Interaction Between Two Vntrs In The Slc6a4 Gene Regulates Nicotine Dependence In Vietnamese Men. 2018 [Cited 2023 Feb 24]; Available From: <https://Norgenbiotech.Com>
114. Lim Kh, Cheong Yl, Sulaiman N, Yah Xy, Mahadzir Me, Lim Jh, Et Al. Agreement Between The Fagerström Test For Nicotine Dependence (Ftnd) And The Heaviness Of Smoking Index (Hsi) For Assessing The Intensity Of Nicotine Dependence Among Daily Smokers. *Tob Induc Dis*. 2022 Nov 1;20(November).
115. Sujal P, Anand P, Abhishek S. *Addict Health*. Winter [Internet]. 2021;13(1).
116. Case, A., & Deaton, A. (2017). Mortality And Morbidity In The 21st Century. *Brookings Papers On Economic Activity*, 2017, 397.
117. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use Of Electronic Health Records To Support Smoking Cessation. Vol. 2014, *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. John Wiley And Sons Ltd; 2014.
118. An, L. C., Bluhm, J. H., Foldes, S. S., Alesci, N. L., Klatt, C. M., Center, B. A., ... & Manley, M. W. (2008). A Randomized Trial Of A Pay-For-Performance Program Targeting Clinician Referral To A State Tobacco Quitline. *Archives Of Internal Medicine*, 168(18), 1993-1999.

119. Kruse, G., Chang, Y., Kelley, J. H., Linder, J. A., Einbinder, J., & Rigotti, N. A. (2013). Healthcare System Effects Of Pay-For-Performance For Smoking Status Documentation. *The American Journal Of Managed Care*, 19(7), 554.
120. Hamilton, F. L., Greaves, F., Majeed, A., & Millett, C. (2013). Effectiveness Of Providing Financial Incentives To Healthcare Professionals For Smoking Cessation Activities: Systematic Review. *Tobacco Control*, 22(1), 3-8.
121. Zwar Na, Richmond RL. Role Of The General Practitioner In Smoking Cessation. *Drug Alcohol Rev.* 2006 Jan;25(1):21–6.
122. Young, J. M., & Ward, J. E. (1998). Improving Smoking Cessation Advice In Australian General Practice: What Do Gps Suggest Is Needed?. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*, 22(7), 777-780.
123. Mcleod D, Somasundaram R, Howden-Chapman P, Dowell Ac. Promotion Of Smoking Cessation By New Zealand General Practitioners: A Description Of Current Practice. *N Z Med J* [Internet]. 2000 Nov 24 [Cited 2023 Feb 28];113(1122):480–2. Available From: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11198538/>
124. Jaen Cr, Stange C, Tumiel L, Nutting P. Original Research Missed Opportunities For Prevention Smoking Cessation Counseling And The Competing Demands Of Practice. 1997;
125. Jaen, C. R., Crabtree, B. F., Zyzanski, S. J., Goodwin, M. A., & Stange, K. C. (1998). Making Time For Tobacco Cessation Counseling. *Journal Of Family Practice*, 46(5), 425-428.
126. Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., ... & Lando, H. A. (2000). Treating Tobacco Use And Dependence. Quick Reference Guide For Clinicians. Rockville, Md: Us Department Of Health And Human Services. Public Health Service, 1-8.
127. Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment Of Tobacco Smoking: A Review. *Jama*, 327(6), 566-577.
128. Martínez C, Castellano Y, Andrés A, Fu M, Antón L, Ballbè M, Et Al. Factors Associated With Implementation Of The 5a's Smoking Cessation Model. *Tob Induc Dis.* 2017 Nov 2;15(1).
129. Vidrine Ji, Shete S, Cao Y, Greisinger A, Harmonson P, Sharp B, Et Al. Ask-Advise-Connect: A New Approach To Smoking Treatment Delivery In Health Care Settings. *Jama Intern Med.* 2013 Mar 25;173(6):458–64.

130. World Health Organization. (2011). Who Framework Convention On Tobacco Control: Guidelines For Implementation Article 5.3; Article 8; Article 9 And 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14-2011 Edition.
131. Raw M, McNeill A, Murray R. Case Studies Of Tobacco Dependence Treatment In Brazil, England, India, South Africa And Uruguay. *Addiction*. 2010 Oct;105(10):1721–8.
132. Matthews Ak, Sánchez-Johnsen L, King A. Development Of A Culturally Targeted Smoking Cessation Intervention For African American Smokers. *J Community Health*. 2009 Dec;34(6):480–92.
133. Raw M, Regan S, Rigotti Na, McNeill A. A Survey Of Tobacco Dependence Treatment Services In 36 Countries. 2009 [Cited 2023 Mar 1]; Available From: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2008.02443.x>
134. Lin Y, Wang Lx, Qiu Lx, Huang Q, Shu Q, Lin Hx, Et Al. A Smoking Cessation Intervention Among Tuberculosis Patients In Rural China. *Public Health Action*. 2015 Sep 19;5(3):183–7.
135. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F. Randomized Comparative Trial Of Nicotine Polacrilex, A Transdermal Patch, Nasal Spray, And An Inhaler [Internet]. Available From: <https://jamanetwork.com/>
136. Uzaslan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi E, Hastalıkları Anabilim Dalı G, Üniversitesi Tıp Fakültesi U. Derleme|Review Yazışma Adresi / Address For Correspondence Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin Pharmacological Treatment In Smoking Cessation: Varenicline Dr. Esra Uzaslan. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):114–7.
137. Coe Jw, Brooks Pr, Vetelino Mg, Wirtz Mc, Arnold Ep, Huang J, Et Al. Varenicline: An Alpha₄β₂ Nicotinic Receptor Partial Agonist For Smoking Cessation. *J Med Chem* [Internet]. 2005 May 19 [Cited 2023 Mar 2];48(10):3474–7. Available From: <https://pubs.acs.org/doi/pdf/10.1021/jm050069n>
138. Wu Q, Gilbody S, Peckham E, Brabyn S, Parrott S. Varenicline For Smoking Cessation And Reduction In People With Severe Mental Illnesses: Systematic Review And Meta-Analysis. *Addiction* (Abingdon, England). 2016 Sep 1;111(9):1554–67.
139. Lightwood, J. M., & Glantz, S. A. (1997). Short-Term Economic And Health Benefits Of Smoking Cessation: Myocardial Infarction And Stroke. *Circulation*, 96(4), 1089-1096.
140. Wolf T, Gepstein L, Dror U, Hayam G, Shofti R, Zaretzky A, Et Al. Relationship Of Current And Past Smoking To Mortality And Morbidity In Patients With Left Ventricular Dysfunction. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37(6):1677–82.

141. Reid, M. E., Marshall, J. R., Roe, D., Lebowitz, M., Alberts, D., Battacharyya, A. K., & Martinez, M. E. (2003). Smoking Exposure As A Risk Factor For Prevalent And Recurrent Colorectal Adenomas. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 12(10), 1006-1011.
142. Ryan, W. R., Ley, C., Allan, R. N., & Keighley, M. R. (2003). Patients With Crohn's Disease Are Unaware Of The Risks That Smoking Has On Their Disease. *Journal Of Gastrointestinal Surgery*, 7(5), 706-711.
143. Pacchioni D, Martone T, Ghisolfi G, Bussolati G, Tizzani A, Casetta G. Tobacco Smoke, Recurrences, And P53/Bcl-2 Expression In Bladder Cancer Bladder Cancer Were Analyzed For P53 Expression By Immuno. *Carcinogenesis*. 1997;18(8):4.
144. Browman Gp, Mohide Ea, Willan A, Hodson I, Wong G, Grimard L, Et Al. Association Between Smoking During Radiotherapy And Prognosis In Head And Neck Cancer: A Follow-Up Study. *Head Neck*. 2002 Dec;24(12):1031-7.
145. Gritz, E. R., Carr, C. R., Rapkin, D., Abemayor, E., Chang, L. J., Wong, W. K., ... & Chonkich, G. (1993). Predictors Of Long-Term Smoking Cessation In Head And Neck Cancer Patients. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication Of The American Association For Cancer Research, Cosponsored By The American Society Of Preventive Oncology*, 2(3), 261-270.
146. Kawaharal M, Ushijima² S, Kamimoril T, Kodamal N, Ogawara' M, Matsui² K, Et Al. Second Primary Tumours In More Than 2-Year Disease-Free Survivors Of Small-Cell Lung Cancer In Japan: The Role Of Smoking Cessation. 1998;783:409-12.
147. Richardson Ge, Tucker Ma, Venzon Dj, Linnoila R₁, Phelps R, Phares Jc, Et Al. Smoking Cessation After Successful Treatment Of Small-Cell Lung Cancer Is Associated With Fewer Smoking-Related Second Primary Cancers. *Ann Intern Med*. 1993;119(5):383-90.
148. Rennard, S. I., Togo, S., & Holz, O. (2006). Cigarette Smoke Inhibits Alveolar Repair: A Mechanism For The Development Of Emphysema. *Proceedings Of The American Thoracic Society*, 3(8), 703-708.
149. Ziran Bh, Hendi P, Smith Wr, Westerheide K, Agudelo Jf. Osseous Healing With A Composite Of Allograft And Demineralized Bone Matrix: Adverse Effects Of Smoking An Original Study. *Am J Orthop*. 2007;36(4):207-9.
150. Møller, A., & Tønnesen, H. (2006). Risk Reduction: Perioperative Smoking Intervention. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 20(2), 237-248.

151. Rogliani, M., Labardi, L., Silvi, E., Maggiulli, F., Grimaldi, M., & Cervelli, V. (2006). Smokers: Risks And Complications In Abdominal Dermolipectomy. *Aesthetic Plastic Surgery*, 30, 422-424.
152. Levin L, Schwartz-Arad D. The Effect Of Cigarette Smoking On Dental Implants And Related Surgery. *Implant Dent*. 2005;14(4):357–63.
153. Spear Sl, Ducic I, Cuoco F, Hannan C. The Effect Of Smoking On Flap And Donor-Site Complications In Pedicled Tram Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(7):1873–80.
154. Willemse, B. W. M., Ten Hacken, N. H. T., Rutgers, B., Lesman-Leegte, I. G. A. T., Postma, D. S., & Timens, W. (2006). Effect Of 1-Year Smoking Cessation On Airway Inflammation In Copd And Asymptomatic Smokers. *Respiratory Medicine: Copd Update*, 4(1), 139.
155. Manfreda J, Murray Md; Rp, Connett ; S J E. (Principal Investigator, Steering Committee Chairperson. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2000 [Cited 2023 Mar 2];161:381–90. Available From: [Www.Atsjournals.Org](http://www.atsjournals.org)
156. Emmons Km, Butterfield Rm, Puleo E, Park Er, Mertens A, Gritz Er, Et Al. Smoking Among Participants In The Childhood Cancer Survivors Cohort: The Partnership For Health Study. *Journal Of Clinical Oncology*. 2003 Jan 15;21(2):189–96.
157. Micaresmatter - Mha | Michigan Health & Hospital Association [Internet]. [Cited 2023 Mar 2]. Available From: [Https://Www.Mha.Org/Newsroom/Tag/Micaresmatter/](https://www.mha.org/newsroom/tag/micaresmatter/)
158. Tahmooressi Jm. Promote Health With A Smoke-Free Hospital Campus. Vol. 13, *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*. 2008. P. 292–4.
159. Hurt, R. D., Berge, K. G., Offord, K. P., Leonard, D. A., Gerlach, D. K., Renquist, C. L., & O'hara, M. R. (1989). The Making Of A Smoke-Free Medical Center. *Jama*, 261(1), 95-97.
160. Houston Tk, Allison Jj, Person S, Kovac S, Williams Od, Kiefe C1. Post-Myocardial Infarction Smoking Cessation Counseling: Associations With Immediate And Late Mortality In Older Medicare Patients. *Am J Med*. 2005 Mar 1;118(3):269–75.
161. Suplee Pd. The Importance Of Providing Smoking Relapse Counseling During The Postpartum Hospitalization. *Jognn - Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing*. 2005;34(6):703–12.
162. Hurley Sf. Short-Term Impact Of Smoking Cessation On Myocardial Infarction And Stroke Hospitalisations And Costs In Australia. *Medical Journal Of Australia*. 2005 Jul 4;183(1):13–7.

163. Mohiuddin Sm, Mooss An, Hunter Cb, Grollmes Tl, Cloutier Da, Hilleman De. Intensive Smoking Cessation Intervention Reduces Mortality İn High-Risk Smokers With Cardiovascular Disease. *Chest*. 2007 Feb 1;131(2):446–52.
164. Inatsu, Y., Nakamura, N., Yuriko, Y., Fushimi, T., Watanasiritum, L., & Kawamoto, S. (2006). Characterization Of *Bacillus Subtilis* Strains İn Thua Nao, A Traditional Fermented Soybean Food İn Northern Thailand. *Letters İn Applied Microbiology*, 43(3), 237-242.
165. Rigotti Na, Munafo Mr, Stead Lf. Interventions For Smoking Cessation İn Hospitalised Patients. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Internet]. 2007 [Cited 2023 Mar 2];(3). Available From: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.Cd001837.pub2/full>
166. Bentz Cj, Bayley Kb, Bonin Ke, Fleming L, Hollis Jf, Mcafee T. The Feasibility Of Connecting Physician Offices To A State-Level Tobacco Quit Line. *Am J Prev Med*. 2006 Jan;30(1):31–7.
167. Grøtvedt, L., & Stavem, K. (2005). Association Between Age, Gender And Reasons For Smoking Cessation. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 33(1), 72-76.
168. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Pdf Ücretsiz İndirin [Internet]. [Cited 2023 Apr 9]. Available From: <https://docplayer.biz.tr/20216431-Kuresel-Yetiskin-Tutun-Arastirmasi-Turkiye-2012.html>
169. Solak, Z. A., Telli, C. G., & Erdinç, E. (2003). Sigaray› B› Rakma Tedavisinin Sonuçlar›. *Toraks Dergisi*, 4(1), 73-77..
170. Çan, G., Öztuna, F., & Özlü, T. (2004). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Tüberküloz Ve Toraks*, 52(1), 69-74.
171. Prochaska Jo, Diclemente Cc, Velicer Wf, Ginpil S, Norcross Jc. Predicting Change İn Smoking Status For Self-Changers. *Addictive Behaviors*. 1985 Jan 1;10(4):395–406.
172. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation Of Smoking Cessation Success İn Adults. *Respir Med*. 2005 Oct;99(10):1303–10.
173. Comparative Analysis Of Three Different Drug Distribution Schemes For Smoking Cessation. 2021 [Cited 2023 Apr 9]; Available From: www.turkthoracj.org
174. Nordstrom Bl, Kinnunen T, Utman Ch, Krall Ea, Vokonas Ps, Garvey Aj. Predictors Of Continued Smoking Over 25 Years Of Follow-Up İn The Normative Aging Study. *American Journal Of Public Health Public Health*. 2000;90(3):404–6.
175. Chandola, T., Head, J., & Bartley, M. (2004). Socio-Demographic Predictors Of Quitting Smoking: How İmportant Are Household Factors. *Addiction*, 99(6), 770-777.

176. Salepci, B., Fidan, A., Çağlayan, B., Parmaksız, E. T., Kırıl, N., Cömert, S. Ş., ... & Salepci, E. (2016). Can A Computer-Based Prescription Of Free Medication Increase Smoking Cessation Rates Efficiently. *Turkish Thoracic Journal*, 17(1), 15.
177. Karadoğan D, Önal Ö, Şahin Ds, Kanbay Y, Alp S, Şahin Ü. Treatment Adherence And Short-Term Outcomes Of Smoking Cessation Outpatient Clinic Patients. *Tob Induc Dis*. 2018 Aug 1;16(August).
178. Salepci B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Ça B, Nur Kader Fiafak, Et Al. *Toraks Derg* (S • C) Lt 6, Sayı 2 • A/Ustos 2005 Sigara B>Rakma Polikliniİmizde Baflar> Oranlar> Ve Baflar>Da Etkili Faktörler Araştırma Tütün Ve SaİL>K.
179. Wu F, Burt J, Chowdhury T, Fitzpatrick R, Martin G, Van Der Scheer Jw, Et Al. Specialty Copd Care During Covid-19: Patient And Clinician Perspectives On Remote Delivery. *Bmj Open Respir Res*. 2021 Jan 7;8(1).
180. Amaral Lm Do, Andrade R De O, Lanzieri Io, Richter Kp, Macêdo Âcdad De, Leite Icg. Eficácia De Um Protocolo Hospitalar Para Cessação Do Tabagismo No Pós-Alta: Um Estudo Longitudinal. *Rev Med (Rio J)*. 2022 May 3;101(3).
181. Mullen Ka, Manuel Dg, Hawken Sj, Pipe Al, Coyle D, Hobler La, Et Al. Effectiveness Of A Hospital-İnitiated Smoking Cessation Programme: 2-Year Health And Healthcare Outcomes. *Tob Control*. 2017;26(3):293–9.
182. Papadakis S, Cole Ag, Reid Rd, Assi R, Gharib M, Tulloch He, Et Al. From Good To Great: The Role Of Performance Coaching İn Enhancing Tobacco-Dependence Treatment Rates. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):498–506.
183. Do Amaral Lm, De Macêdo Âcdad, Lanzieri Io, De Oliveira Andrade R, Richter Kp, Leite Icg. Promoting Cessation İn Hospitalized Smoking Patients: A Systematic Review. Vol. 66, *Revista Da Associacao Medica Brasileira*. Associacao Medica Brasileira; 2020. P. 849–60.
184. Ylioja T, Cochran G, Chang Y, Tindle Ha, Rigotti Na. Postdischarge Smoking Cessation İn Subgroups Of Hospitalized Smokers: A Latent Class Analysis. *Subst Abus*. 2017 Oct 2;38(4):493–7.
185. Parkes G, Greenhalgh T. Effect On Smoking Quit Rate Of Telling Patients Their Lung Age: The Step2quit Randomised Controlled Trial. [Cited 2023 Apr 25]; Available From: [Http://Www.Bmj.Com/](http://www.bmj.com/)
186. Bao Y, Duan N, Fox Sa. Is Some Provider Advice On Smoking Cessation Better Than No Advice? An İstrumental Variable Analysis Of The 2001 National Health İnterview Survey. *Health Serv Res*. 2006 Dec;41(6):2114–35.

187. Einarson A, Riordan S. Smoking In Pregnancy And Lactation: A Review Of Risks And Cessation Strategies. Vol. 65, *European Journal Of Clinical Pharmacology*. 2009. P. 325–30.
188. Lei S, Li M, Duan W, Peng C, Chen P, Wu S. The Long-Term Outcomes Of Tobacco Control Strategies Based On The Cognitive Intervention For Smoking Cessation In Copd Patients. *Respir Med*. 2020 Oct 1;172.
189. Zoorob Rj, Levine Rs, Hennekens Ch. Smoking Cessation And Hospitalized Patients: A Missed Opportunity To Avoid Premature Deaths. Vol. 21, *Ochsner Journal*. Ochsner Clinic; 2021. P. 10–3.
190. The Clinical Significance Of “Small” Effects Of Smoking Cessation Treatments Background. 2007 [Cited 2023 Apr 19]; Available From: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2007.01750.x>
191. Reid Rd, Mullen Ka, D’angelo Mes, Aitken Da, Papadakis S, Hale Pm, Et Al. Smoking Cessation For Hospitalized Smokers: An Evaluation Of The “Ottawa Model.” *Nicotine And Tobacco Research*. 2009 Nov 10;12(1):11–8.
192. Peach, H. G. (2002). Obesity, Smoking And Hazardous Drinking Among Men Admitted To The Surgical Wards Of A Regional Hospital. *Australian Journal Of Rural Health*, 10(6), 273-277.
193. Kouimtsidis C, Reynolds M, Hunt M, Lind J, Beckett J, Drummond C, Et Al. Substance Use In The General Hospital. *Addictive Behaviors*. 2003 Apr 1;28(3):483–99.
194. Katz A, Goldberg D, Smith J, Trick We. Tobacco, Alcohol, And Drug Use Among Hospital Patients: Concurrent Use And Willingness To Change. *J Hosp Med*. 2008;3(5):369–75.
195. Hjalmarson A, Boëthius G. The Effectiveness Of Brief Advice And Extended Smoking Cessation Counseling Programs When Implemented Routinely In Hospitals. *Prev Med (Baltim)*. 2007 Aug 1;45(2–3):202–7.
196. Hogg, W., Baskerville, N., Nykiforuk, C., & Mallen, D. (2002). Improved Preventive Care In Family Practices With Outreach Facilitation: Understanding Success And Failure. *Journal Of Health Services Research & Policy*, 7(4), 195-201.

Sayı : E-40465587-050.01.04-234
Konu : Etik Kurul

19.10.2021

Sayın Doç. Dr. Dilek KARADOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Sigarayı Bırakma Müdahalelerinin Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 14.10.2021 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2021/180 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : faa419bbfced Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/cimzadogrulama>

Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE
Telefon No : +90 (464) 223 61 26 Faks No : +90 (464) 223 53 76
e-Posta : Internet.Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için : BURAK HANKAYA

